

## Seguro de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

Código SBS NºAE2036400034 adecuada a la Ley Nº 29946 y sus normas reglamentarias.

Póliza No: 34-29912

Solicitud - Certificado Nº:

### COMPAÑÍA DE SEGUROS

<b>RAZÓN SOCIAL:</b> Chubb Seguros Perú S.A.	<b>RUC:</b> 20390625007
<b>DOMICILIO:</b> Ca. Amador Merino Reyna Nº 267, Of 402 San Isidro, Lima	<b>TELÉFONO:</b> 417-5000
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> atencion.seguros@chubb.com	<b>PAG. WEB:</b> <a href="http://www.chubb.com.pe">www.chubb.com.pe</a>

### Datos generales del Certificado de Seguro

VIGENCIA	: 1 AÑO (12 MESES)	RENOVACIÓN AUTOMATICA
INICIO DE VIGENCIA :		FIN DE VIGENCIA :

### Contratante

RAZON SOCIAL: CMAC Huancayo S.A	RUC: 20130200789
DIRECCIÓN: JR Benigno N°1441-1446	Teléfono: 48 0000

### ASEGURADO TITULAR (CLIENTE DEL CONTRATANTE)

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NAC:	SEXO:
DOCUMENTO:		
DOMICILIO:		
DISTRITO:		
PROVINCIA:	DEPARTAMENTO:	
TELEFONO:	NACIONALIDAD	

### BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%

### PLAN DE PAGO

TIPO DE CUENTA:	N DE CUOTAS:
APORTE MENSUAL	TOTAL DE CUOTAS PACTADAS
El aporte mensual incluye IGV y 3% de cargo de emisión	FECHA DE PAGO:

### Beneficiarios

Para las coberturas de Diagnóstico de Enfermedad de Cáncer y Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica: El ASEGURADO.

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

Los beneficiarios serán las personas designadas en la Solicitud-Certificado. En caso el ASEGURADO TITULAR no haya designado a sus BENEFICIARIOS, éstos serán sus herederos legales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados incapaces, según corresponda.

### Vigencia del Seguro:

Vigencia del seguro: Anual

Renovación: Automática

Fecha de inicio y término: Desde (    /    ) hasta (    /    /    ) o hasta que se produzca alguno de los supuestos establecidos en el artículo 8º del Condicionado General.

No aplica fin de vigencia en caso se haya venido renovando el seguro por cinco (5) años de forma continua e ininterrumpida.

## Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites

Coberturas	Suma Asegurada y Límites		
	Plan 1	Plan 2	Plan 3
<b>Diagnóstico de Enfermedad de Cáncer:</b> La COMPAÑIA pagará a los BENEFICIARIOS la indemnización descrita en el presente documento, cuando el ASEGURADO reciba un primer Diagnóstico Clínico de Cáncer; entendido este último como 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 del informe histopatológico por escrito.	S/ 9,500.00  Periodo de Carenicia: 60 días.	S/ 12,000.00  Periodo de Carenicia: 60 días.	S/ 20,000.00  Periodo de Carenicia: 60 días.
<b>Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:</b> La COMPAÑIA pagará el Beneficio indicado en el presente documento 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.	S/ 0.00  Periodo de Carenicia: 60 días.	S/ 50.00 x Día  Periodo de Carenicia: 60 días.	S/ 60.00 x Día  Periodo de Carenicia: 60 días.
<b>Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica:</b> Si luego de transcurrido el Periodo de Carenicia, un ASEGURADO recibe un Diagnóstico Clínico de Cáncer Primario y fallece a causa de esta enfermedad oncológica, la COMPANIA pagará los beneficios descritos en el presente documento, en los plazos y términos que se señalan en el mismo.	S/ 3,000.00	S/ 3,000.00	S/ 3,000.00

## Beneficios Adicionales

Servicios de Asistencia SALUD (*)	Carenicia	Coberturas (monto máximo en soles)	Eventos por año (máximo de eventos)
		MONTO MAXIMO (SI)	MAXIMO DE EVENTOS
<b>ASISTENCIA</b>			
Orientación Medica Telefónica 24Horas	Sin carencia	Sin Limite	Sin Limite
Orientación Psicológica Oncológica Telefónica	Sin carencia	Sin Limite	Sin Limite
Orientación Nutricional Telefónica	Sin carencia	Sin Limite	6 eventos
Teleconsulta (virtual) en Medicina General	Sin carencia	Sin Limite	6 eventos
Teleconsulta (virtual) Psicólogo Oncológico	Sin carencia	Sin Limite	3 eventos
Consulta médica ambulatoria con Médico General, Ginecólogo, Pediatría y/o Gastroenterología	30 días	Co-Pago Cliente S/20	4 eventos
Medicamentos derivados de la consulta médica (Medicina genérica)	30 días	Hasta S/30 por evento	4 eventos
Mujer: Glándula, Tiroides, Piel, Mamas y Cuello Uterino	90 días	Hasta S/30 por evento	1 evento
Hombre: Palpación de testículo, de pene, tacto rectal	90 días	Hasta S/30 por evento	1 evento

\*El servicio es brindado por ADDIUDA PERÚ, identificado con RUC 20604457255, llamando al teléfono (01) 643-4438. Horario de atención: 24 horas del día los 365 días del año.

## Prima

	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Prima Comercial	S/ 3.39	S/ 4.24	S/ 5.08
Prima Comercial + IGV	S/ 4.00	S/ 5.00	S/ 6.00

Periodicidad de Pago: Anual

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: 6.31% / J0045

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 29.13%

### Forma de Pago: Cargo en cuenta

- El ASEGURADO autoriza el cargo de la prima en la cuenta designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación y en la periodicidad pactada previamente.
- De no encontrar saldo en la cuenta designada o si no se pudiera realizar el cobro en la misma, el ASEGURADO autoriza a que se proceda con el cargo respectivo en cualquier de sus cuentas con éste donde mantenga saldo acreedor.
- En caso de extravío, pérdida, robo, cambio de la tarjeta de donde se realiza el cargo de la prima, el ASEGURADO está obligado a informar a la COMPAÑÍA. Asimismo, EL ASEGURADO autoriza a que el cargo de la prima continúe realizándose en el nuevo número de tarjeta emitida con la entidad financiera de la tarjeta original.
- ELASEGURADO declara que el cargo es una facilidad de pago que no limita sus responsabilidades del pago oportuno de prima, por lo que si la COMPAÑÍA no usase las facultades antes expuestas no será responsable de la suspensión, resolución y/o extinción del microseguro.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo y en la periodicidad pactada en el acápite anterior. La prima considera los impuestos vigentes al momento de su emisión. Las primas se calcularán según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

**Descripción del Interés Asegurado:** Pagar una indemnización al ASEGURADO por el diagnóstico de la enfermedad de Cáncer.

### Edades Límite

Edad Mínima de Ingreso	: 18años
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.

### Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO TITULAR tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Solicitud-Certificado, 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 Solicitud-Certificado, siempre que el mismo no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. Para tal fin de deberá seguir el procedimiento establecido en el artículo 17º a las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

### Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada a LA COMPAÑÍA. El artículo 9º de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establece este derecho.

### Exclusiones

Quedan excluidas de cobertura de esta Póliza los siniestros que sean consecuencia de lo siguiente:

#### Para La cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:

- a) Preexistencia; de conformidad con la definición de las Condiciones Generales de la Póliza.
- b) Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma "in situ" o aquellos considerados por estudio histológico como "pre-malignos", cáncer cérvicouterino "in situ" y cáncer de próstata "in situ";
- c) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos;
- d) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;
- e) Toda enfermedad distinta al cáncer;
- f) Todo cáncer cuyo "diagnóstico clínico" se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza o durante el periodo de carencia;
- g) 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:

Quedan excluidos de cobertura las hospitalizaciones que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- 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 esta Cláusula Adicional o durante el periodo de carencia de la misma.
- e) 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:

Este seguro no cubre el riesgo de Muerte si el fallecimiento del ASEGURADO fuere causado por:

- 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 esta Cláusula Adicional o durante el periodo de carencia de la misma.
- e) Fallecimiento a causa de cualquier tipo de enfermedad que no sea Oncológica.

#### **Instalaciones 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

#### **Aceptación de cambios de condiciones contractuales, durante la vigencia de la Solicitud-Certificado**

El CONTRATANTE y ASEGURADO tienen derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el artículo 15º de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

#### **Procedimiento para Solicitar la Cobertura en caso de siniestro:**

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO osus Beneficiarios deberá(n) cumplir con lo siguiente:

**Aviso:** Dar aviso a la COMPAÑÍA o Comercializador, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en el presente documento, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguiente a la fecha de conocido el 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; a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 11.11 del artículo 11º de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

**Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, el ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS deberá presentar los siguientes documentos en las oficinas de la COMPAÑÍA o del Comercializador (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada) sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

#### Para la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer y la cobertura de Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:

- a) Documento de Identidad del ASEGURADO y BENEFICIARIO.
- b) El Diagnóstico Clínico, sustentado con el correspondiente examen de Anatomía Patológica.
- c) Comprobantes de pago emitidos por la entidad médica que brindó la atención, conforme a la normativa vigente.

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

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, de tenerlo físicamente.

- b) Partida de Defunción del ASEGURADO
- c) Certificado de Defunción del ASEGURADO
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales
- e) Informe médico completo del médico tratante del ASEGURADO que certifique el fallecimiento del ASEGURADO a causa de una enfermedad oncológica no contemplada dentro de las exclusiones de la presente póliza.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la Ley vigente.

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 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 la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales a la información anteriormente presentada, que estime pertinente para la calificación y liquidación del siniestro, 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 COMPAÑÍA 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.**

## Terminación del Seguro

La Solicitud-Certificado terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) La ocurrencia de un siniestro al ASEGURADO TITULAR que dé lugar a la indemnización de cualquiera de las coberturas, principales o adicionales, previstas en esta Póliza.
- b) El fallecimiento del ASEGURADO TITULAR.
- c) Al cumplir el ASEGURADO TITULAR la edad límite de permanencia, salvo que la póliza se haya renovado durante cinco años en forma continua e ininterrumpida. De ser el caso, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO, según corresponda, la prima en función al período no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la fecha de terminación.

## Medios Habilitados para presentar consultas y/o 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 (\*).
- b. Escribiendo a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto: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"](http://www.chubb.com.pe/opcion%22Contáctenos%22-%22Solicitud+Electrónica%22).
- 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.
- Detalle del reclamo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los 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

## Definiciones

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Póliza de Seguros:

**Asegurado Titular:** ASEGURADO principal. Puede o no coincidir con la personalidad del CONTRATANTE.

**Asegurado Adicional:** Es el cónyuge o conviviente, descendientes o ascendientes del Asegurado Titular, detallados en la Solicitud del Seguro, que se acoge a las coberturas de la póliza, según corresponda.

**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.

**Carcinoma "In Situ":** Se refiere a un crecimiento anormal y descontrolado de células en forma superficial sin invadir más allá de la membrana basal, es decir en el mismo sitio de origen.

**Carcinoma Basocelular De La Piel:** También llamado cáncer de la piel no melanoma, se suele presentar como un nódulo o abultamiento pequeño y escamoso en la cabeza, el cuello o las manos.

**Carcinoma:** es un sinónimo de Cáncer.

**Células Escamosas:** Células de la porción central de la capa epidérmica de la piel.

**Preexistencia (Pre-Existente):** Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud o contratación del seguro.

**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.

**Enfermedad:** Cualquier alteración de la salud del ASEGURADO que le ocasione reducción de su capacidad funcional y de la cual se origina un diagnóstico que la define certificado por un médico durante la vigencia señalada en el presente documento.

**Estudio Diagnóstico:** Cualquier examen auxiliar que permita tener "**la sospecha**" diagnóstica de cáncer como, por ejemplo: análisis de sangre, radiografía, tomografía, mamografía etc.

**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.

**Periodo de Carencia:** Es el periodo de tiempo durante el cual las coberturas no se encuentran activas aun cuando haya iniciado vigencia la Póliza. El Período de Carencia, en caso lo hubiere, será determinado en la Solicitud-Certificado.

## Importante

- La información contenida en este documento 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 a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la recepción de dicha solicitud.
- Las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al Comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- La COMPAÑÍA 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 Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS Nº 3274-2017.
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima.
- **El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las 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.**

## Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el ASEGURADO señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la presente Solicitud-Certificado, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para esta Solicitud-Certificado.

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas de forma física o por cualquiera de los medios de comunicación electrónicas o telefónicas, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

## Autorización para Revelar Información Médica

Reconozco que conforme al artículo 25º de la Ley General de Salud, Ley 26842, las clínicas, hospitales o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad asegurada 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 otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

El ASEGURADO acepta expresamente que la COMPAÑÍA comunique sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com.pe](http://www.chubb.com.pe). Esta autorización incluye compartir información con terceros para fines estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

El ASEGURADO acepto y consiente que el tratamiento de los datos personales tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por LA COMPAÑIA para realizar estudios estadísticos y de siniestralidad, remitir información sobre sus productos y servicios, a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita, así como el flujo transfronterizo de la información a otras entidades ubicadas en Estados Unidos con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de la COMPAÑÍA.

Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com.pe](http://www.chubb.com.pe), respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

**El ASEGURADO AUTORIZA:** \_\_\_\_\_ **Sí** \_\_\_\_\_ **No**  
(marcar con una X)

ELASEGURADO manifiesta que tiene conocimiento sobre sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignado nombre y apellidos, tipo y número de documentos de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com)

**La COMPAÑÍA declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP-PJP Nº 4036.**

**Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero.**

Juan Carlos Puyó de Zavala  
**Gerente General**  
**Chubb Seguros Perú S.A.**

Firma del ASEGURADO Titular: \_\_\_\_\_

## CONDICIONADO DEL SERVICIOS DEL PROGRAMA "CAJA HUANCAYO- INDEMNIZACIÓN POR DIAGNOSTICO DE CANCER"

### 1. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

- a) Estos términos y condiciones regulan las características generales, coberturas y exclusiones de los servicios de asistencia incluidos en el Programa de Asistencia CAJA HUANCAYO- ONCOLOGICO (en adelante, "Programa") ofrecida por American Assist International Perú S.A.C. (en adelante, "ADDIUVAPERÚ").
- b) ADDIUYA PERÚ le brindará al titular servicios de asistencia las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año a través de ADDIUYA PERÚ acorde a lo establecido en el Programa. Para ello, es necesario que ADDIUYA PERÚ disponga de los recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier emergencia o solicitud de referencias, sujetándose al Programa.

### 2. DEFINICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA

Los términos definidos a continuación tendrán los significados que se le atribuyen a los mismos en este documento de Términos y Condiciones del Servicio

- a) **TITULAR:** Son los suscriptores o clientes que hayan contratado el Programa de asistencia a través del canal definido. El servicio sólo puede ser contratado por el Titular.
- b) **BENEFICIARIO:** Integrante de la familia, esposa, conyuge, hijos menores de 18 años, padres (adulto mayor), registrados como beneficiario al momento de adquirir el programa.
- c) **EVENTO:** El hecho que, ocurrido en un mismo momento, produce el daño, avería, desperfecto en una única oportunidad con la asistencia.
- d) **PERIODO DE VIGENCIA:** Periodo durante el cual se consideran activos los servicios del Programa.
- e) **PROVEEDOR:** Tercero que, por cuenta de ADDIUYA PERÚ, presta directamente los Servicios al Titular.
- f) **RESIDENCIA PERMANENTE:** El domicilio habitual que el titular en la ciudad de Lima, Perú informe o haya informado o cualquier otro domicilio que el titular haya notificado a ADDIUYA PERÚ con posterioridad a su afiliación al programa y registrado en los sistemas de ADDIUYA PERÚ, siempre que se encuentre dentro del territorio del Perú. Este domicilio será considerado como del titular para los efectos de los Servicios de asistencia, con el máximo de 1 (un) domicilio registrado y como máximo de 1 (un) cambio de domicilio por semestre de vigencia.
- g) **SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados y descritos en el Condicionado del Producto.
- h) **SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Todo hecho, acto u accidente, ocurrido al titular y/o beneficiarios que, estando dentro de los términos y con las características y limitaciones establecidas en el Condicionado del Producto, den derecho a solicitar la prestación de los Servicios.
- i) **SOLES:** La moneda de curso legal vigente en la República del Perú

### 3. DETALLE DE COBERTURAS Y EXCLUSIONES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

#### • ORIENTACIÓN MEDICA TELEFONICA

Servicio de orientación médica telefónica proporcionado por profesionales del área de la salud, orientado a responder las inquietudes efectuadas por el titular o beneficiario, en búsqueda de una orientación en Medicina General respecto a enfermedades, dolencias, síntomas, malestares e imprevistos de salud.

ADDIUYA PERÚ se exime de toda responsabilidad por los actos y/u omisiones que pudiera concretar el titular o asegurado adicional posterior de la orientación telefónica.

#### Exclusiones del servicio:

- Prescripción de medicamentos
- Diagnóstico de enfermedades y/o accidentes
- Emisión de licencias médicas

#### • ORIENTACIÓN PSICOLÓGICAONCOLOGICATELEFONICA

Este servicio pone a disposición, del titular o beneficiario el servicio de contención, apoyo y guía telefónica de psicólogos profesionales, destinados a brindar una ayuda y/u orientación. ADDIUYA se exime de toda responsabilidad por los actos y omisiones que pudieran concretar el titular o beneficiario posterior al servicio.

#### Exclusiones del servicio:

- Atención de emergencias y/o urgencias
- Seguimiento de citas y/o terapias

#### • ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFONICA

Servicio de información telefónica proporcionado por profesionales del área de la salud, especialistas en nutrición, orientado a responder las inquietudes efectuadas por el titular o beneficiario en búsqueda de una solución u orientación sobre combinaciones de alimentos, que producen estos en el organismo, recomendaciones de calorías a ingerir, dietas, entre otros. ADDIUYA se exime de toda responsabilidad por los actos y omisiones que pudieran concretar el titular o beneficiario posterior al servicio.

**Exclusiones del servicio:**

- Exámenes complementarios, procedimientos.
- Emisión de descanso médicos.

**• TELECONSULTA(VIRTUAL) EN MEDICINA GENERAL**

El servicio de TELECONSULTA pone a disposición del titular o beneficiario, un staff de profesionales en Medicina General a través de videoconferencia. El profesional podrá aconsejar y recomendar opciones de tratamiento. Para la entrega de este servicio el cliente deberá contar con acceso a internet estable.

**ADDIUVA** se exime de toda responsabilidad por los actos u omisiones que pudiera concretar el titular o beneficiario adicional después de la Teleconsulta.

**Exclusiones del servicio:**

- Exámenes complementarios, procedimientos y/o tratamientos.
- Atención de urgencias o emergencias.
- Emisión de descanso médicos

**• TELECONSULTA (VIRTUAL) PSICOLOGO ONCOLOGICO**

El servicio de TELECONSULTA pone a disposición del titular o beneficiario, un staff de profesionales (Psicólogos) a través de videoconferencia. El profesional podrá brindar contención y apoyo al paciente. Para la entrega de este servicio el cliente deberá contar con acceso a internet estable.

**ADDIUVA** se exime de toda responsabilidad por los actos u omisiones que pudiera concretar el titular o beneficiario adicional después del servicio.

**Exclusiones del servicio:**

- Atención de urgencias o emergencias.
- Emisión de descanso médicos

**• CONSULTAMÉDICAAMBULATORIAENMEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDAD**

Cuando el titular o beneficiario requiera realizar una consulta médica general ambulatoria, ADDIUVA coordinará con los centros médicos afiliados a su red, para que sea atendido. Este servicio será programado y cubierto por ADDIUVA a través del programa de salud.

Especialidades en cobertura: (Ginecología, Pediatría y Gastroenterología)

**Exclusiones del servicio:**

- Consultas en la especialidad de Psiquiatría
- Consultas en la especialidad de Odontología
- Consultas en la especialidad de Infectología
- Consultas en la especialidad de Proctología
- Consultas en la especialidad de Mastología
- Exámenes, Imágenes y/o placas solicitadas en la consulta médica.
- Cualquier otro examen no considerado en los servicios en cobertura.

**MEDICAMENTOS GENERICOS DERIVADO DE LA CONSULTA MÉDICA**

Cuando a raíz de la consulta médica ambulatoria el profesional de la salud recete medicamentos que deriven de la misma, estos serán cubiertos por ADDIUVA.

(Tratamientos no mayores a 15 días).

**Exclusiones del servicio:**

- Medicamentos de marca
- Productos de limpieza y/o pañales
- Inyectables y/o sondas

**EXÁMENES MUJER**

A través de esta asistencia el titular o beneficiario podrá solicitar el servicio de chequeo (preventivo) de glándula tiroideas, piel, mamas y/o cuello uterino. Esta prestación considera los honorarios del médico profesional y será programada según disponibilidad del centro médico de la red.

**Exclusiones del servicio:**

- Atenciones o controles posteriores a la primera atención.
- Exámenes y medicamentos.
- Cualquier otro examen no considerado en los servicios en cobertura.

**EXÁMENES HOMBRE**

A través de esta asistencia el titular o beneficiario podrá solicitar el servicio de chequeo (preventivo) de palpación de testículos, de pene y/o tacto rectal. Esta prestación considera los honorarios del médico profesional y será programada según disponibilidad del centro médico de la red.

**Exclusiones del servicio:**

- Atenciones o controles posteriores a la primera atención.
- Exámenes y medicamentos.
- Cualquier otro examen no considerado en los servicios en cobertura.

**4. OTRAS CONDICIONES CONTRACTUALES:****EXCEDENTES**

Se considera excedente todos aquellos gastos adicionales al valor tope de servicio de la asistencia, ya sea por un servicio adicional o porque el trabajo a realizar incluye gastos mayores. El excedente será pagado en forma inmediata por el Titular con sus propios recursos al prestador del servicio

**5. EXCLUSIONES APLICABLES ATODOS LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS**

No son objetos de los Servicios, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- Los servicios se prestarán siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada en la localidad correspondiente.
- Cuando en el país, se decrete un estado de emergencia, inmovilización civil (toque de queda) a causa de un desastre natural, pandemia, epidemia y/o otros que atenten contra la salud y el bienestar público.
- La mala fe del titular o del Beneficiario comprobada por el personal de Asistencia.
- Los servicios que el titular o el Beneficiario haya contratado sin previo consentimiento e información de la Asistencia.
- Actos realizados por el titular o el Beneficiario con dolo o mala fe comprobado por la asistencia.
- Cuando el titular o el Beneficiario no proporcionen información veraz y oportuna, por lo que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Cuando se reporte la emergencia en un plazo superior al tiempo indicado en cada cobertura.

**6. OBLIGACIONES DEL USUARIO**

A fin de que el titular o sus Beneficiarios pueda(n) disfrutar los servicios del Programa, deberá(n) cumplir con lo siguiente:

- Abstenerse de realizar gastos o arreglos de forma particular sin haber consultado previamente con el encargado responsable de ADDIUDA.
- Informar a la asistencia del evento en un plazo NO superior al tiempo indicado en cada cobertura.
- Identificarse como Titular o sus Beneficiario ante los encargados de ADDIUDA o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

**7. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA**

En caso el Titular requiera de los servicios contemplados en el Programa, se procederá de la siguiente manera:

- El titular que requiera del servicio se comunicará al siguiente número de contacto: 643-4438
- El titular debe reportar la solicitud de asistencia en el momento que requiera la asistencia.
- El Titular procederá a suministrarle al funcionario que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificalo como titular, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales; como la ubicación exacta.

**8. CARENCIA DE SOLICITUD DE SERVICIOS**

De acuerdo con el cuadro de cobertura.

**9. RESTITUCIÓN DE GASTOS**

Únicamente cuando se cumplan las siguientes condiciones el titular tendrá derecho a algún tipo de reembolso:

- a) Obligatorio y excluyente, haberse comunicado con la línea de asistencia.
  - b) Obligatorio y excluyente haber solicitado antes de contratar un servicio cubierto por el presente condicionado, una autorización de la asistencia, la cual deberá pedirse por teléfono, solo cuando la compañía de asistencia no pueda prestar el servicio y se encuentre esto justificado.
  - c) Una vez autorizada la solicitud previa, se enviará al Titular un mail con el procedimiento para hacer efectivo el reembolso.
  - d) En ningún caso la compañía de asistencia realizará una restitución económica sin que al Titular haya remitido las facturas originales correspondientes (con detalle de prestación) y éstas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley
  - e) En ningún caso la compañía de asistencia realizará una restitución económica sin que al Titular haya solicitado el servicio a través de la plataforma de asistencia.
- 0) El Titular tiene un plazo de 07 días calendario, para hacer llegar la documentación original, para hacer efectivo el cobro de la restitución económica, pasado este tiempo no tendrá lugar a este beneficio.