

Seguro de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

Resumen Informativo

A. Información General

1. Ubicación, teléfono y correo electrónico, o medio de contacto vía web de la COMPAÑÍA, de haberse habilitado uno.

Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro

Teléfono: (51-1) 417-5000

atencion.seguros@chubb.com

www.chubb.com/pe

2. Denominación del producto.

Seguro de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

3. Monto de la prima.

4. Lugar y forma de pago de la prima.

La COMPAÑÍA (Véase información en el numeral 1 precedente) / el COMERCIALIZADOR (dirección). La forma de pago será la que se haya establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro.

5. Vigencia: XXX

6. Medios y plazo establecidos para el aviso del siniestro.

Dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguiente a la fecha del suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

Ver artículo 10° de las Condiciones Generales de la Póliza.

7. Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro.

COMPAÑÍA: Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro

COMERCIALIZADOR: XXXX

8. Medios habilitados por la empresa para presentar consultas o reclamos - Servicio de Atención a los Usuarios.

- a. 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. (*)
- b. Escribiendo a: 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 opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
- c. 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 contratado con Chubb Seguros Perú (solo para clientes).
- Detalle del reclamo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de Atención: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

(**) Horario de Atención: De lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm

9. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/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 Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional.

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:

Plataforma de Atención al Usuario, 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

INDECOPI:

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

B. Información de la Póliza de Seguro

1. Coberturas

Diagnóstico de Enfermedad de Cáncer
Ver artículo 2° de las Condiciones Generales de la Póliza.

Coberturas Adicionales:

XXX

XXX

NOTA: Si la póliza contiene coberturas adicionales se incluirá el detalle de éstas en este Resumen.

2. Principales Exclusiones.

Entre otras exclusiones, para la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:

- Preexistencia; de conformidad con la definición de las Condiciones Generales de la Póliza.
- Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma "in situ" o aquellos considerados por estudio histológico como "pre-malignos", cáncer cérvicouterino "in situ" y cáncer de próstata "in situ";
- Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos;
- Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;

- e) Toda enfermedad distinta al cáncer:
- f) Todo cáncer cuyo “diagnóstico clínico” se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza o durante el periodo de carencia;
- g) Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión, debiéndose entender que se trata de un procedimiento médico al que se somete el ASEGURADO de manera voluntaria y en el cual éste tiene conocimiento de la situación irregular de la persona que lo practica o las circunstancias le permiten llegar a dicha conclusión.

Ver artículo 5° de las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la póliza contiene coberturas adicionales se incluirán las exclusiones que se establezcan en cada cláusula adicional.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier Persona Natural, que cumpla con los siguientes límites de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia. Los límites de asegurabilidad se encuentran establecidos en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado, según corresponda.

La edad máxima de permanencia no será aplicable para el caso de renovaciones continuas e ininterrumpidas por cada ASEGURADO, durante un periodo de al menos cinco (05) años.

4. Derecho de arrepentimiento, en caso corresponda.

El ASEGURADO TITULAR tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Póliza, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado según corresponda, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado, siempre que el mismo no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. Para tal fin de deberá seguir el procedimiento establecido en el artículo 17° a las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

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

El CONTRATANTE puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada a LA COMPAÑÍA. El artículo 9° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establece este derecho.

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

Durante la vigencia del contrato de seguro:

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 treinta (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 usando la misma forma de comunicación. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

En los seguros grupales, LA COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

En el caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantendrá vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato, salvo que hayan transcurrido cinco (5) años de renovación continua e ininterrumpida, en cuyo caso se mantendrán las coberturas originalmente contratadas, pudiéndose modificar las demás condiciones del contrato, siguiendo el procedimiento establecido en este acápite.

A la renovación de la póliza:

La COMPAÑÍA podrá modificar los términos y condiciones de la Póliza, incluyendo el monto de la prima, para lo cual deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE y/o ASEGURADO detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. Para el caso de seguros con renovación automática, en caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no manifieste su rechazo a la propuesta se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑÍA. En este caso, la COMPAÑÍA emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones. En caso de renovación facultativa, no se renovará la póliza sin aceptación expresa del ASEGURADO a los cambios propuestos.

En los seguros grupales, LA COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

7. Aviso del siniestro y procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO o sus Beneficiarios deberá(n) cumplir con lo siguiente:

Aviso: Dar aviso a la COMPAÑÍA o Comercializador, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en el presente documento, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguiente a la fecha del suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho; a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 11.11 del artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, El ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS deberán presentar los siguientes documentos en las oficinas de la COMPAÑÍA o del Comercializador (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada) sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Documento de Identidad del ASEGURADO y BENEFICIARIO.
- b) El Diagnóstico Clínico, sustentado con el correspondiente examen de Anatomía Patológica.
- c) Comprobantes de pago emitidos por la entidad médica que brindó la atención, conforme a la normativa vigente.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales a la información anteriormente presentada, que estime pertinente para la calificación y liquidación del siniestro, podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente. El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta LA COMPAÑÍA para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

8. Cargas

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

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