

Seguro ONCOLÓGICO**Seguro de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer***Código SBS AE2036400034 Adecuado a la Ley 29946 y sus Normas reglamentarias*

Póliza Nro. 34/12731

Solicitud – Certificado Nro.:

COMPAÑÍA DE SEGUROS	
RAZÓN SOCIAL: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
DOMICILIO: Ca. Amador Merino Reyna N° 267, Of 402 San Isidro, Lima	TELÉFONO: 417-5000
CORREO ELECTRÓNICO: atencion.seguros@chubb.com	PAG. WEB: www.chubb.com/pe

Para las coberturas de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer y Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica el beneficiario será el ASEGURADO. Para la cobertura de Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica los beneficiarios serán las personas designadas en la Solicitud - Certificado. A falta de beneficiarios designados, Chubb Seguros Perú pagará los beneficios a los herederos legales del ASEGURADO.

DECLARACIÓN DE SALUD

Usted padece o ha padecido de cáncer o se encuentra a la espera de resultados para descartar el cáncer? **SÍ** ___ **NO** ___
Si la respuesta es afirmativa se rechazará la presente solicitud de seguro.

VIGENCIA DEL SEGURO

Inicio de Vigencia: Fecha de suscripción de la presente Solicitud – Certificado.

Vigencia Anual con Renovación Automática hasta que el ASEGURADO alcance la edad máxima de permanencia si es que no ha venido renovando su seguro por cinco (5) años consecutivos.

COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES			
Coberturas	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Indemnización por diagnóstico de Cáncer (Periodo de Carencia: 60 días)	S/ 3,000	S/ 4,000	S/ 5,000
Renta Hospitalaria por enfermedad Oncológica (máximo 180 días y periodo de carencia: 60 días)	S/ 30 por cada 24h de internamiento	S/ 40 por cada 24h de internamiento	S/ 50 por cada 24h de internamiento
Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica	S/ 2,000	S/ 2,000	S/ 2,000
Beneficio Adicional			
Orientación médica y psicológica telefónica relacionada a la enfermedad Oncológica	Ilimitada	Ilimitada	Ilimitada
Prima Comercial + IGV Mensual	S/ 3.00	S/ 3.50	S/ 4.00
Seleccione Plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los cargos por la comercialización de seguros a través de la banca seguros, corresponden al 24.27% de la prima comercial.

PAGO DE LA PRIMA

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO, las primas se cargarán mensualmente en la cuenta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación según las fechas predeterminadas por CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO HUANCAYO S.A., en adelante CAJAHUANCAYO.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, la CAJA HUANCAYO procederá a realizar re-intentos de cargo diariamente.
- Si luego de dichos re-intentos, no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán nuevos intentos en las siguientes fechas de cargo predeterminadas con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes al Seguro, la cobertura quedará extinguida de acuerdo a lo establecido en la Ley de Contrato de Seguros N° 29946 y la Resolución SBS N° 3198-2013, Reglamento de Pago de Primas.

EDADES LÍMITE

- Edad Mínima de Ingreso : 18 años
- Edad Máxima de Ingreso : 64 años con 364 días.
- Edad Máxima de Permanencia : 69 años con 364 días, en tanto no haya renovado su seguro durante cinco (5) años consecutivos.

EXCLUSIONES

Para la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:

- 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".
- Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.
- Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- Toda enfermedad distinta al cáncer.
- Todo cáncer cuyo "diagnóstico clínico" se haya iniciado con anterioridad a la contratación del seguro o durante el periodo de carencia.
- 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.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:

- 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".
- Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.
- Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- Todo cáncer cuyo "diagnóstico clínico" se haya iniciado con anterioridad a la contratación de este seguro o durante el periodo de carencia del mismo.
- Hospitalización para el tratamiento de cualquier tipo de enfermedad que no sea Oncológica.

f) Internamiento en un lugar que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria.

Para la cobertura de Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica:

- a) 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".
- 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) Todo cáncer cuyo "diagnóstico clínico" se haya iniciado con anterioridad a la contratación de este seguro o durante el periodo de carencia del mismo.
- e) Fallecimiento a causa de cualquier tipo de enfermedad que no sea Oncológica.

Para la Orientación médica y psicológica telefónica relacionada a la enfermedad Oncológica:

- a) Cuando el ASEGURADO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- b) Los resultantes de los servicios que el ASEGURADO haya contratado sin el previo consentimiento de GEA.
- c) Cuando el ASEGURADO no se identifique como ASEGURADO de los SERVICIOS.

AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

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:

- **AVISO DEL SINIESTRO:** 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.
- **DOCUMENTACIÓN:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada) en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

Para la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:

- a) Documento de Identidad del ASEGURADO; y
- b) El Diagnóstico Clínico, sustentado con el correspondiente examen de Anatomía Patológica.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:

- a) Documento de Identidad del ASEGURADO;
- b) El Diagnóstico Clínico, sustentado con el correspondiente examen de Anatomía Patológica; y
- c) Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias.

Para la Cobertura de Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso de tenerlo;
- b) Partida de Defunción del ASEGURADO;
- c) Certificado de Defunción del ASEGURADO;
- d) Documento de Identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales; e
- e) Informe médico completo que certifique el fallecimiento del ASEGURADO a causa de una enfermedad oncológica no contemplada dentro de las exclusiones del presente seguro.

La COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente, información o documento que estime pertinente que le permita verificar la ocurrencia del siniestro y/o la extensión de las prestaciones, además y sin perjuicio de los mencionados documentos, todo lo cual deberá ser solicitado dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

Para la Orientación Médica y Psicológica telefónica relacionada a la enfermedad Oncológica:

Para acceder a esta asistencia el ASEGURADO deberá comunicarse telefónicamente al 0800 00569 (Provincia) o al 01 6164514 (Lima) suministrando al funcionario de la asistencia que atienda la llamada respectiva, su nombre completo y el número de su documento de identidad (DNI).

Este servicio es brindado por GEAS.A.C. quien a su vez es contratada por Chubb Seguros Perú.

IMPORTANTE

- El presente producto presenta obligaciones a cargo del ASEGURADO cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización a la 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.
- No aplican deducibles ni franquicias.

- La información contenida en esta Solicitud - Certificado 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 Asistencia Médica.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro Colectivo a Chubb Seguros Perú o a la CAJA HUANCAYO, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO a la empresa del sistema financiero, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la empresa de seguros. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO a la empresa del sistema financiero, se consideran abonados a Chubb Seguros Perú.

DETALLE DE LAS COBERTURAS

Indemnización por Diagnóstico de Cáncer: Si luego de transcurrido el Periodo de Carencia, el Asegurado recibe un Diagnóstico Clínico de Cáncer Primario, cubierto por este seguro, Chubb Seguros Perú pagará los beneficios descritos en la presente Solicitud - Certificado.

Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica: Chubb Seguros Perú pagará el Beneficio indicado en la presente Solicitud - Certificado de Seguro por cada 24 horas de internamiento del ASEGURADO en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 180 días por año, sin considerar convalecencia, si como consecuencia de una enfermedad Oncológica, debidamente certificada por un médico a través de un examen de anatomía patológica, haya sido necesaria su hospitalización, independientemente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado.

Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica: Si luego de transcurrido el Periodo de Carencia, un Asegurado recibe un Diagnóstico Clínico de Cáncer Primario y fallece a causa de esta enfermedad oncológica, Chubb Seguros Perú pagará los beneficios descritos en la presente Solicitud - Certificado.

BENEFICIO ADICIONAL

Orientación médica y psicológica telefónica relacionada a la enfermedad oncológica: El ASEGURADO, a través de un proveedor externo contratado por Chubb Seguros Perú, tendrá acceso al servicio de orientación telefónica médica y psicológica tanto para el titular como para el núcleo familiar, cualquier día de la semana las 24 (veinticuatro) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que pueda resolver sus consultas sobre alguna dolencia o situación relacionada con la enfermedad oncológica.

PERIODO DE CARENCIA

Para cada Asegurado cubierto por este seguro existirá un Período de Carencia de sesenta (60) días calendarios, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la presente Solicitud-Certificado. Por lo tanto, solo estará cubierto el primer Diagnóstico Clínico de Cáncer que se haya iniciado después de transcurrido el Plazo de Carencia y en tanto haya sido emitido durante la vigencia del presente seguro.

DEFINICIONES IMPORTANTES

Cáncer: La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas, la Enfermedad de Hodgkin y melanoma invasivo mayor a 0.75mm.

Cáncer Primario: Es aquel Cáncer que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la Póliza.

Condición Médica Pre-existente: Enfermedades o lesiones por las que el ASEGURADO haya recibido tratamiento médico o, en su caso, haya sido diagnosticada por un médico en forma anterior a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

Diagnóstico Clínico: 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 de un informe histopatológico por escrito.

Institución Hospitalaria: Establecimiento legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos:

a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería.

Para los efectos de esta póliza no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias o controversias que pudieran derivarse de la ejecución o interpretación de esta Póliza y de los demás documentos o Endosos que formen parte del Contrato de Seguros, inclusive las que pudieran estar referidas a su nulidad o invalidez, podrán ser resueltas ante el Poder Judicial. Ver INSTANCIAS HABILITADAS PARA PREENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS.

TERMINACIÓN DEL SEGURO

La cobertura del ASEGURADO terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

a) La ocurrencia de un siniestro al Asegurado que dé lugar a la indemnización de cualquiera de las coberturas previstas en este seguro.

- b) Cuando el ASEGURADO reciba un Diagnóstico Clínico de Cáncer Primario cuyo estudio diagnóstico se haya iniciado durante el Periodo de Carencia.
- c) El fallecimiento del ASEGURADO.
- d) Al cumplir el ASEGURADO TITULAR la edad límite de permanencia, salvo si durante cinco años en forma continua e ininterrumpida ha estado asegurado con la misma Póliza en la COMPAÑÍA.

RECLAMOS Y/O CONSULTAS DEL ASEGURADO ANTE LA COMPAÑÍA CONFORME LO DISPONE LA CIRCULAR DE SERVICIO A LOS USUARIOS

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO cuenta con los canales y procedimientos siguientes:

- 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.
- 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”.
- 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.

OTRAS INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

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: Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9, San Isidro, Lima.

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP: Plataforma de Atención al Usuario, Teléfonos: 0-800-10840, (511) 200-1930, 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

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el seguro sin expresión de causa ni penalidad alguna, salvo que el seguro esté asociado a un crédito. El plazo para ejercer el derecho de arrepentimiento aplicable a seguros grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias no podrá ser inferior a quince (15) días contado desde que el ASEGURADO recibe el certificado de seguros correspondiente, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. Para ejercer este derecho, el ASEGURADO podrá usar cualquiera de los medios de comunicación pactados para dirigirse a la COMPAÑÍA, indicando su intención de resolver el Certificado de Seguro, pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

El ASEGURADO 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.

DERECHO DEL ASEGURADO DE ACEPTAR O NO MODIFICACIONES DE SUS CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al 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 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 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 ASEGURADO 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.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN PACTADOS

Comunicación física o electrónica o telefónica.

AUTORIZACIÓN PARA USO DE MEDIO DE COMUNICACIÓN

El ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento.

DECLARACIÓN JURADA Y AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Declaro bajo juramento que gozo de buena salud y que las respuestas proporcionadas en esta Solicitud y en la Declaración de Salud son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad hecha con dolo o culpa inexcusable anula el Seguro y en consecuencia toda obligación de Chubb Seguros Perú.

Asimismo, reconozco que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud No. 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

El ASEGURADO autoriza de forma expresa a Chubb Seguros Perú, el uso de los datos personales proporcionados en la contratación del presente seguro, para fines comerciales, tales como el envío de publicidad, promociones y ventas de diferentes productos o servicios, así como para la transferencia (entre entidades que forman parte de Chubb Group) y tratamiento de dichos datos personales.

ACEPTACION DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

El ASEGURADO declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita, pudiendo acceder a la página web de la COMPAÑÍA o a través de la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP: www.sbs.gob.pe.

CHUBB®

RUC: 20390625007
C/le. Amador Merino Reyna Nro. 267,
Ofic. 402; San Isidro; Lima - Perú.
417-5000



COMERCIALIZADOR



Chubb Seguros

Asegurado