

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. 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 o Certificado de Seguro.

4. Medio 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 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.

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

5. Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro.

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

COMERCIALIZADOR: XXXX

6. 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, 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 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:

- a) Preexistencia;
- b) Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma “in situ” o aquellos considerados por histología 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.

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 o Certificado de Seguro, 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.

Si la presente póliza ha sido ofertada por comercializadores de la COMPAÑÍA, 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 ASEGURADO TITULAR 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 de los usuarios 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. 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 ó sus Beneficiarios deberá(n) cumplir con lo siguiente:

1. **Aviso:** Dar aviso por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA 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 ó 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.

LA COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente, información o documento, relacionado al siniestro, que estime pertinente para la calificación y liquidación del siniestro, lo cual deberá ser solicitado dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días de los que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

NOTA: Si la póliza contiene coberturas adicionales se incluirá el procedimiento para solicitar la cobertura que se establezca en cada cláusula adicional.

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.