

Seguro Dental

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, Lima

Teléfono: (51-1) 417-5000 (para Lima y Provincias)

atencion.seguros@chubb.com, web: <http://www.chubb.com/pe>

2. Denominación del producto.

Seguro Dental

3. Monto, lugar y forma de pago de la prima.

Según lo indicado en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado del Seguro.

Monto Anual: XXXXXXXXXXXXX

Con cargo en Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria del ASEGURADO Titular / CONTRATANTE.

En efectivo: en XXX

4. Vigencia:

XXXXXX

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

El BENEFICIARIO deberá comunicarse con la COMPAÑÍA o al Comercializador, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del suceso, o desde que toma 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 las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

6. Lugares autorizados por la empresa para solicitar la cobertura del seguro.

La COMPAÑÍA (ver todos los datos en el numeral 1 precedente)

El COMERCIALIZADOR:

Nombre: XXX

Dirección: XXX

Teléfono: XXX

Página Web. XXX

7. Medios habilitados por la COMPAÑÍA para presentar consultas y/o reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.

El CONTRATANTE, 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 nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf (51-1) 417-5000 (*)

b. Escribiéndonos 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 (aplicable sólo para clientes).
- Detalle del reclamo.

Una vez presentado el reclamo se le asigna un número de caso para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de Atención: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

(**) Horario de Atención: De lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm

8. 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 y/o BENEFICIARIO pueden 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: 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

9. 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 COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

B. Información de la Póliza de Seguro

1. Riesgos Cubiertos

Cobertura Principal: Seguro Dental

- Urgencia Odontológica

- Cirugía Endodóntica
- Endodoncia
- Periodoncia
- Radiología Odontológica
- Odontología restauradora y operatoria
- Chequeo preventivo odontológico .

Coberturas Adicionales:

- XXX

Ver artículo 3° de las Condiciones Generales de la Póliza y las respectivas Cláusulas Adicionales.

2. Principales Exclusiones

Artículo 8°: PRINCIPALES EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

En ningún caso se cubrirán los gastos que se originen por cualquiera de los siguientes conceptos:

- a) Tratamientos que no estén especificados en las Coberturas mencionadas como amparadas en las Condiciones Particulares, o en algún Endoso emitido por la Compañía, de acuerdo con el Plan Contratado.**
- b) Cualquier complicación derivada o que sobrevenga durante o después del Tratamiento Odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.**
- c) Accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigencia de la Póliza de Seguro.**
- d) Lesiones que se produzcan como consecuencia del cumplimiento del servicio militar, actos de guerra declarada o no, revolución, asonada, motín, conmoción civil, al cometer actos delictivos o bajo los efectos del alcohol o realizando actividades de alto riesgo o deportes extremos.**
- e) Intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo que el tratamiento o la operación de cirugía plástica o reparadora sean necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza de Seguro. Cualquier cirugía reconstructiva dental.**
- f) Lesiones que se cause el propio Asegurado deliberadamente y/o por intento de suicidio.**
- g) Tratamientos hospitalarios o complicación de Tratamientos no amparados en la Póliza.**
- h) Tratamientos Experimentales o de investigación.**
- i) Cualquier complicación derivada o que sobrevenga durante o después del Tratamiento Odontológico o quirúrgico por negligencia del Asegurado, ya sea por no seguir o cumplir con las indicaciones del Odontólogo tratante o por abandono del tratamiento por más de 30 (treinta) días.**
- j) Medicamentos recetados no incluidos en Gastos Cubiertos, es decir, no suministrados directamente por el Odontólogo.**

k) Anestesia general o sedaciones.

l) Gastos Hospitalarios.

m) Tratamientos y gastos realizados fuera del territorio de la República del Perú.

n) Obturaciones de desgaste incisales y/o cervicales.

o) Resinas en dientes posteriores con obturaciones existentes con fines estéticos.

p) Procedimientos dentales realizados por personas o cirujanos-dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.

q) Cualquier gasto dental por concepto de una prestación y/o atención que se haya iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del asegurado o, con posterioridad a la fecha de término de dicha vigencia.

r) Cualquier gasto dental por concepto de un reemplazo de dentadura natural, excepto en el caso en que tales dentaduras sean necesarias para reemplazar piezas dentales extraídas mientras el asegurado se encuentre amparado por esta cobertura.

s) Cualquier gasto dental por concepto de aquellas prestaciones odontológicas que tengan lugar a consecuencia de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

t) Tratamientos odontológicos, quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.

u) Procedimientos prestados por instituciones y odontólogos no adscritos a la red.

v) Carillas para cambios de forma, tamaño o color de los dientes, o el cambio de amalgamas que se encuentren adaptadas y funcionales por resinas y procedimientos pre-protésicos en general que no hayan sido descritos en las coberturas.

w) Las complicaciones y secuelas generadas por el abandono del tratamiento, por parte del paciente. Se considera abandono cuando un paciente no asiste por espacio de sesenta (60) días calendario a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado.

y) Las extracciones de los terceros molares (muelas del juicio semi incluidas o totalmente impactadas en el hueso), tratamientos de ortodoncia (frenillos), tratamientos de enfermedades periodontales (pulidos radiculares entre otros), prótesis (fijas y removibles), cirugías de las encías, cirugías para implantes y tratamientos salvo se indique lo contrario en la Solicitud-Certificado, Certificado o Condiciones Particulares.

Este seguro no otorga cobertura en aquellos casos en que el Contratante o Asegurado tenga alguna relación o se encuentre incluido en actividades relacionadas directa o indirectamente con actividades terroristas, lavado de activos o de similar naturaleza, incluyendo, pero sin estar limitadas, a las listas o sanciones dispuestas por la oficina de control de activos extranjeros (OFAC, según sus siglas en inglés) del departamento del tesoro de los EEUU. Se excluyen de cobertura, expresamente, aquellos siniestros y toda y

cualquier pérdida relacionada directa o indirectamente con operaciones, negocios, contratos o vínculos de cualquier naturaleza con países o personas incluidas en dichas listas, o cuyo pago deba ser efectuado a personas o países designados.

Cuando sea aplicable un reembolso, si la Póliza no está vigente, por cualquier motivo, no se cubrirán o reembolsarán los gastos por tratamientos no diagnosticados ni aprobados dentro de la vigencia de la Póliza.

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; indicados en las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado y/o Certificado de Seguro.

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 ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato 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 de la póliza, solicitud certificado o Certificado de Seguro, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza, solicitud certificado o certificado de seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó su solicitud.

Véase las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

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

El CONTRATANTE puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita quedando el Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda, resuelto de manera inmediata. Si la COMPAÑÍA ejerce dicho derecho, deberá comunicarlo previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con no menos treinta (30) días calendario de anticipación.

Para tal efecto, deberá utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración.

Las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establecen este derecho.

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

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

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 CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

1) Aviso del siniestro: Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso, 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 las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

A. EN CASO DE URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

Para casos de urgencias odontológicas, el ASEGURADO deberá comunicarse con LA COMPAÑÍA o a quien esta le de la responsabilidad, llamando al teléfono señalado en las condiciones particulares, solicitud certificado o Certificado de seguro, si es un seguro grupal.

LA COMPAÑÍA gestionará la atención en el centro odontológico de la red. El ASEGURADO deberá presentar su documento de identidad al centro odontológico al que acuda a efectos de poder ser atendido como mecanismo de identificación.

Si por fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho no hubiera disponibilidad de atención en la red en la zona geográfica y momento de la solicitud, el ASEGURADO podrá atenderse por su cuenta y solicitar el reembolso únicamente respecto de los gastos odontológicos efectivamente cubiertos por la Póliza, conforme a las condiciones, límites, porcentajes, copagos y deducibles aplicables y siempre que exista aprobación expresa de LA COMPAÑÍA de forma previa a la atención.

B. EN CASO DE CITAS PROGRAMADAS

El ASEGURADO deberá comunicarse al teléfono señalado en las Condiciones Particulares, en la solicitud, certificado o Certificado de Seguro, para programar su cita y posteriormente acudir presentando su documento de identidad.

Se verificará la vigencia de la póliza de seguro del Asegurado, las coberturas y beneficios adicionales correspondientes.

C. ATENCIÓN AL CRÉDITO

Las coberturas del presente seguro serán pagados directamente al centro odontológico preferente por LA COMPAÑÍA, conforme a los porcentajes, tarifas, copagos, deducibles y demás condiciones del plan contratado, según la prestación solicitada.

D. REEMBOLSO

El ASEGURADO solo podrá solicitar el pago vía reembolso cuando la cobertura haya sido previamente aprobada por LA COMPAÑÍA antes de la prestación del servicio y siempre que se trate de los supuestos expresamente previstos en la Póliza, incluyendo, de manera enunciativa y no limitativa, los casos de emergencia o urgencia dental contemplados en la cobertura contratada.

Para solicitar el reembolso, el ASEGURADO deberá presentar los antecedentes médicos, exámenes radiológicos, comprobantes de pago y demás documentos sustentatorios que

acrediten la atención recibida, el gasto efectuado y la aprobación previa de la cobertura por parte de LA COMPAÑÍA.

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 que 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 que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA 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 Aseguradora 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. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y estos documentos no hayan sido presentados, serán requeridos dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que dispone la CIA para pronunciarse sobre la atención del siniestro y, en caso los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o solicitar las aclaraciones y/o precisiones necesarias acerca del evento o siniestro ocurrido. Ésta se solicitará dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la COMPAÑÍA, para aprobar o rechazar el siniestro.