

Seguro de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

Condiciones Generales

Introducción

De conformidad con las declaraciones del CONTRATANTE y/o ASEGURADO contenidas en la Solicitud del Seguro, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo estipulado en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos y anexos que se adhieren a esta Póliza, Chubb Seguros Perú S.A, en adelante la COMPAÑIA, conviene en amparar al ASEGURADO, contra los riesgos que son objeto de cobertura de la presente Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Artículo 1° Definiciones

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Póliza de Seguros:

Asegurado Titular: ASEGURADO principal. Puede o no coincidir con la personalidad del CONTRATANTE.

Asegurado Adicional: Es el cónyuge o conviviente, descendientes o ascendientes del Asegurado Titular, detallados en la Solicitud del Seguro, que se acoge a las coberturas de la póliza, según corresponda.

Cáncer: La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas, la Enfermedad de Hodgkin y melanoma invasivo mayor a 0.75mm.

Cáncer Primario: Es aquel Cáncer que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la Póliza.

Carcinoma "In Situ": Se refiere a un crecimiento anormal y descontrolado de células en forma superficial sin invadir más allá de la membrana basal, es decir en el mismo sitio de origen.

Carcinoma Basocelular De La Piel: También llamado cáncer de la piel no melanoma, se suele presentar como un nódulo o abultamiento pequeño y escamoso en la cabeza, el cuello o las manos.

Carcinoma: es un sinónimo de Cáncer.

Células Escamosas: Células de la porción central de la capa epidérmica de la piel.

Preexistencia (Pre-Existente): Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud o contratación del seguro.

Diagnóstico Clínico: El informe realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un Examen de Anatomía Patológica que certifique positivamente la presencia de un Cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito.

Enfermedad: Cualquier alteración de la salud del ASEGURADO que le ocasione reducción de su capacidad funcional y de la cual se origina un diagnóstico que la define certificado por un médico durante la vigencia señalada en el presente documento.

Estudio Diagnóstico: Cualquier examen auxiliar que permita tener “la sospecha” diagnóstica de cáncer como, por ejemplo: análisis de sangre, radiografía, tomografía, mamografía etc.

Institución Hospitalaria: Establecimiento legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos: a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería. **Para los efectos de esta póliza no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**

Periodo de Carencia: Es el periodo de tiempo durante el cual las coberturas no se encuentran activas aun cuando haya iniciado vigencia la Póliza. El Periodo de Carencia, en caso lo hubiere, será determinado en la Certificado, Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado.

Artículo 2° Cobertura

Diagnóstico de Enfermedad de Cáncer: La COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS la indemnización descrita en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado, según corresponda, cuando el ASEGURADO reciba un primer Diagnóstico Clínico de Cáncer, de acuerdo a las condiciones y términos de la póliza. Para tales efectos se considera Diagnóstico Clínico de Cáncer, el definido en el artículo 1° del presente Condicionado General.

Artículo 3° Periodo de Carencia

Para cada ASEGURADO cubierto por esta Póliza existirá un Periodo de Carencia de sesenta (60) días calendarios, o en reemplazo de éste el que se indique en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza.

Por lo tanto, solo estará cubierto el primer Diagnóstico Clínico de Cáncer que se haya emitido después de transcurrido el Periodo de Carencia.

Caso contrario, la COMPAÑÍA devolverá, si corresponde, las primas pagadas durante el Periodo de Carencia, hasta el monto estipulado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado, liberándose así de la obligación de efectuar cualquier otro pago o prestar cualquier otro beneficio.

No se exigirá Periodo de Carencia en las renovaciones del plazo de vigencia de la Póliza, en tanto se den en forma continuada y sin interrupción alguna.

Artículo 4° Condiciones para ser Asegurado

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.

Artículo 5° Exclusiones

Quedan excluidas de cobertura de esta Póliza los siniestros que se produzcan como consecuencia de:

- a) Preexistencia; de conformidad con la definición del presente condicionado general.
- b) 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":
- c) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos;
- d) 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.

Artículo 6° Determinación de las Primas

La prima de este seguro está basada en la edad alcanzada por el ASEGURADO en la fecha de inicio de vigencia o fecha de renovación y podrá ser ajustada anualmente de acuerdo a la nueva edad alcanzada por los ASEGURADOS en la fecha de renovación.

Artículo 7° Vigencia y Renovación Automática

Este seguro tendrá una vigencia de un año, contado desde la fecha de inicio de vigencia y se renovará automáticamente por periodos iguales con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza.

No se emitirá una nueva Póliza ya que la existente constituye evidencia de la validez de la cobertura, salvo que la COMPAÑÍA renueve la Póliza en condiciones distintas a las de la cobertura anterior, en cuyo caso se procederá conforme a lo señalado en las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Asistencia Médica sobre modificación de condiciones contractuales.

Artículo 8° Terminación del Seguro

El seguro terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) La ocurrencia de un siniestro al ASEGURADO TITULAR que dé lugar a la indemnización de cualquiera de las coberturas, principales o adicionales, previstas en esta Póliza.
- b) El fallecimiento del ASEGURADO TITULAR.
- c) El fallecimiento del ASEGURADO ADICIONAL, en cuyo caso, el seguro solo terminará respecto de éste, manteniéndose para el ASEGURADO TITULAR y los demás ASEGURADOS ADICIONALES, de ser el caso.
- d) Al cumplir el ASEGURADO TITULAR o EL(LOS) ASEGURADO(S) ADICIONAL(ES) la edad límite de permanencia, salvo que la póliza se haya renovado durante cinco años en forma continua e ininterrumpida. El cumplimiento de la edad límite de cualquier ASEGURADO ADICIONAL origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona. De ser el caso, la COMPAÑÍA reembolsará al CONTRATANTE/ASEGURADO, según corresponda, la prima en función al período no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la fecha de terminación.

Artículo 9° Beneficiarios

Serán beneficiarios de este seguro los designados en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado, según corresponda.

Artículo 10° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

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:

1. Aviso: Dar aviso a la COMPAÑÍA o al Comercializador, 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; 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.

2. 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.