

Familia Segura Indemnización Oncológica

Resumen Informativo

Artículo 1° 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

<http://www.chubb.com/pe>

2. Denominación del producto.

Seguro Familia Segura – Indemnización Oncológica

3. Lugar y forma de pago de la prima.

En la Compañía, en la forma señalada en las Condiciones Particulares.

4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro.

Por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes 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 8° de las Condiciones Generales de la Póliza.

5. Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro.

La COMPAÑÍA. (Ver datos de la COMPAÑÍA en el litera a. numeral 1) precedente.)

6. Medios habilitados por la COMPAÑÍA para que el ASEGURADO presente reclamos conforme lo dispone la Circular de 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. XXXXX.

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

<http://www.chubb.com/pe> opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.

c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono XXXXX

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 contratado con Chubb Seguros Perú (solo para clientes).
- Detalle del reclamo.

7. Instancias habilitadas para presentar 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

Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional.

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:

Departamento de Servicios 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

INDECOPI:

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

Artículo 2° Información de la Póliza del Seguro

1. Riesgo cubierto:

Diagnóstico Clínico de Cáncer Primario. Se cubre luego de vencido el periodo de carencia establecido en las Condiciones Particulares y siempre que el cáncer se encuentre cubierto.

Ver Artículos 2° y 3° de las Condiciones Generales de la Póliza.

2. Exclusiones.

- a) **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”.**
- b) **Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.**
- c) **Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.**
- d) **Toda enfermedad distinta al cáncer.**
- e) **Todo cáncer cuyo “estudio diagnóstico” se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza o durante el periodo de carencia.**
- f) **Cualquier diagnóstico de cáncer que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**

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

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia

Podrán asegurarse bajo este seguro las personas mayores de 18 años hasta los 64 años con 364 días, pudiendo permanecer asegurado hasta la edad de 69 años y 364 días, salvo que la póliza se haya venido renovando automáticamente durante un periodo de cinco (5) años, en forma sucesiva e ininterrumpida, en cuyo caso no habrá límite de edad para la permanencia. Salvo estipulación diferente en las Condiciones Particulares, también podrán asegurarse los padres y el cónyuge o conviviente del ASEGURADO TITULAR, así como los hijos(as) solteros(as) del ASEGURADO (Asegurado Titular) incluyendo hijastros(as), comprendidos entre los cero (0) y dieciocho (18) años de edad (inclusive), pudiendo permanecer asegurados los hijos hasta la edad de veinticuatro (24) años. El cónyuge o conviviente podrá permanecer asegurado hasta la misma fecha en que permanezca el ASEGURADO TITULAR.

4. Derecho de arrepentimiento.

El CONTRATANTE tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato sin expresión de causa ni penalidad alguna.

El plazo para ejercer el derecho de arrepentimiento no podrá ser inferior a quince (15) días contado desde que el CONTRATANTE recibe la póliza o nota de cobertura provisional.

Para ejercer su derecho de arrepentimiento El CONTRATANTE cuenta con los medios habilitados por la COMPAÑÍA para presentar reclamos, señalados precedentemente en el

numeral 6 del literal A. (INFORMACIÓN GENERAL), precisándose que también podrá realizarlo utilizando el mismo mecanismo de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o por parte de la misma, la Compañía procederá a la correspondiente devolución.

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 Seguro, 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, 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 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 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 en caso de siniestro.

1. **Aviso del siniestro:** Dar aviso por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes 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.
2. **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o copia legalizada). El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:
 - a) Documento de Identidad del ASEGURADO.
 - b) El Diagnóstico Clínico, sustentado con el correspondiente examen de Anatomía Patológica.
 - c) Historia clínica, cuando corresponda,

LA COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente, información o documento que estime pertinente que le permita verificar la ocurrencia del siniestro, además y sin perjuicio de los mencionados documentos, todo lo cual deberá ser solicitado dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

Ver artículo 8° de las Condiciones Generales de la Póliza.

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.