

## Seguro de Indemnización por Enfermedades Graves

### Resumen Informativo

---

#### A. Información General

- 1. Ubicación, teléfono y correo electrónico, o medio de contacto vía web de la COMPAÑÍA.**  
Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro  
Teléfono: (51-1) 417-5000  
atencion.seguros@chubb.com  
web: <http://www.chubb.com/pe>
- 2. Denominación del producto.**  
Seguro de Indemnización por Enfermedades Graves
- 3. Lugar y forma de pago de la prima.**  
Según lo indicado en las Condiciones Particulares.
- 4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro.**  
El ASEGURADO deberá dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de los sesenta (60) días calendarios siguientes de haber tomado conocimiento del diagnóstico de la enfermedad grave o de haberse practicado la intervención quirúrgica materia de cobertura.  
  
Ver artículo 9° de las Condiciones Generales de la Póliza.
- 5. Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro.**  
La COMPAÑÍA (ver información en el punto 1 precedente "Información General" / El COMERCIALIZADOR (dirección)
- 6. Medios habilitados por la empresa para presentar reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.**  
El CONTRATANTE y/o el ASEGURADO puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:
  - En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de la COMPAÑÍA ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000. (\*)
  - Escribiendo a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com) o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe) opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
  - Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 399-1212. (\*)En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:
  - Nombre completo del usuario reclamante.
  - Fecha de reclamo.
  - Motivo de reclamo.
  - Tipo de Seguro, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro contratado con Chubb Seguros Perú (solo para clientes).
  - Detalle del reclamo.(\*) Horario de Atención: De lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm.
- 7. Instancias habilitadas para que el ASEGURADO o el CONTRATANTE presente reclamos o denuncias, según corresponda.**  
Defensoría del Asegurado:

En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe) Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional.

**Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:**

Departamento de Servicio al Ciudadano, Teléfono: (01) 200-1930 en Lima o 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro - Lima, Web: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)

**INDECOPI:**

Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)

## B. Información de la Póliza de Seguro

### A. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

#### 1. Riesgos cubiertos - detalle de las coberturas:

Este seguro otorga los beneficios señalados en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro luego de transcurrido el Periodo de Sobrevivencia desde que el ASEGURADO haya sido del diagnosticado de una de las enfermedades graves o de luego de haber sido ser sometido a alguna de las cirugías, ambas descritas en el artículo 2° de las Condiciones Generales de esta Póliza.

- a) **Infarto Agudo al Miocardio**
- b) **Accidente Cerebro Vascular**
- c) **Cáncer**
- d) **Insuficiencia Renal Crónica**
- e) **Parálisis Cirugía de Bypass (Aortocoronaria):**
- f) **Trasplante de Órganos**
- g) **Esclerósis Múltiple**

#### 2. Exclusiones

- Enfermedades pre-existentes, o cirugías que sean diagnosticadas como necesarias o se hayan realizado antes del inicio de vigencia de la Póliza.
- Una enfermedad grave que sea diagnosticada, o cirugía que se estime necesaria o sea llevada a cabo durante el Periodo de Carencia.
- Enfermedades relacionadas con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o asociadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- Padecimientos Congénitos.
- Trasplantes que sean procedimientos de investigación.

Se encuentran señaladas en el artículo 5° de las Condiciones Generales de la Póliza.

#### 3. Condiciones de acceso y límites de permanencia

Podrán asegurarse bajo este seguro como asegurado titular las personas mayores de xx años hasta los xx años con 364 días, pudiendo permanecer asegurado hasta la edad de xx años y 364 días, salvo en el caso de renovación de la póliza por más de cinco (05) años sucesivos e ininterrumpidos.

También podrán asegurarse el cónyuge o conviviente e hijos del ASEGURADO Titular, así como los padres y abuelos de ambos cónyuges o convivientes. En el caso de los hijos del ASEGURADO Titular no existe edad mínima de ingreso. Es requisito que gocen de buena salud al momento de la contratación. Las edades de este grupo de asegurados se señalarán en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro.

#### 4. Derecho de arrepentimiento.

Si la presente póliza ha sido ofertada por comercializadores de la COMPAÑIA, incluyendo la bancaseguros, el CONTRATANTE o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver la póliza o certificado de seguro, según corresponda, sin expresión de causa ni penalidad alguna, salvo que el seguro esté asociado a un crédito.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o de una nota de cobertura provisional en el caso de seguros individuales o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el CONTRATANTE o ASEGURADO podrá usar cualquiera de los medios de comunicación pactados para dirigirse a la COMPAÑÍA indicando su intención de resolver la póliza o el certificado de seguro, pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

**5. Derecho de resolver el contrato sin expresión de causa.**

EL CONTRATANTE puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa a través de cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, pudiéndose inclusive hacerse uso de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del Contrato de Seguros, con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo establecido en el artículo 9° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

**6. Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA, durante la vigencia del contrato.**

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación. EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado, por escrito. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada. En el caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento.

**7. Referencia al procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.**

Se encuentra señalado en el artículo 9° de las Condiciones Generales.

**8. Cargas**

*El presente producto presenta obligaciones a cargo del ASEGURADO cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.*

**9. Agravación del Riesgo**

*Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.*