

## Seguro Contra el Cáncer

### Resumen Informativo

---

#### A. 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 Fax (51-1) 422-7174  
atencion.seguros@chubb.com  
www.chubb.com/pe
  2. **Denominación del producto.**  
Póliza de Seguro contra Cáncer
  3. **Lugar y forma de pago de la prima.**  
Véase las Condiciones Particulares y/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, dentro de los 30 días siguientes a la fecha del informe anatómico patológico extendido por un médico especialista o dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes desde que tiene conocimiento del beneficio.  
  
Ver artículo 9° de las Condiciones Generales de la Póliza.
  5. **Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro.**  
La COMPAÑÍA / El COMERCIALIZADOR
  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. (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174.
    - 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](http://www.chubb.com/pe) opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.
    - c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 417-5000, Anexos 5029 y 5035. 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
      - Detalle del reclamo.De otro lado, para la atención de consultas, se deberá presentar:
      - Nombre completo del ASEGURADO
      - Detalle de la consulta
- El reclamo y/o consulta será atendido en un plazo no mayor a treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.**
7. **Instancias habilitadas para que el ASEGURADO presente 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](http://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](http://www.sbs.gob.pe)

**INDECOPI:**

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

**B. Información de la Póliza de Seguro**

**1. Coberturas**

Diagnóstico de Cáncer

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

**2. Exclusiones.**

**Las señaladas en el Certificado de Seguro que se entrega junto con este Resumen.**

**Las principales son:**

- a) **Enfermedades que no sean diagnosticadas como cáncer.**
- b) **Cáncer preexistente.**
- c) **Los siniestros en los que el diagnóstico anatómo-patológico se haya *producido antes del inicio de la vigencia de la póliza o con posterioridad* al vencimiento de la misma o durante el período de carencia. Para estos efectos, se entiende que el diagnóstico anatómo-patológico se produce en la fecha de emisión de la prueba correspondiente que confirma la existencia de la enfermedad, con base en la cual el médico especialista suscribe el diagnóstico correspondiente.**
- d) **Chequeos, detección y diagnóstico del cáncer, excepto lo indicado en el presente Condicionado General.**
- e) **Ansiolíticos, vitaminas, suplementos alimenticios y productos no medicinales.**
- f) **Costos relacionados con la adquisición y transfusión de sangre y derivados.**
- g) **Trasplante de Médula Osea.**

Ver artículo 6° de las Condiciones Generales de la Póliza.

**3. Condiciones de acceso y límites de permanencia**

XX

**4. 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 CONTRATANTE o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, 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 o 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 que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza o certificado de seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE o ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes.

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

El CONTRATANTE en cualquier momento podrá solicitar la resolución del contrato, lo cual deberá realizarse por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, con una anticipación de 30 días calendarios, precisándose que puede ejercer su derecho de desvincularse del contrato de seguro utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. Igual derecho tiene el ASEGURADO para resolver su certificado de seguro siguiendo el mismo procedimiento señalado.

El artículo 9° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

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

El CONTRATANTE y ASEGURADO tienen derecho a ser informado sobre las modificaciones a las condiciones contractuales que le proponga 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 por escrito 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 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, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato, salvo que el CONTRATANTE y ASEGURADO haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva e ininterrumpida.

La COMPAÑÍA entregará al CONTRATANTE la documentación suficiente para poner dichas modificaciones en conocimiento del Asegurado.

#### **7. Referencia al procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.**

**Aviso del siniestro:** El ASEGURADO deberá dar aviso de siniestro a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del diagnóstico anatómico patológico extendido por un médico especialista o dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes desde que tiene conocimiento del beneficio.

**Tipo de Atención:** El tratamiento de cáncer del ASEGURADO se realizará sólo a través de los médicos, clínicas, y demás centros de salud afiliados a la COMPAÑÍA.

#### **PRIMERA ATENCION**

a) Cuando el ASEGURADO tenga diagnóstico Anatómico Patológico de Cáncer, deberá acercarse a las oficinas de la COMPAÑÍA o ante el COMERCIALIZADOR con la finalidad de solicitar la atención respectiva.

b) En el caso que el ASEGURADO no tenga preferencia de ser atendido por un médico en especial afiliado al seguro, personal de la COMPAÑÍA le entregará una Carta de Garantía en la cual se indicará

claramente el nombre del médico tratante, de acuerdo a la especialidad que corresponda al cáncer detectado, así como el lugar donde debe acudir el ASEGURADO para ser atendido.

c) En el caso que el ASEGURADO desee ser atendido por un médico en especial afiliado al seguro, personal de la COMPAÑÍA le entregará una Carta de Garantía en la cual se indicará claramente el nombre del médico tratante elegido por el ASEGURADO, así como el lugar donde debe acudir para ser atendido.

#### HOSPITALIZACION

El ASEGURADO deberá acercarse a las oficinas de La COMPAÑÍA o ante el COMERCIALIZADOR con la finalidad de solicitar una Carta de Garantía, para lo cual deberá presentar la orden de internamiento debidamente llenada, con sello y firma del médico tratante, salvo en casos de emergencia en cuyo caso la carta de garantía se solicitará desde la clínica afiliada.

#### TRATAMIENTO AMBULATORIO

La COMPAÑÍA entregará, a pedido del ASEGURADO, una Carta de Garantía, la cual será presentada por éste al médico tratante o centro de salud afiliado al seguro.

#### PACIENTE RESIDENTE EN PROVINCIA

El ASEGURADO deberá presentar los vouchers de compra de los pasajes de ida y vuelta al lugar de residencia (beneficio máximo de por Vida de US\$200.00 (Doscientos Dólares Americanos). Para el caso del alojamiento y alimentación durante su estadía en Lima, el ASEGURADO deberá presentar los vouchers de estos servicios (beneficio máximo de US\$25.00 (Veinticinco Dólares Americanos) diarios, mediante un Beneficio Máximo de por Vida de US\$800.00 (Ochocientos Dólares Americanos)).

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

**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.**