

Seguro de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

Certificado de Seguro N° XXXX

Póliza No: _____

Código SBS N°AE2036400034 adecuada a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Empresa de Seguros (La COMPAÑÍA)	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A	Teléfono: 417-5000
RUC: 20390625007	Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com
Página web: www.chubb.com/pe	Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima

Contratante	
Nombre / Razón Social o Denominación Social:	
Tipo y N° de Documento de Identidad:	Teléfono:
Dirección	Correo Electrónico:

Asegurado Titular		
Apellidos y Nombres:	DNI:	Edad:
Sexo:	Correo Electrónico:	
Dirección:	Relación con el Contratante:	

Asegurados Adicionales	
Apellidos y Nombre:	DNI:
Fecha de Nacimiento:	Relación con el Asegurado Titular:

Datos del Seguro	
Vigencia del seguro: xx	Renovación: Automática xx
Fecha de inicio y término: Desde (dd/mm/aaaa) hasta (dd/mm/aaaa) o hasta que se produzca alguno de los supuestos establecidos en el artículo 8° del Condicionado General.	

Beneficiarios:			
Nombres:	Relación con el Asegurado Titular	Porcentaje	Tipo de Cobertura
			C. Principal
			C. Adicional

En caso el ASEGURARO TITULAR no haya designado a sus BENEFICIARIOS, éstos serán sus herederos legales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados incapaces, según corresponda.

Prima
Periodicidad de Pago: xxx

Lugar y forma de pago de la prima: XXX
 Cuotas, según corresponda: XXX
 TCEA: XX%

Primas Comercial + IGV:

EDAD	PLAN X:
0 - 34	XXXX
35 - 44	XXXX
45 - 54	XXXX
55 - 64	XXXX
65 - 69	XXXX
Xx - xx	XXXX

La prima comercial incluye:

- Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)
- Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)
- Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

Descripción del Interés Asegurado: Pagar una indemnización al ASEGURADO por el diagnóstico de la enfermedad de Cáncer.

Coberturas y Sumas Aseguradas

Cobertura Principal	Suma Asegurada y Límites
<p>Diagnóstico de Enfermedad de Cáncer: La COMPAÑIA pagará a los BENEFICIARIOS la indemnización descrita en el presente documento, cuando el ASEGURADO reciba un primer Diagnóstico Clínico de Cáncer; entendido este último como 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 del informe histopatológico por escrito.</p>	<p>XXXXXXXX</p> <p>Periodo de Carencia: XX</p>
Coberturas Adicionales (según se contrate)	Suma Asegurada y Límites (según corresponda)
<p>XXXXX: XXXX</p>	<p>Periodo de Carencia: XX</p> <p>Deducibles: XX</p>

Exclusiones

Quedan excluidas de cobertura de esta Póliza los siniestros que sean consecuencia de lo siguiente:

PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER:

- 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 “diagnóstico clínico” se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza o durante el periodo de carencia.
- f) 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.

En caso de coberturas adicionales:

XXX

Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros; el ASEGURADO TITULAR tiene derecho de arrepentimiento para resolver el Certificado de Seguro, 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 del Certificado de Seguro, siempre que el Certificado de Seguro 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.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 9° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establece este derecho.

Aceptación de cambios de condiciones contractuales, durante la vigencia del Certificado

El CONTRATANTE y ASEGURADO tienen derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el artículo 15° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

Procedimiento para Solicitar la Cobertura en caso de siniestro:

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, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, 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, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del Comercializador los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS podrá(n) 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 y BENEFICIARIO.
 - b) El Diagnóstico Clínico, sustentado con el correspondiente examen de Anatomía Patológica.

Medios Habilitados para presentar consultas y/o reclamos:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO 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:

- 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, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro
- Detalle del reclamo

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*). Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

Instalaciones habilitadas para reclamos y/o denuncias

- Defensoría del Asegurado Telefax: 01 421-0614
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Teléfono 630 9005,
- INDECOPI: Teléfono 224 7777

Importante

- La información contenida en este Certificado de Seguro es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la recepción de dicha solicitud.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un Comercializador, las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al Comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- La COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima, según la prioridad pactada en el presente documento.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que 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.

Fecha de emisión:

Firma del Funcionario autorizado de la COMPAÑÍA

Firma del ASEGURADO TITULAR