

Seguro Contra Cáncer

Certificado de Seguro N°

Póliza N° _____

Código SBS AE2036400001: Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Empresa de Seguros	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima	RUC: 20390625007
Teléfono: 417-5000 / Fax: 221 2943	
Correo electrónico: atención. seguros@chubb.com	
Página web: www.chubb.com/pe	

Datos Generales del Certificado de Seguro	
Fecha de emisión:	
Inicio de Vigencia: las 12 horas del _____	
Fin de Vigencia: las 12 horas del _____ o cuando el ASEGURADO cumpla con la edad máxima de permanencia lo que ocurra primero	
Renovación:	Vigencia:
Corredor:	Código SBS:

Contratante (Persona Jurídica)/ Comercializador	
Nombre completo/ Denominación o Razón Social:	
RUC:	
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Correo electrónico:

Contratante (Persona Natural)	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y N° Doc. Identidad:	Lugar de Nacimiento:
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Correo electrónico:

Asegurado	
Apellidos y Nombres:	
Documento de Identidad:	
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad:	
Dirección:	
Distrito:	Provincia:
Departamento	
Correo electrónico:	Teléfono:
Relación con el Contratante:	

Beneficiarios		
Nombres y Apellidos	Porcentaje	Relación con el Asegurado

Condiciones para ser Asegurado

Las edades mínima y máxima de ingreso al seguro son de 18 años y 64 años con 11 meses respectivamente. La edad máxima de permanencia es 69 años y 364 días, salvo que a dicha edad el Asegurado haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva; en este caso, el Asegurado a su libre elección tendrá derecho a continuar renovando los contratos indefinidamente con coberturas no menores a las pactadas anteriormente.

Periodo de Carencia

Noventa (90) días

Prima

Prima Comercial: XXX

Prima Comercial +IGV: XXX

Lugar y forma de pago de la prima: XXX

TCEA: XX% (en caso de pago fraccionado)

Periodicidad de pago: XXX

La prima comercial incluye (si fuera el caso)::

Cargos por la contratación de comercializadores: XX

Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores: XX

Cargos por agenciamiento por la contratación de promotores de seguros: XX

Cargos por intermediación por Bancaseguros: XX

Coberturas

Coberturas:

Riesgo cubierto

Tratamiento de Cáncer

Beneficio máximo anual / Beneficio máximo de por vida

XXXX por Asegurado / XXX por asegurado

Cláusula adicional

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Suma asegurada

XXXX por Asegurado

Exclusiones

- a) Enfermedades que no sean diagnosticadas como cáncer.
- b) Cáncer preexistente, entendiéndose por aquel el que ha sido diagnosticado por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro. No se considera preexistente aquella enfermedad cubierta por un seguro durante el periodo inmediato anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza médica diferente.
- c) Los siniestros en los que el diagnóstico anátomo-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 anátomo-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 Condicionado General.
- e) Tratamientos kinésicos, psiquiátricos, estéticos, de rehabilitación y de prótesis.
- f) Catéteres implantables y bombas de infusión portátiles.
- g) Ansiolíticos, vitaminas, suplementos alimenticios y productos no medicinales.
- h) Costos relacionados con la adquisición y transfusión de sangre y derivados.
- i) Trasplante de Médula Osea.
- j) Todo tipo de terapia con modificadores de la respuesta biológica.

- k) Tratamientos no considerados médicamente necesarios y tratamientos o medicamentos que sean considerados como experimentales o en fase o período de prueba por la FDA de los Estados Unidos de Norte América.**
- l) Todo tratamiento en lugar distinto al territorio nacional.**
- m) Costo por cualquier tipo de traslado, excepto lo indicado en el presente Condicionado General.**
- n) Alojamiento o gastos del ASEGURADO en centros de hospedaje diferentes a los hospitales o clínicas afiliadas al seguro, excepto lo indicado en el presente Condicionado General.**
- o) Reembolso de dinero por cualquier concepto.**

Derecho de arrepentimiento:

Si el seguro es ofertado por comercializadores, el 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 del Certificado de Seguro. El ASEGURADO podrá usar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el 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.

El artículo 17° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establece esta disposición de manera más detallada.

Derecho de resolución sin expresión de causa:

El ASEGURADO 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 ASEGURADO también podrá ejercer el derecho de desvincularse del contrato de seguro utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración.

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

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales (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.

Renovación Automática

El seguro se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza y mientras el ASEGURADO no haya cumplido la edad límite de permanencia. No se emitirán documentos de renovación ya que la Póliza originalmente entregada al CONTRATANTE constituye evidencia de la validez de la cobertura.

Cuando la Aseguradora considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al Contratante detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al

vencimiento de la póliza. El Contratante tiene un plazo no menos de treinta (30) días previos al vencimiento de la póliza para manifestar su rechazo en la propuesta de la Aseguradora. en caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Aseguradora. En este último caso, la Aseguradora debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

Procedimiento para Solicitar la Cobertura:

Aviso del siniestro: El ASEGURADO deberá dar aviso de siniestro por escrito a la COMPAÑÍA o por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del diagnóstico anatómo 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 Anatómo 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 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)).

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

La COMPAÑÍA o el COMERCIALIZADOR

Medios habilitados para presentar consultas y 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 Fax (51-1) 422-7174.
- b. Escribiendo a: atencion.seguros@acegroup.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 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 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.

Instancias 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

1. El asegurado tiene derecho a solicitar copia de póliza del seguro de grupo o colectivo de la Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
2. En el caso que este seguro se comercialice a través de un comercializador, Chubb Seguros 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 Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.

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”.

Deber de Informar la Agravación del Riesgo

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: XXXX

Chubb Seguros Perú S.A.