



ANEXO C

RESUMEN INFORMACION GENERAL

1. Datos de La Compañía:

- Denominación Social: BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros
- Dirección: Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro - Lima.
- Teléfono: (01) X / Fax: (01) X
- Correo Electrónico: servicioalcliente@cardif.com.pe
- Web: www.bnpparibascardif.com.pe

2. Denominación del Producto:

X

3. Lugar, Forma y Fecha de Pago de la Prima:

LUGAR , FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA
Lugar: X
Forma: X
Fecha: X
Interés Moratorio: X
El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los X días calendarios siguientes al vencimiento del plazo si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

4. Medio, plazo y lugar establecido para el aviso del Siniestro:

- Ocurrido el Siniestro, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía y/o al Contratante y/o al Comercializador, en caso corresponda, en un plazo no mayor a X días.

5. Lugares autorizados por la Compañía para solicitar la cobertura del seguro:

- Dirección: Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro - Lima.
- Teléfono: (01) X / Fax: (01) X
- Web: www.bnpparibascardif.com.pe

6. Medios habilitados por la Compañía para presentar reclamos:

- La central telefónica de la Compañía: (01) X / Fax: (01) X
- E-mail: servicioalcliente@cardif.com.pe
- Página web: www.bnpparibascardif.com.pe
- Oficinas: Av. Canaval y Moreyra No. 380, piso 11, San Isidro - Lima.

7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias:

- Defensoría del Asegurado, institución privada creada por la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG).
Dirección: Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - Edificio Nacional, San Isidro
Teléfono: 421-0614
Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / <http://www.defaseg.com.pe>
- Superintendencia Nacional de Salud- SUSALUD (www.susalud.gob.pe).
- Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

“El presente Seguro presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podrá afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho”

“Dentro de la vigencia del contrato de seguros el Asegurado se encuentra obligado a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado”.

INFORMACION DE LA POLIZA



8. Coberturas (artículo 4° de las Condiciones Generales y artículo 2 de las Cláusulas Adicionales):
- Tratamiento del Cáncer
 - Indemnización por Primer Diagnóstico Oncológico (Cáncer)
 - XXX
9. Exclusiones:
Previsto en el artículo 5° de las Condiciones Generales y artículo 3 de las Cláusulas Adicionales.

9.1. RESPECTO A LA COBERTURA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER:

- 9.1.1. Las enfermedades, dolencias, patologías pre-existentes al inicio del presente seguro o causas o consecuencias relacionadas con estas enfermedades o dolencias pre-existentes.
- 9.1.2. Cualquier condición de alteración del estado de salud que induzca a sospecha de la existencia, sintomatología y/o manifestación de alguna Enfermedad debidamente evidenciada en el historial clínico y posteriormente confirmada con un diagnóstico anátomo patológico positivo para cáncer, incurridas antes de la contratación del seguro e incluso durante el Período de Carencia.
- 9.1.3. Los tratamientos psicológicos o psiquiátricos, así como tratamientos por desordenes nerviosos o trastornos del sueño.
- 9.1.4. Cirugías plástica y/o estéticas y/o reparadora, así como tratamiento de embellecimiento, así sea indicado como consecuencia de un tratamiento cubierto por esta Póliza, incluido la reconstrucción mamaria.
- 9.1.5. Compra o alquiler de cualquier Equipo Médico, así como el uso de los artículos de aseo y cuidado personal y/o materiales descartables.
- 9.1.6. Gastos relacionados con la adquisición y transfusión de sangre y derivados: plasma, albúmina, plaquetas, paquetes globulares, gastos relacionados a las pruebas o exámenes realizados a los donantes, prueba cruzada para verificar la compatibilidad del receptor. Asimismo están excluidos los equipos de auto-transfusión, nutrición parenteral, nutrición enteral, ansiolíticos, así como tratamientos que impliquen el uso de células madre.
- 9.1.7. Compra de tejidos y órganos.
- 9.1.8. Tratamientos o procedimientos catalogados como profilácticos y tratamientos y/o procedimientos experimentales.
- 9.1.9. Productos o extractos naturales, medicina homeopática, farmacopea china, medicamentos experimentales según lo establecido por la Food and Drug Administration (FDA) o que no estén autorizados por ésta, medicina con fines placebo o de eficacia terapéutica no comprobada o de beneficio no demostrado científicamente. Fármacos que no cuenten con la autorización de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), para su debido uso y comercialización en el Perú.
- 9.1.10. Tratamientos de medicina alternativa o complementaria y/o tratamientos médicos cuyo beneficio no esté demostrado científicamente, o su eficacia terapéutica no esté debidamente comprobada y productos no medicinales.
- 9.1.11. Los servicios y/o tratamientos realizados prescritos por personas que no sean médicos colegiados activos o que correspondan a su especialidad y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
- 9.1.12. Vitaminas, suplementos alimenticios, complementos nutricionales, energizantes, reconstituyentes, nootrópicos y estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.
- 9.1.13. Tratamientos por rehabilitación o terapia física.
- 9.1.14. Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o sustentados en Medicina Basada en Evidencia con Nivel de Evidencia 2A y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales o en fase de período de prueba o investigación.
- 9.1.15. Enfermedades, tratamientos médicos, estudios o cualquier otro gasto que no se encuentren relacionadas con el diagnóstico de Cáncer.



- 9.1.16. Los gastos por tratamiento médico, así como honorarios médicos u otros, que sean pactados directamente por el Asegurado, sin el conocimiento ni aprobación de la Compañía.
- 9.1.17. Cuidados, atenciones o tratamientos de enfermería particular y/o técnica o auxiliares en enfermería, así como gastos de transporte y/o alojamiento, que no sean los específicamente cubiertos por esta Póliza.
- 9.1.18. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, así como la inhalación de veneno, inhalación de gases o vapores venenosos; así como enfermedades ocupacionales.
- 9.1.19. Dispositivos o implantes médicos de naturaleza mecánica o electrónica.
- 9.1.20. Prótesis externas e internas.
- 9.1.21. Enfermedades o tratamientos médicos relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o adicción a las drogas, estupefacientes o narcóticos, fármacos o bebidas alcohólicas.
- 9.1.22. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el HIV, SCRS o SIDA.
- 9.1.23. Chequeos médicos, despistaje de cualquier enfermedad o tratamientos preventivos, excepto los cubiertos por la Póliza.
- 9.1.24. Todo tratamiento, honorarios médicos y demás, en lugar distinto al territorio nacional, así como los gastos de transporte fuera o dentro del territorio nacional no contemplados dentro de la Póliza.
- 9.1.25. Toda enfermedad o condición no oncológica que haya sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por la enfermedad de Cáncer, tratamiento o procedimientos proporcionados con relación a un caso de Cáncer, excepto los tratamientos de patologías como consecuencia del tratamiento oncológico cubierto por la Póliza.
- 9.1.26. Procedimientos y/o tratamientos de Quimioterapia así como las terapias de Cáncer prescritas que NO hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir que no se demuestre su eficacia en el tratamiento de Cáncer) y además que NO se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A en la Clinical Practice Guidelines in Oncology de los protocolos de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- 9.1.27. Pruebas de laboratorio de valor pronóstico y/o exámenes genéticos.
- 9.1.28. Reembolsos de cualquier naturaleza, excepto para las coberturas establecidas específicamente en la Póliza.
- 9.1.29. Fármacos denominados terapia dirigida o terapia blanco dirigida o molecularmente dirigida: inhibidores de transducción de señales, inhibidores de la tirosina kinasa, proteosomas, modificadores de la función de proteínas que regulan la expresión de genes y otras funciones celulares, terapias que inducen a la apoptosis y/o angiogénesis, vacunas y terapia genética. Esta exclusión comprende todos los futuros fármacos y/o sucedáneos afines a esta categoría.
- 9.1.30. Tratamiento de radiocirugía y radiofrecuencia.
- 9.1.31. Todo tipo de prestaciones médicas, diagnósticas y farmacológicas que no se encuentren disponibles en el territorio nacional.

9.2. RESPECTO A LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO:

Adicionalmente a las exclusiones previstas para la Cobertura de Tratamiento de Cáncer:

- 9.2.1. Los tumores que presenten cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical (leve, moderada o severa), la leucoplasia, tumores borderline u otros considerados por histología como premalignos.
- 9.2.2. Todas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares de la piel, los melanomas con espesor menor de 1.5mm determinado por examen histológico o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark.
- 9.2.3. Todos los carcinomas de células escamosas de la piel, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos.
- 9.2.4. Tumores no malignos, así como tumores de la próstata o tipo adenoma (excepto si el grado de Gleason es mayor a 6 o siempre que sea a un nivel clínico T2N0M0). El cáncer de próstata estadio T1, N0, M0.
- 9.2.5. Leucemia linfocítica crónica excepto si alcanzo el nivel A de la prueba de Bidet. La Leucemia linfática crónica estadio clínico 0.



9.2.6. La indemnización por segundo o cualquier otro nuevo cáncer primario.

9.3. RESPECTO DE LA CLÁUSULA ADICIONAL- INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE SEPELIO

Adicionalmente a las exclusiones previstas para la Cobertura de Tratamiento de Cáncer, aplican las siguientes exclusiones:

XXX

10. Condiciones de acceso y límites de permanencia:

EDAD	ASEGURADO TITULAR	ASEGURADO DEPENDIENTE
Edad Mínima de Ingreso	X años	X años
Edad Máxima de Ingreso	X años y X días	X años y X días
Edad Máxima de Permanencia	X	

11. Derecho de Arrepentimiento:

- El Asegurado y/o Contratante puede ejercer el derecho de arrepentimiento previsto en el artículo 28° de las Condiciones Generales.

12. Derecho de Resolución:

- El Asegurado y/o Contratante puede ejercer el derecho de resolución del contrato sin expresión de causa previsto en el numeral 12.5 del artículo 12° de las Condiciones Generales.

13. Modificación de contrato:

- La modificación de la Póliza se sujetará a lo dispuesto en el artículo 21° de las Condiciones Generales.
- El Contratante podrá aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la Compañía durante la vigencia del contrato.

14. Procedimiento para solicitar cobertura del seguro:

- El procedimiento para solicitar cobertura se sujetará a lo dispuesto en el artículo 14° de las Condiciones Generales.

INFORMACION ADICIONAL:

- La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de las coberturas contratadas.
- La Compañía es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador. 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 la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.
- Los pagos efectuados por el Contratante al comercializador se considerará abonados a la Compañía.

Fecha:

Firma: