Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro – Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

Seguro Oncológico

Solicitud-Certificado No. _____

Póliza No: 34 – 30268 (Banda 18 – 40 años) / 34 – 30353 (Banda 41 – 54 años) / 34 – 30354 (Banda 55 – 64 años) 34 – 30355 (Banda 65 – 69 años)
Código SBS N°AE2036400034 adecuada a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.

Compañía de Seguros (La COMPAÑÍA)

Nombre: Chubb Peru S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros
RUC: 20390625007
Teléfono: 417-5000
Página web: www.chubb.com/pe
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267, Of. 402, San Isidro, Lima.

Vigencia del Seguro:

Vigencia del seguro: (Marcar con una X la vigencia elegida): **Mensual** ( ) **Anual** ( )
Renovación: Automática
Fecha de inicio y término: Desde (_____/_____/_____) hasta (_____/_____/_____) o hasta que se produzca alguno de los supuestos establecidos en el artículo 8° 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.

Contratante/Comercializador

Razón Social: BANCO INTERAMERICANO DE FINANZAS
RUC: 20101036813
Dirección: Av. Ricardo Rivera Navarrete 600
Teléfono: 613-3000
Página Web: http://www.banbif.com.pe/Personas

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos:
Tipo y N° Doc. Identidad:
Fecha de Nacimiento:
Dirección:
Provincia:
Departamento:
Correo Electrónico:
Relación con el Contratante: Cliente

Beneficiarios:

El ASEGURADO

Contraprestación Total

Contraprestación Total	Banda de Edad							
	[18 – 40] años		[41 – 54] años		[55 – 64] años		[65 – 69] años	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
Prima Comercial del Seguro	S/ 12.53	S/ 150.41	S/ 17.11	S/ 205.33	S/ 21.69	S/ 260.25	S/ 30.84	S/ 370.09
Prima Comercial del Seguro + IGV	S/ 14. 79	S/ 177.48	S/ 20.19	S/ 242.29	S/ 25.59	S/ 307.10	S/ 36.39	S/ 436.71
Contraprestación por servicio de Asistencia	S/ 12.80	S/ 153.66	S/ 16.70	S/ 200.43	S/ 20.60	S/ 247.21	S/ 28.40	S/ 340.75
Contraprestación por servicio de Asistencia + IGV	S/ 15.11	S/ 181.32	S/ 19.71	S/ 236.51	S/ 24.31	S/ 291.70	S/ 33.51	S/ 402.09
Valor de Contraprestación Total	S/ 25.34	S/ 304.07	S/ 33.81	S/ 405.76	S/ 42.29	S/ 507.46	S/ 59.24	S/ 710.85
Valor de Contraprestación Total + IGV	S/ 29.90	S/ 358.80	S/ 39.90	S/ 478.80	S/ 49.90	S/ 598.80	S/ 69.90	S/ 838.80
Marcar con una "X" la Banda a la que corresponde el ASEGURADO y la periodicidad de pago elegida de la prima	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)

La prima comercial incluye:
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:
Banda 18 – 40 años: 57.40% sobre prima comercial
Banda 41 – 54 años: 54.26% sobre prima comercial
Banda 55 – 64 años: 54.24% sobre prima comercial
Banda 65 – 69 años: 54.21% sobre prima comercial

Forma de pago (Marcar con una "X" la forma de pago elegida):
( ) Cargo en cuenta ( ) Tarjeta de Crédito ( ) Tarjeta de Débito

Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro – Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

Seguro Oncológico

Solicitud-Certificado No. _____

Póliza No: 34 – 30268 (Banda 18 – 40 años) / 34 – 30353 (Banda 41 – 54 años) / 34 – 30354 (Banda 55 – 64 años) 34 – 30355 (Banda 65 – 69 años)
Código SBS N°AE2036400034 adecuada a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.

Compañía de Seguros (La COMPAÑÍA)

Nombre: Chubb Peru S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros
RUC: 20390625007
Teléfono: 417-5000
Página web: www.chubb.com/pe
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267, Of. 402, San Isidro, Lima.

Vigencia del Seguro:

Vigencia del seguro: (Marcar con una X la vigencia elegida): **Mensual** ( ) **Anual** ( )
Renovación: Automática
Fecha de inicio y término: Desde (_____/_____/_____) hasta (_____/_____/_____) o hasta que se produzca alguno de los supuestos establecidos en el artículo 8° 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.

Contratante/Comercializador

Razón Social: BANCO INTERAMERICANO DE FINANZAS
RUC: 20101036813
Dirección: Av. Ricardo Rivera Navarrete 600
Teléfono: 613-3000
Página Web: http://www.banbif.com.pe/Personas

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos:
Tipo y N° Doc. Identidad:
Fecha de Nacimiento:
Dirección:
Provincia:
Departamento:
Correo Electrónico:
Relación con el Contratante: Cliente

Beneficiarios:

El ASEGURADO

Contraprestación Total

Contraprestación Total	Banda de Edad							
	[18 – 40] años		[41 – 54] años		[55 – 64] años		[65 – 69] años	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
Prima Comercial del Seguro	S/ 12.53	S/ 150.41	S/ 17.11	S/ 205.33	S/ 21.69	S/ 260.25	S/ 30.84	S/ 370.09
Prima Comercial del Seguro + IGV	S/ 14. 79	S/ 177.48	S/ 20.19	S/ 242.29	S/ 25.59	S/ 307.10	S/ 36.39	S/ 436.71
Contraprestación por servicio de Asistencia	S/ 12.80	S/ 153.66	S/ 16.70	S/ 200.43	S/ 20.60	S/ 247.21	S/ 28.40	S/ 340.75
Contraprestación por servicio de Asistencia + IGV	S/ 15.11	S/ 181.32	S/ 19.71	S/ 236.51	S/ 24.31	S/ 291.70	S/ 33.51	S/ 402.09
Valor de Contraprestación Total	S/ 25.34	S/ 304.07	S/ 33.81	S/ 405.76	S/ 42.29	S/ 507.46	S/ 59.24	S/ 710.85
Valor de Contraprestación Total + IGV	S/ 29.90	S/ 358.80	S/ 39.90	S/ 478.80	S/ 49.90	S/ 598.80	S/ 69.90	S/ 838.80
Marcar con una "X" la Banda a la que corresponde el ASEGURADO y la periodicidad de pago elegida de la prima	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)	(_____)

La prima comercial incluye:
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:
Banda 18 – 40 años: 57.40% sobre prima comercial
Banda 41 – 54 años: 54.26% sobre prima comercial
Banda 55 – 64 años: 54.24% sobre prima comercial
Banda 65 – 69 años: 54.21% sobre prima comercial

Forma de pago (Marcar con una "X" la forma de pago elegida):
( ) Cargo en cuenta ( ) Tarjeta de Crédito ( ) Tarjeta de Débito

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 de ahorro / tarjeta de crédito o si no se pudiera realizar el cobro en la misma, el ASEGURADO autoriza a que se proceda con el cargo respectivo en cualquiera de sus cuentas de ahorros / tarjetas de crédito donde mantenga saldo.
- 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.
- EL ASEGURADO 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 seguro.
- 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 primer diagnóstico de la enfermedad de Cáncer.

Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites

Cobertura Principal	Suma Asegurada	Límites
Indemnización por 1er Diagnóstico de Cáncer: 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/ 20,000	**Período de Carencia: 60 días**
Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica: 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 90 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/ 100 por día	**Máximo 90 días** **Deducible: 1 día** **Período de Carencia: 60 días**

Detalle del Servicio de ASISTENCIA

Servicio de Asistencia	Límite por Evento	Cantidad de evento por año de vigencia de la presente Solicitud - Certificado
Orientación Médica Telefónica	Sin límite	Sin límite
Teleconsulta en medicina general	Sin límite	**6 eventos**
Orientación psicológica telefónica	Sin límite	Sin límite
Orientación nutricional oncológica telefónica	Sin límite	Sin límite
Envío de técnico o enfermedad a domicilio	**Copago S/30.00**	**3 Eventos**
Check up médico al tercer mes	**Hasta S/100.00**	**1 Evento**
Ambulancia por emergencia	**Hasta S/250.00**	**1 Evento**

(*) El servicio de asistencia es brindado por el proveedor AMERICAN ASSIST INTERNATIONAL PERU S.A.C. (ADDIUVA PERÚ) identificado con RUC 20604457255. Para hacer uso de este beneficio, el ASEGURADO debe comunicarse al (511) 644 1935 de 8:00 am a 18:00 pm. En el caso de la ambulancia, el servicio está disponible las 24 horas de los 365 días del año. Aplican términos y condiciones en el condicionado de Servicio de Asistencia previsto al final del presente documento.

Edades Límite

Edad Mínima de Ingreso : 18 años

Edad Máxima de Ingreso : 65 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 17° 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 9° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establece este derecho.

Exclusiones del SEGURO

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

<u>Para La cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:</u>

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.

<u>Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:</u>

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 estapóliza 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.

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 15° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

Procedimiento para Solicitar la Cobertura en caso de siniestro del SEGURO:

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: 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 posi- ble, 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 11° 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 certifi- cación de reproducción notarial, antes copia legalizada) sin plazo límite específico, pero antes del plazo de pres- cripción establecido por la normatividad vigente:

Para la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:

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 Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:

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

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 pronun- ciarse 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, previstas en esta Póliza.**
b) **El fallecimiento del ASEGURADO TITULAR.**
c) **El fallecimiento del ASEGURADO ADICIONAL, en cuyo caso, el seguro solo terminará respecto de éste, manteniéndose para el ASEGURADO TITULAR y los demás ASEGURADOS ADICIONALES, de ser el caso.**
d) **Al cumplir el ASEGURADO TITULAR o EL(LOS) ASEGURADO(S) ADICIONAL(ES) la edad límite de permanencia, salvo que la póliza se haya renovado durante cinco años en forma continua e ininterrumpida. El cumplimiento de la edad límite de cualquier ASEGURADO ADICIONAL origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona. De ser el caso, la COMPAÑÍA reembolsará al CONTRATANTE/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 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.
- 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

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

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.
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 ejem- plo: 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 N° 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.
- Los Comprobante de Pago Electrónicos pueden ser descargados ingresando al portal: www.gosocket.net.
- Para el caso de los Comprobantes de Pago Electrónicos emitidos a adquirientes o usuarios no electrónicos (Personas Naturales que califiquen) según las normas de Emisión Electrónica, estos se consideran otorgados, cuando sean entregados o puestos a disposición mediante una representación impresa. Dichos comprobantes se encuentran a su disposición en las oficinas de la COMPAÑÍA para proceder a su entrega según su requerimiento.

Cargas:

- **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 25° 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.

Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro – Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

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. 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 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. 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 acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por LA COMPAÑÍA 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 Rujo 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, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

El ASEGURADO AUTORIZA (marcar con una X):

Sí (_____) **No (_____)**

EL ASEGURADO 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

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 N° 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.

Al suscribir el presente documento el ASEGURADO acepta la contratación de dos servicios: el seguro Oncológico y el Servicio de Asistencia, cuyos términos y condiciones se detallan en el presente documento y a continuación. El ASEGURADO declara conocer que los servicios son brindados por empresas diferentes, siendo el SEGURO a cargo de CHUBB PERU S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGURO y el servicio de asistencia a cargo de AMERICAN ASSIST INTERNATIONAL PERU S.A.C. (ADDIUVA PERÚ)

Fecha de emisión: ____/____/___

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

El ASEGURADO

Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro – Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

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. 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 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. 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 acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por LA COMPAÑÍA 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 Rujo 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, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

El ASEGURADO AUTORIZA (marcar con una X):

Sí (_____) **No (_____)**

EL ASEGURADO 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

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 N° 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.

Al suscribir el presente documento el ASEGURADO acepta la contratación de dos servicios: el seguro Oncológico y el Servicio de Asistencia, cuyos términos y condiciones se detallan en el presente documento y a continuación. El ASEGURADO declara conocer que los servicios son brindados por empresas diferentes, siendo el SEGURO a cargo de CHUBB PERU S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGURO y el servicio de asistencia a cargo de AMERICAN ASSIST INTERNATIONAL PERU S.A.C. (ADDIUVA PERÚ)

Fecha de emisión: ____/____/___

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

El ASEGURADO

CHUBB®

Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro – Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

CONDICIONADO GENERAL DEL SERVICIO DE ASISTENCIAS

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIA

Servicio de Asistencias (*)	Tope de valor por Evento	N° de Eventos por año de vigencia del producto
Orientación Médica Telefónica	**Sin Limite**	**Sin Límite**
Teleconsulta en medicina general	**Sin Limite**	**6 Eventos**
Orientación psicológica telefónica	**Sin Limite**	**Sin Límite**
Orientación nutricional oncológica telefónica	**Sin Limite**	**Sin Límite**
Envío de técnico o enfermedad a domicilio	**Co Pago S/30**	**3 Eventos**
Check up médico al tercer mes	**Hasta S/100**	**1 Evento**
Ambulancia por emergencia	**Hasta S/250**	**1 Evento**

Para hacer uso de estos servicios el ASEGURADO debe comunicarse al (511) 644 – 1935 de 8:00 am a 18:00pm. En el caso de la ambulancia, el servicio está disponible las 24 horas los 365 días del año.

En caso de consultas y/o reclamos sobre los servicios de Asistencia, el ASEGURADO debe comunicarse al (511) 644 – 1935 de 8:00 am a 18:00pm.

1. DETALLE DE COBERTURAS Y EXCLUSIONES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

1.1. ORIENTACIÓN MEDICA TELEFONICA

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

ADDIUVA 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. Estos servicios serán programados en horarios diurno de 8.00 AM a 18.00 PM.

Exclusiones del servicio:

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

1.2. TELECONSULTA EN MEDICINA GENERAL

El servicio de TELECONSULTA pone a disposición del titular o asegurado adicional, un sta 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 asegurado adicional después de la Telemedicina. Estos servicios serán programados en horarios diurno de 8.00 AM a 18.00 PM.

Exclusiones del servicio:

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

1.3. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFONICA

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 a la familia.

ADDIUVA se exime de toda responsabilidad por los actos y omisiones que pudieran concretar el titular o beneficiario posterior al servicio. Estos servicios serán programados en horarios diurno de 8.00 AM a 18.00 PM.

Exclusiones del servicio:

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

Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro – Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

1.4. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL ONCOLÓGICA 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.

ADDIUVA se exime de toda responsabilidad por los actos y omisiones que pudieran concretar el titular o beneficiario posterior al servicio. Estos servicios serán programados en horarios diurno de 8.00 AM a 18.00 PM.

Exclusiones del servicio:

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

1.5. ENVIO DE TECNICO O ENFERMERO A DOMICILIO

A solicitud del titular, ADDIUVA, a través de su red de servicios ubicara a un enfermero profesional, para que pueda asistirle a su domicilio, brindando las atenciones prescritas por el médico tratante, **con un copago de s/ 30,00 por evento.**

Este servicio será programado en horario diurno de 08.00AM a 18.00 PM.

Coberturas del servicio:

- Servicios de inyecciones.
- Control de signos vitales, administración de medicamentos orales.
- Para realizar este servicio deben existir las condiciones geográficas y de seguridad para el profesional que realiza la visita.

Exclusiones

- **Enfermero para cuidado de personas mayores o control de pacientes delicados.**
- **Servicio de enfermero por horas**

1.6. CHECKUP MEDICO AL 3ER MES

A través de esta asistencia el titular o beneficiario podrá solicitar el servicio de chequeo (preventivo). Esta prestación considera los honorarios del médico profesional, Hemograma completo, examen de colesterol y triglicéridos. Esta cobertura cuenta con un tope de S/ 100.00 y la podrá solicitar al cumplir el 3er mes de afiliación de forma consecutiva.

Exclusiones

- **Atención o controles posterior a la primera cita**
- **Medicamentos derivados del chequeo preventivo anual**
- **Cualquier otro examen no considerado en los servicios en cobertura.**

1.7. AMBULANCIA POR EMERGENCIA

En caso de que el titular o asegurado adicional, sufra un accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran de una atención médica inmediata o su hospitalización, ADDIUVA gestionará el traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, ADDIUVA coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad. Este servicio se brindará hasta el valor máximo del tope de cobertura del programa.

Exclusiones del servicio:

- **Zona donde no exista la infraestructura necesaria para el traslado del paciente**
- **Ambulancias programadas**
- **Dolencias derivadas del embarazo**
- **Retiro de pacientes de hospitales o clínicas**