

Seguro Contra el Cáncer

Condiciones Generales

Índice

- Introducción
- 1. Definiciones
- 2. Objeto del Contrato de Seguro
- 3. Edades de Ingreso
- 4. Primas
- 5. Riesgos Cubiertos
- 6. Exclusiones**
- 7. Periodo de Carencia
- 8. Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura**
- 9. Pruebas
- 10. Plazos y Renovación

Introducción

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud del Seguro presentada por el Contratante y/o Asegurado, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo estipulado en las Cláusulas Generales de Contratación, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos y anexos adjuntos, Chubb Seguros Perú S.A., en adelante la COMPAÑIA, conviene en amparar al Contratante y/o Asegurado, en adelante el ASEGURADO, contra los riesgos que son objeto de cobertura de la presente póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Artículo 1° Definiciones

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

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**

Asegurado: Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de edad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares.

Beneficiario: Es la persona natural designada por el Contratante en la solicitud de seguro, a quien se le reconoce el derecho a recibir el monto de la indemnización o beneficio establecido en las Condiciones Particulares.

Beneficio Máximo Anual por Persona: Es el límite máximo de indemnización que se otorga a cada ASEGURADO, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza durante la vigencia anual de la misma.

Beneficio Máximo de por Vida: Es el límite máximo de indemnización que se otorga a cada ASEGURADO durante toda su vida, a consecuencia de una o varias enfermedades cubiertos por la póliza.

Cáncer: Definido como una enfermedad donde está presente un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento incontrolable, invasivo y destructivo de células malignas, contraídos y comenzado luego de la fecha de vigencia de la presente póliza. Se incluye dentro de esta cobertura la leucemia, enfermedad Hodgkin y melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros. Se excluye de esta cobertura los carcinomas no-invasivos in situ, tumores no-invasivos que sólo exhiben cambios malignos recientes, tumores por la presencia del virus de auto-inmunodeficiencia humano (SIDA); Sarcoma de Kaposi y cánceres relacionados con el SIDA; cualquier cáncer de piel que no fuera melanoma maligno.

Certificado de Seguro: Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una póliza de seguro determinada.

Cláusulas Adicionales: Condiciones especiales que contienen amparos adicionales que condicionan el riesgo individualizado, y que pueden ser incorporadas en diversos tipos de contratos de seguros.

Coaseguro: Es la parte proporcional sobre los gastos cubiertos que el ASEGURADO debe asumir una vez aplicado el Deducible, a consecuencia de una atención médica ya sea hospitalaria o ambulatoria, según lo indicado en la Tabla de Beneficios.

COMPAÑIA: Chubb Seguros Perú S.A.

Condiciones Especiales: Documento que contiene modificaciones, extensiones, exclusiones o aclaraciones relativas a coberturas específicas aplicables a una póliza determinada.

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por la COMPAÑIA para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza del seguro.

Condiciones Particulares: Documento que contiene los datos de identificación del Contratante y/o ASEGURADO y del interés ASEGURADO y demás condiciones de aseguramiento relativas al riesgo individualizado. La Tabla de Beneficios forma parte de las Condiciones Particulares.

Contratante: Es la persona natural o persona jurídica que contrata la presente póliza y a quien le corresponde el pago de las primas. Tiene la atribución de designar al Asegurado y Beneficiarios.

Contrato de Seguro: Acuerdo de voluntades por el cual la COMPAÑIA se obliga mediante el pago de una prima, a indemnizar al Contratante y/o ASEGURADO o a un tercero, dentro de los límites y condiciones estipulados en la póliza de seguro, en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura. El contrato de seguro está compuesto por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales y Endosos.

Convenio de Pago: Documento en el que consta el compromiso por parte del Contratante y/o ASEGURADO de pagar la prima en la forma y plazos convenidos con la COMPAÑIA.

Declaración de Salud: Es el cuestionario que el Contratante y/o ASEGURADO completa al momento de solicitar el seguro, en el cual manifiesta si él, sus dependientes o parientes cercanos, padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio de este seguro. Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a la COMPAÑIA adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo; por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas con dolo o culpa inexcusable pueden determinar el rechazo de la reclamación y/o nulidad de la póliza, o la modificación de la misma.

Deducible: Se refiere al importe de gastos cubiertos que será por cuenta del Contratante y/o ASEGURADO y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en la Tabla de Beneficios de esta póliza.

Endoso: Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifica(n) alguno(s) de los términos y condiciones de la misma o se transmite a un tercero total o parcialmente los derechos, beneficios y/u obligaciones emanados de la póliza.

Enfermedad o Accidente preexistente: Se entiende por enfermedad o accidente preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración personal de salud, en caso se haya firmado dicho documento.

Examen inmunohistoquímico: pruebas que realiza el patólogo ampliatorias al estudio de anatomía patológica de la biopsia de un tumor complementarias para conocer mas características del tumor que ayuden al tratamiento.

Exclusiones: Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro y que se encuentran expresamente indicadas en la presente póliza.

Factor estimulante de colonias: vacunas para prevenir y tratar la baja de leucocitos (defensas) durante el tratamiento de quimioterapia.

Fraccionamiento de Primas: Constituye la facilidad de pago que otorga la COMPAÑÍA, mediante la cual se permite al Contratante y/o ASEGURADO pagar la prima correspondiente al período de vigencia de la póliza, en cuotas periódicas, según los términos acordados en el Convenio de Pago.

Inicio de Vigencia: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujetos a los períodos de carencia establecidos en la presente póliza.

Interés Asegurable: Es el interés de carácter económico que tiene el Contratante y/o Asegurado de que no se materialice alguno de los riesgos cubiertos bajo la presente póliza.

Período de Carencia: Período de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de inicio de emisión de la Póliza y aquella en que entra en vigor la cobertura.

Póliza: Es el documento emitido por la COMPAÑÍA que formaliza el consentimiento del contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la COMPAÑÍA y el Contratante. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada, esto es, cláusulas adicionales, solicitud de seguro, cuestionario o Declaración personal de salud y exámenes médicos, cuando corresponda; y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato, esto es los endosos respectivos.

Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.

Planes: Programas o alternativas ofrecidas por la COMPAÑÍA que incluyen diferentes sumas aseguradas y primas. El Plan se determina al momento de contratar el seguro y puede ser modificado previa solicitud por escrito del Contratante, originando el endoso correspondiente y el pago de la prima.

Preexistencia: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro.

Prima: Es el valor determinado por la COMPAÑÍA como contraprestación o precio por las coberturas de seguro contratadas, que debe ser pagada con la periodicidad establecida en el condicionado particular, a efectos de mantener vigente la cobertura de la presente póliza.

Prima Devengada: Es la fracción de la prima correspondiente al período transcurrido desde que la empresa de seguros ha brindado cobertura, de acuerdo con las condiciones establecidas en la póliza.

Solicitud del Seguro: Documento en el cual el Contratante y/o ASEGURADO solicita la cobertura del seguro para él y sus dependientes, la cual incluye la respectiva Declaración de Salud que necesariamente debe ser suscrita por el ASEGURADO, cuando se traten de personas distintas.

Siniestro: Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.

Suma Asegurada: Es el monto indicado en las Condiciones Particulares que será pagado por la COMPAÑÍA al Beneficiario -según se indique en las Condiciones Particulares-, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.

Tratamientos experimentales: son los tratamientos que aún no hayan sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administración de los EEUU de Norteamérica) y por lo tanto no han cumplido con los requisitos para su aprobación y por ello no están en las guías de tratamiento para cada cáncer.

Artículo 2° Objeto del Contrato de Seguro

En virtud del presente contrato de seguro, el Contratante y/o Asegurado se obliga al pago de la prima convenida y la COMPAÑÍA a indemnizar al ASEGURADO o a sus Beneficiarios y/o endosatarios, hasta el límite de la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual y/o Beneficio Máximo de por Vida que figura en las Condiciones Particulares, contra las pérdidas y/o daños que efectivamente ocasione la ocurrencia de los riesgos asegurados, con sujeción a los términos de la Solicitud del Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Condiciones Especiales y Endosos, así como los demás documentos que formen parte en forma conjunta e indivisible del contrato de seguro.

Artículo 3° Edad

Podrá ingresar como Asegurado bajo la presente póliza cualquier persona mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de la edad máxima de contratación establecida en las Condiciones Particulares, a la fecha de presentación de su solicitud de seguro, pudiendo permanecer como asegurado sólo hasta el mes en que cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

La comprobación y/o acreditación de la edad declarada por el Asegurado podrá efectuarse en cualquier momento, mediante documento oficial.

Sin perjuicio de la nulidad por declaración inexacta, si se comprueba inexactitud en la edad del Asegurado, se aplicarán las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por La Aseguradora.
- b) Si es menor, se rectificarán las primas en el futuro y se devolverá el exceso de primas percibidas, sin intereses.

El contrato de seguro o el certificado de seguro, según corresponda, será nulo por reticencia y/o declaración inexacta si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado de riesgo.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta (incluyendo la edad del ASEGURADO) a que se refiere los párrafos anteriores, plazo que debe computarse desde que la COMPAÑÍA conoce la reticencia o declaración inexacta. Para ello, la COMPAÑÍA debe notificar la nulidad por reticencia y/o declaración inexacta por medio fehaciente.

Artículo 4° Primas

Las primas deben ser pagadas anticipadamente y por anualidades enteras, pero podrá convenirse su pago fraccionado mediante el recargo correspondiente, haciéndolo constar en las Condiciones Particulares o en el Convenio de Pago respectivo. En caso de primas fraccionadas, si ocurre el siniestro y la COMPAÑIA deba pagar las prestaciones de la suma asegurada, ésta procederá a efectuar la compensación de las cuotas de las primas pendientes de pago.

En cada vigencia anual, las primas podrán ser modificadas de acuerdo a los criterios de actualización de la prima indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 5° Riesgos Cubiertos

La COMPAÑIA cubrirá los gastos por las prestaciones médicas y clínicas que sean necesarias para el tratamiento de cáncer del ASEGURADO, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual y del Beneficio Máximo de por Vida en el caso de las coberturas a continuación señaladas, en la red de clínicas, médicos y farmacias afiliadas al seguro, dentro del territorio nacional, a partir del diagnóstico anatómo-patológico extendido por un médico especialista.

Queda expresamente entendido y convenido que los siniestros cubiertos por la presente póliza serán sólo aquellos en los que el diagnóstico anatómo-patológico antes mencionado se produzca dentro de la vigencia de la póliza, pero con posterioridad al vencimiento del período de carencia señalado en estas condiciones o en las Condiciones Particulares.

Ambas partes convienen expresamente que no serán materia de cobertura los siniestros cuyo diagnóstico anatómo-patológico se haya producido antes del inicio de la vigencia de la póliza o con posterioridad al vencimiento de la misma o durante el período de carencia señalado en estas Condiciones Generales o en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los gastos cubiertos son los siguientes:

- 5.1 Gastos totales que demande el tratamiento ambulatorio o de hospitalización del ASEGURADO, incluyendo los honorarios médicos por consultas, medicinas, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, procedimientos clínicos y terapias (quimioterapia y radioterapia), considerados estándar y no experimentales.
- 5.2 Gastos totales que se incluyan en el tratamiento ambulatorio o durante la hospitalización por concepto de:
 - a) Laboratorio
 - b) Radiología
 - c) Histopatología
 - d) Resonancia Magnética
 - e) Tomografía Axial Computarizada
 - f) Medicina Nuclear
 - g) Radioterapia
 - h) Drogas Antineoplásicas y Medicinas necesarias para el tratamiento.
- 5.3 Gastos totales por concepto de hospitalización, tales como:
 - a) Habitación, alimentación y cuidado normal.
 - b) Honorarios por servicios médicos, ayudantías y cualquier otro concepto derivado del período de hospitalización.
 - c) Exámenes y demás servicios indicados en el numeral precedente.
 - d) Costo y administración de medicamentos, anestésicos y oxígeno.
 - e) Derechos de sala de operaciones.

- f) Gastos cargados al ASEGURADO por la clínica, hospital o centro médico por cualquier concepto adicional relacionado con el motivo de la hospitalización, incluyendo visitas pre y post-operatorias.
- 5.4 Gastos totales por los siguientes beneficios especiales, sin costo adicional, siempre que se encuentren señalados en las Condiciones Particulares (Los servicios que a continuación se describen se brindan única y exclusivamente en Lima Metropolitana):
- a) Prevención.- La COMPAÑIA educará al ASEGURADO sobre el cáncer y la manera como puede éste contribuir a reducir el riesgo de contraerlo. Para ello, la COMPAÑIA pondrá a disposición del ASEGURADO material impreso. Asimismo, el ASEGURADO podrá dialogar con los médicos oncólogos designados por la COMPAÑIA, sobre temas relacionados al cáncer. Para acceder a este beneficio, el ASEGURADO debe obtener una cita, llamando al teléfono 442-8228.
 - b) Detección Temprana.- Examen Médico oncológico, brindado por especialistas designados por la COMPAÑIA. Para acceder a este beneficio, el ASEGURADO debe obtener una cita, llamando al teléfono 442-8228.
 - c) Tratamiento psicológico para el paciente oncológico ASEGURADO y su familia, brindado por especialistas designados por la COMPAÑIA. Para acceder a este beneficio, el paciente oncológico ASEGURADO debe obtener una cita, llamando al teléfono 442-8228.
 - d) Atención domiciliaria para el paciente oncológico ASEGURADO en cuidados paliativos y/o en terapia del dolor, brindado por especialistas (médico, servicio de enfermería, psicólogo, nutricionista, laboratorio, farmacia, servicio religioso) designados por la COMPAÑIA. Para acceder a este beneficio, el paciente oncológico ASEGURADO debe obtener una cita, llamando al teléfono 442-8228.
 - e) Servicio de entrega de medicamentos a domicilio para el paciente oncológico ASEGURADO.
- 5.5 Uso exclusivo de medicamentos de marca (no genéricos).
- 5.6 Previa solicitud e informe del médico tratante, la COMPAÑIA podrá autorizar:
- a) El uso de Factores Estimulantes de Colonia.
 - b) La realización del Examen Inmuno Histoquímico.
- 5.7 Durante la hospitalización, gastos totales por los siguientes beneficios especiales:
- a) Uso de habitación privada.
 - b) Cama para acompañante.
 - c) Televisión.
 - d) Teléfono (hasta S/ 20.00 por día).
 - e) Mascarillas y guantes descartables.
 - f) Máquina de afeitar descartable.
 - g) Termómetros, jabón, shampoo, esponja.
- 5.8 Uso de pistolas de suturas y mallas, durante procedimientos quirúrgicos.
- 5.9 Prótesis Externa Mamaria, mediante un Beneficio Máximo de por Vida de US\$300.00 (Trecientos Dólares Americanos).
- 5.10 Si el paciente oncológico ASEGURADO requiere de cirugía mayor y el estudio anátomo-patológico no es concluyente, la COMPAÑIA cubrirá el gasto para la obtención de una Segunda Opinión del estudio de patología.
- 5.11 Si el paciente oncológico ASEGURADO reside fuera de la Provincia de Lima y requiere recibir atención médica oncológica en la ciudad de Lima Metropolitana, la COMPAÑIA cubrirá los siguientes gastos:
- a) Pasaje aéreo o terrestre de ida y vuelta al lugar de residencia, en clase económica o similar, mediante un Beneficio Máximo de por Vida de US\$200.00 (Doscientos Dólares Americanos).

- b) Alojamiento y alimentación durante su estadía en la ciudad de Lima Metropolitana, a razón de US\$25.00 (Veinticinco Dólares Americanos) diarios, mediante un Beneficio Máximo de por Vida de US\$800.00 (Ochocientos Dólares Americanos).

Artículo 6° Exclusiones

Queda excluido de la cobertura, lo siguiente:

- a) Enfermedades que no sean diagnosticadas como cáncer.
- b) Cáncer preexistente, entendiéndose por aquel el que ha sido diagnosticado por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro. No se considera preexistente aquella enfermedad cubierta por un seguro durante el periodo inmediato anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza médica diferente.
- c) Los siniestros en los que el diagnóstico anátomo-patológico se haya producido antes del inicio de la vigencia de la póliza o con posterioridad al vencimiento de la misma o durante el período de carencia. Para estos efectos, se entiende que el diagnóstico anátomo-patológico se produce en la fecha de emisión de la prueba correspondiente que confirma la existencia de la enfermedad, con base en la cual el médico especialista suscribe el diagnóstico correspondiente.
- d) Chequeos, detección y diagnóstico del cáncer, excepto lo indicado en el presente Condicionado General.
- e) Tratamientos kinésicos, psiquiátricos, estéticos, de rehabilitación y de prótesis.
- f) Catéteres implantables y bombas de infusión portátiles.
- g) Ansiolíticos, vitaminas, suplementos alimenticios y productos no medicinales.
- h) Costos relacionados con la adquisición y transfusión de sangre y derivados.
- i) Trasplante de Médula Osea.
- j) Todo tipo de terapia con modificadores de la respuesta biológica.
- k) Tratamientos no considerados médicamente necesarios y tratamientos o medicamentos que sean considerados como experimentales o en fase o período de prueba por la FDA de los Estados Unidos de Norte América.
- l) Todo tratamiento en lugar distinto al territorio nacional.
- m) Costo por cualquier tipo de traslado, excepto lo indicado en el presente Condicionado General.
- n) Alojamiento o gastos del ASEGURADO en centros de hospedaje diferentes a los hospitales o clínicas afiliadas al seguro, excepto lo indicado en el presente Condicionado General.
- o) Reembolso de dinero por cualquier concepto.

Artículo 7° Periodo de Carencia

El período de carencia es de noventa (90) días calendarios, contados a partir del inicio de vigencia de la póliza. No se aplicará el período de carencia a aquellos ASEGURADOS que, con ocasión de celebrar el presente contrato de seguro, se hayan sometido previamente a un examen médico por parte de especialistas designados por la COMPAÑIA y hayan aprobado dicho examen.

Artículo 8° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

AVISO DEL SINIESTRO: El ASEGURADO deberá dar aviso de siniestro por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del diagnóstico anátomo patológico extendido por un médico especialista o dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes desde que tiene conocimiento del beneficio.

TIPO DE ATENCION: El tratamiento de cáncer del ASEGURADO se realizará sólo a través de los médicos, clínicas, y demás centros de salud afiliados a la COMPAÑIA.

8.1 Primera atención

Cuando el ASEGURADO tenga Diagnóstico Anatómo Patológico de Cáncer, deberá acercarse a las oficinas de la COMPAÑIA con la finalidad de solicitar la atención respectiva.

8.1.1 En el caso que el ASEGURADO no tenga preferencia de ser atendido por un médico en especial afiliado al seguro, personal de la COMPAÑIA le entregará una Carta de Garantía en la cual se indicará claramente el nombre del médico tratante, de acuerdo a la especialidad que corresponda al cáncer detectado, así como el lugar donde debe acudir el ASEGURADO para ser atendido.

8.1.2 En el caso que el ASEGURADO desee ser atendido por un médico en especial afiliado al seguro, personal de la COMPAÑIA le entregará una Carta de Garantía en la cual se indicará claramente el nombre del médico tratante elegido por el ASEGURADO, así como el lugar donde debe acudir para ser atendido.

8.2 Hospitalización

El ASEGURADO deberá acercarse a las oficinas de la COMPAÑIA con la finalidad de solicitar una Carta de Garantía, para lo cual deberá presentar la orden de internamiento debidamente llenada, con sello y firma del médico tratante, salvo en caso de emergencia en cuyo caso la carta de garantía se solicitará desde la clínica afiliada.

8.3 Tratamiento ambulatorio

La COMPAÑIA entregará, a pedido del ASEGURADO, una Carta de Garantía, la cual será presentada por éste al médico tratante o centro de salud afiliado al seguro.

8.4 Paciente residente en provincia

El ASEGURADO deberá presentar los vouchers de compra de los pasajes de ida y vuelta al lugar de residencia (beneficio máximo de por Vida de US\$200.00 (Doscientos Dólares Americanos)). Para el caso del alojamiento y alimentación durante su estadía en Lima, el ASEGURADO deberá presentar los vouchers de estos servicios (beneficio máximo de US\$25.00 (Veinticinco Dólares Americanos) diarios, mediante un Beneficio Máximo de por Vida de US\$800.00 (Ochocientos Dólares Americanos)). La COMPAÑIA tendrá un plazo de treinta (30) días calendarios desde la presentación de toda la documentación correspondiente para reembolsar estos gastos.

Artículo 9° Pruebas

La COMPAÑIA tiene el derecho de investigar cualquier circunstancia relacionada con el siniestro, así como de obtener la confirmación sobre el estado de salud del ASEGURADO en la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de sus rehabilitaciones. Adicionalmente, la COMPAÑIA tiene el derecho de exigirle al ASEGURADO que se someta a una revisión médica por cualquier médico nombrado por la COMPAÑIA.

En caso de solicitud de información adicional, esta sólo podrá ser solicitada por la COMPAÑIA dentro de los 20 días calendario del plazo de 30 días calendario con el que cuenta para aceptar o rechazar el siniestro.

Artículo 10° Plazos y Renovación

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

Cuando la Aseguradora considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al Contratante detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento de la póliza. El Contratante tiene un plazo no menos de treinta (30) días previos al vencimiento de la póliza para manifestar su rechazo en la propuesta de la Aseguradora. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Aseguradora. En este último caso, la Aseguradora debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

Artículo 11° Autorización de Uso de Datos Personales

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, el CONTRATANTE/ASEGURADO queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la COMPAÑÍA, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La COMPAÑÍA utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la Aseguradora utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al CONTRATANTE/ASEGURADO información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El CONTRATANTE reconoce y acepta que la COMPAÑÍA podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados por el CONTRATANTE/ASEGURADO son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el CONTRATANTE decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la COMPAÑÍA.

Conforme a ley, el CONTRATANTE/ASEGURADO está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la ley inicialmente mencionada, mediante el procedimiento que se indica en dicha ley.

Relación de Clínicas y Centro Médicos Afiliados

| Nombre | Dirección |
|--|---|
| 1. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS (INEN) | Av. Angamos Este 2520, Surquillo Teléfono: 710-6900 Fax: 448-2826 |
| 2. INSTITUTO ONCOLOGICO DE LIMA (IOL) | Calle 22 N° 202, San Borja Telefax: 225-7084, 225-7085 |
| 3. INSTITUTO ONCOLOGICO MIRAFLORES | Independencia 1055, Miraflores Telefax: 222-2208 |
| 4. CENTRO DE RADIOTERAPIA DE LIMA | Calle 22 N° 202, San Borja Telefax: 224-9305, 224-9310 |
| 5. CENTRO ONCOLOGICO JUAN XXIII | Av. Angamos Este Cdra. 26, Maz. F-47, San Borja Teléfono: 476-5440, 476-5760 Fax: 476-7559 |
| 6. NEOMEDIC | Av. José Gálvez B. 387, Urb. Corpac, San Isidro Teléfono: 475-0085, 225-1590 |
| 7. RADIONCOLOGIA S.A.C. | Av. Paseo de la República 3650, San Isidro Teléfono: 422-5520, 221-8610 Fax: 421-0846 |
| 8. RESONANCIA MAGNETICA S.A. (RESOMASA) | Av. Javier Prado Este 1178 - 1180, San Isidro Teléfono: 224-8106, 2248107 Fax: 224-8108 |
| 9. CLINICA ANGLO AMERICANA | Calle Alfredo Salazar, 3ra. Cuadra, San Isidro Teléfono: 712-3000 Fax: 712-3060 |
| 10. CLINICA AREQUIPA | Esquina Puente Grau y Av. Bolognesi, Arequipa Teléfono: 054-259257 Fax: 054-253424 |
| 11. CLINICA EL GOLF | Av. Aurelio Miró Quesada 1030, San Isidro Teléfono: 264-3300, 264-3301 Fax: 264-3087 |
| 12. CLINICA GONZALEZ | Av. Ignacio Merino 1884, Lince Telefax: 471-1579, 470-7416, 470-2206 |
| 13. CLINICA GOOD HOPE | Malecón Balta 956, Miraflores Teléfono: 610-7300 Fax: 446-0411 |
| 14. CLINICA JAVIER PRADO | Av. Javier Prado Este 499, San Isidro Telefax: 211-4134 Fax: 422-3856 |
| 15. CLINICA LOS ANDES | Calle Asunción 177, Miraflores Teléfono: 221-0468 |
| 16. CLINICA MAISON DE SANTE DEL SUR | Av. Chorrillos 173, Chorrillos Teléfono: 467-0616 Fax: 467-0429 |
| 17. CLINICA MONTEFIORI | Av. Separadora Industrial 380, Camacho, La Molina Teléfono: 437-5252, 437-8983 Fax: 437-0900 |
| 18. CLINICA MONTESUR | Av. El Polo 505, Monterrico, Santiago de Surco Teléfono: 436-3630, 434-0470 Fax: 437-2214 |
| 19. CLINICA RICARDO PALMA | Av. Javier Prado Este 1066, San Isidro Teléfono: 224-2224, 224-2226 Fax: 224-8027 |
| 20. CLINICA SAN BORJA | Av. Guardia Civil 333, San Borja Teléfono: 475-4000, 475-4997 Fax: 475-4410 |

| | |
|--|--|
| 21. CLINICA SAN FELIPE | Av. Gregorio Escobedo 650, Jesús María Teléfono: 219-0000 Fax: 463-8671 |
| 22. CLINICA SAN LUCAS | Av. Guardia Civil 385, San Borja Teléfono: 225-6900, 225-6901 Fax: 224-4545 |
| 23. CLINICA SAN PABLO | Av. El Polo 789, Santiago de Surco Teléfono: 610-3333 Fax: 437-8455 |
| 24. CLINICA SANTA LUCIA | Av. Guardia Civil 301, San Borja Teléfono: 475-4430, 475-5326 Fax: 476-3961 |
| 25. CLINICA SANTA MONICA – MEDICAL KIDS | Av. Arequipa 2449, Lince Teléfono: 440-5677, 441-6206, 422-5519 |
| 26. CLINICA SANTA TERESA | Calle Los Halcones 410, Surquillo Teléfono: 221-2027, 221-2015 Fax: 441-6192 |
| 27. CLINICA STELLA MARIS | Av. Paso de los Andes 923, Pueblo Libre Teléfono: 463-6666 Fax: 461-3396 |
| 28. CLINICA TEZZA | Av. El Polo 570, Monterrico, Santiago de Surco Teléfono: 435-6990, 435-6991 Fax: 435-2985 |
| 29. CLINICA VESALIO | Calle Uno N° 140, Urb. Santo Tomás, San Borja Teléfono: 618-9999 Fax: 618-9971 |