

Seguro Plus Salud

Solicitud-Certificado de Seguro N° _____

Código SBS: AE2036100143

Póliza No: 31-173120 (vigencia 12 meses) / 31 – 173144 (vigencias 24 meses y 36 meses)

Datos Generales de la Solicitud-Certificado

Inicio de vigencia: las 12 hrs. Del _____
Fin de vigencia: las 12 hrs. Del _____, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero.
Renovación: Facultativa
Vigencia: Según elección del cliente en la sección Prima

Compañía de Seguros (La Compañía)

Denominación Social: Chubb Seguros Perú S.A. RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com Página Web: <http://www.chubb.com/pe>

Contratante/Comercializador

Denominación o Razón Social: Banco Interamericano de Finanzas RUC: 20101036813
Dirección: Av. Ricardo Rivera Navarrete N° 600, San Isidro. Teléfono: (01) 613-3000
Distrito: San Isidro Provincia: Lima Departamento: Lima Página Web: www.banbif.com.pe/Personas

Asegurado Titular

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

Beneficiarios

Para la cobertura de Muerte Accidental: Los beneficiarios serán las personas designadas por el ASEGURADO en el presente documento:

	Apellido Paterno	Apellido Materno	DNI	% de Capital	Relación con el Asegurado

En caso no se hayan designado porcentajes, se pagará a cada uno de los Beneficiarios descritos en el presente documento en alcúotas iguales. Asimismo, en caso de no haberse designado ningún beneficiario se pagará en alcúotas iguales a los herederos legales.

Para las demás coberturas: El beneficiario será el mismo ASEGURADO

Coberturas y Prima

Coberturas	Sumas Aseguradas y Límites		
	Vigencia 12 meses	Vigencia 24 meses	Vigencia 36 meses
Muerte Accidental	S/ 18,500.00	S/ 20,000.00	S/ 22,500.00
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad	S/ 160.00 Cobertura máxima 180 días Deducible: 1 día	S/ 180.00 Cobertura máxima 180 días Deducible: 1 día	S/ 200.00 Cobertura máxima 180 días Deducible: 1 día
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	No Aplica	S/ 1,000	S/ 1,200
Prima Comercial	S/ 326.27	S/ 616.95	S/ 923.73
Prima Comercial + IGV	S/ 385.00	S/ 728.00	S/ 1,090.00
Marcar con una "x" la opción elegida	()	()	()

Periodicidad de pago: Pago único adelantado

La prima comercial incluye: Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 53.59%
Forma y Lugar de Pago de la Prima: Con Cargo al Crédito del ASEGURADO

Seguro Plus Salud

Solicitud-Certificado de Seguro N° _____

Código SBS: AE2036100143

Póliza No: 31-173120 (vigencia 12 meses) / 31 – 173144 (vigencias 24 meses y 36 meses)

Datos Generales de la Solicitud-Certificado

Inicio de vigencia: las 12 hrs. Del _____
Fin de vigencia: las 12 hrs. Del _____, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero.
Renovación: Facultativa
Vigencia: Según elección del cliente en la sección Prima

Compañía de Seguros (La Compañía)

Denominación Social: Chubb Seguros Perú S.A. RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com Página Web: <http://www.chubb.com/pe>

Contratante/Comercializador

Denominación o Razón Social: Banco Interamericano de Finanzas RUC: 20101036813
Dirección: Av. Ricardo Rivera Navarrete N° 600, San Isidro. Teléfono: (01) 613-3000
Distrito: San Isidro Provincia: Lima Departamento: Lima Página Web: www.banbif.com.pe/Personas

Asegurado Titular

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

Beneficiarios

Para la cobertura de Muerte Accidental: Los beneficiarios serán las personas designadas por el ASEGURADO en el presente documento:

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	DNI	% de Capital	Relación con el Asegurado

En caso no se hayan designado porcentajes, se pagará a cada uno de los Beneficiarios descritos en el presente documento en alcúotas iguales. Asimismo, en caso de no haberse designado ningún beneficiario se pagará en alcúotas iguales a los herederos legales.

Para las demás coberturas: El beneficiario será el mismo ASEGURADO

Coberturas y Prima

Coberturas	Sumas Aseguradas y Límites		
	Vigencia 12 meses	Vigencia 24 meses	Vigencia 36 meses
Muerte Accidental	S/ 18,500.00	S/ 20,000.00	S/ 22,500.00
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad	S/ 160.00 Cobertura máxima 180 días Deducible: 1 día	S/ 180.00 Cobertura máxima 180 días Deducible: 1 día	S/ 200.00 Cobertura máxima 180 días Deducible: 1 día
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	No Aplica	S/ 1,000	S/ 1,200
Prima Comercial	S/ 326.27	S/ 616.95	S/ 923.73
Prima Comercial + IGV	S/ 385.00	S/ 728.00	S/ 1,090.00
Marcar con una "x" la opción elegida	()	()	()

Periodicidad de pago: Pago único adelantado

La prima comercial incluye: Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 53.59%
Forma y Lugar de Pago de la Prima: Con Cargo al Crédito del ASEGURADO

Servicio de Asistencias

Tipo de Asistencia	Vigencia 12 meses		Vigencia 24 meses		Vigencia 36 meses	
	Monto máximo	Máximo de eventos	Monto máximo	Máximo de eventos	Monto máximo	Máximo de eventos
Asistencia Médica						
Orientación medica telefónica (medicina general) 24hrs	Gratis	Sin Límite	Gratis	Sin Límite	Gratis	Sin Límite
Orientación nutricional telefónica	Gratis	Sin Límite	Gratis	Sin Límite	Gratis	Sin Límite
Telemedicina (Video llamada en medicina general)	Gratis	Sin Límite	Gratis	Sin Límite	Gratis	Sin Límite
Médico o enfermera a domicilio	No Aplica	Sin Límite	Copago S/ 15	Sin Límite	Copago S/ 15	Sin Límite
Traslado de ambulancia por emergencia	No Aplica	No Aplica	Hasta S/ 250	2 eventos al año	Hasta S/ 250	2 eventos al año
Envío de medicinas a domicilio	No Aplica	No Aplica	Hasta S/ 50	3 eventos al año	Hasta S/ 50	3 eventos al año
Checkup de Bienvenida (Colesterol, Triglicéridos, Glucosa, Química De Tres Elementos, Examen De Orina)	No Aplica	No Aplica	Hasta S/ 60	1 evento	Hasta S/ 60	1 evento
Asistencia Vial	Monto máximo	Máximo de eventos	Monto máximo	Máximo de eventos	Monto máximo	Máximo de eventos
Envío de grúa (remolque) por accidente o avería.	No aplica	No aplica	S/ 600 por evento	8 eventos	S/ 600 por evento	8 eventos
Auxilio vial (Cambio de llanta, paso de corriente, envío de gasolina).	No aplica	No aplica	S/ 525 por evento. Para envío de gasolina: hasta 2 galones	4 eventos por servicio	S/ 525 por evento. Para envío de gasolina: hasta 2 galones	4 eventos por servicio
Cerrajero por pérdida o extravío de las llaves del vehículo	No aplica	No aplica	S/200 por evento	3 eventos	S/200 por evento	3 eventos
Referencias de talleres mecánicos.	No aplica	No aplica	Sin Límite	Sin Límite	Sin Límite	Sin Límite
Conductor de reemplazo para revisión técnica	No aplica	No aplica	S/150 por evento	1 evento	S/150 por evento	1 evento
Conductor de reemplazo para eventos sociales	No aplica	No aplica	Sin Límite	Sin Límite	Sin Límite	Sin Límite

(*) El servicio de asistencia es brindado por IGS INTEGRAL GROUP SOLUTION S.A.C ., identificado con RUC N° 20565795326. Se podrá hacer uso del servicio comunicándose al (01) 6348833, en el horario de Lunes a Domingo las 24 horas al día.

Requisitos para ser Asegurado

Edad de Mínima de Ingreso: 18 años

Edad Máxima de Ingreso: 64 años con 364 días Edad Máxima de Permanencia: 70 años con 364 días

Edad de Mínima de Ingreso: 18 años

Descripción del Interés Asegurado

Proteger al ASEGURADO contra el riesgo de fallecimiento por causa de un accidente.

Descripción de las Coberturas (Según opción elegida)

Muerte Accidental: En caso el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza, ya sea que el accidente haya ocurrido en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en la presente Solicitud-Certificado, en los plazos y términos que se señalan en el mismo, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro. Este seguro cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de LA COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente. El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad: La COMPAÑÍA pagará el 100% del Beneficio indicado en la presente Solicitud-Certificado, por cada día de 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 180 días por año, como límite máximo por enfermedad o accidente, si como consecuencia de ellas, haya sido necesaria la hospitalización del ASEGURADO debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO. Para los efectos de esta cobertura, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente

Asimismo, se considera que una misma enfermedad o accidente que sobrepase los 180 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo, en caso de renovación de la presente Solicitud-Certificado, precisándose que sí estará cubierto cualquier otro accidente sufrido durante la vigencia del mismo. Se brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente: En caso que el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, ya sea que este haya ocurrido en territorio nacional o internacional, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, por los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación y que sean incurridos dentro del plazo de 30 días calendarios contados desde la fecha de ocurrencia del accidente.

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO siempre y cuando las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de esta Cláusula Adicional y siempre que el ASEGURADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro seguro. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro seguro, y los gastos no cubiertos por dicho seguro, serán reembolsados por la COMPAÑÍA hasta el límite señalado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda. Esta cobertura cubre también las lesiones del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura indicada, los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

Para la cobertura de Muerte Accidental:

- a) Suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto ilícito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que el mismo constituya delito o causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Por acto delictivo cometido por el beneficiario o heredero contra el ASEGURADO, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al beneficiario excluido.
- f) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- g) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, entendidas estas como cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado o cualquier lesión, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro.
- i) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en actividades competitivas o deportivas de manera profesional.
- j) El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO. Ejemplos: ser minero, bombero, vigilante, miembro de las fuerzas armadas o policiales.
- k) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación, asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de un accidente de tránsito, así como el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no está referida únicamente al accidente de tránsito.
- m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
- n) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- o) Las consecuencias de hernias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.
- p) Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.
- q) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.

- r) Apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad:

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el ASEGURADO en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la Cláusula Adicional.
- d) Curas de Reposo.
- e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- f) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- g) Condiciones médicas pre-existentes, entendiéndose por preexistencia lo señalado en el artículo de definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.
- h) Exámenes médicos de rutina.
- i) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- j) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- l) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones.

Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:

- a) Lesiones preexistentes al momento de contratar la Cláusula Adicional. Se entiende por 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.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Radiación nuclear.
- d) Participación activa del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.
- f) Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- g) Intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- h) Participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- i) Práctica de los siguientes deportes de alto riesgo: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.
- j) Durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- k) Bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes.

Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO 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 la Solicitud-Certificado no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la Solicitud-Certificado, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó su solicitud.

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 quedando la Solicitud-Certificado resuelta de manera inmediata. Si la COMPAÑÍA ejerce dicho derecho, deberá comunicarlo previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales (durante la vigencia del contrato)

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación.

EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato.

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Definiciones

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

Asegurado Titular: Se trata del Asegurado que se acoge a todas las coberturas -principales y adicionales previstas por la presente póliza.

Asegurado: Concepto referido tanto al Asegurado Titular como al Asegurado Adicional

Deporte peligroso: Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comporta una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican.

Hospitalización: internamiento de una persona dentro de una institución hospitalaria como paciente interno, un mínimo de 24 horas continuas, bajo supervisión de médico autorizado. **No se considerará hospitalización el internamiento del paciente por un periodo inferior a 24 horas.**

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.**

Lesión Accidental: Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico, sufrido por el ASEGURADO durante la vigencia de la Cláusula Adicional y que sea base para una reclamación de acuerdo a los términos de esta Cláusula Adicional.

Lesiones preexistentes: Se entiende como tal, 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 contratación del presente seguro. **Ocupación o Actividad de Riesgo:** Todo quehacer o trabajo, diario o de manera habitual, que es ejercido en condiciones de peligrosidad porque conlleva un daño para la salud o para la integridad física de la persona.

Paciente Interno: Persona cuyo ingreso a una institución hospitalaria se realiza por recomendación de un médico, con la finalidad de prestarle atención médica en relación a una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta Cláusula Adicional.

Renta Hospitalaria: Corresponde a la indemnización pagadera por cada 24 horas de hospitalización de un ASEGURADO en una Institución Hospitalaria a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta Cláusula Adicional y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

Sonambulismo: Estado de una persona que mientras está dormida tiene cierta aptitud para ejecutar algunas funciones tales como levantarse, andar y hablar.

Renovación

El seguro no se renueva automáticamente .

Terminación del Seguro

El seguro no se renueva automáticamente .

Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

En caso de siniestro, el BENEFICIARIO deberá cumplir con lo siguiente:

- 1) **Aviso del siniestro:** Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes 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 retra-so obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

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

Para la cobertura de Muerte Accidental:

- a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerlo físicamente;
- b. Partida o Acta de Defunción;
- c. Certificado Médico de Defunción completo;
- d. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;
- e. Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo, según corresponda;
- f. Protocolo de Necropsia completo, según corresponda; y
- g. Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad:

- a. Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización
- b. Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias; y
- c. Documento de identidad del ASEGURADO.

En caso el ASEGURADO haya fallecido antes del cobro de la indemnización, se encontrará facultado para realizar el trámite de cobertura el BENEFICIARIO (Hereder Legal), quien deberá presentar adicionalmente:

- a. Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que lo designe, según corresponda; y
- b. Documento de identidad del BENEFICIARIO (Hereder Legal).

Para la Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:

- a) Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;
- b) Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.
- c) En el caso de accidentes de tránsito en los que el ASEGURADO sea el conductor del vehículo, resultado de Dosaje Etílico;
- d) Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos. En caso el ASEGURADO haya fallecido antes del cobro de la indemnización, se encontrará facultado para realizar el trámite de cobertura el BENEFICIARIO (Hereder Legal), quien deberá presentar, adicionalmente:
- e) Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que lo designe, según corresponda;
- f) Documento de identidad del BENEFICIARIO (Hereder Legal).

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 que 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 que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA 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 Aseguradora 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. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:
Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR

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:

- En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de la COMPAÑÍA ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 (*).
- Escribiendo a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección <http://www.chubb.com/pe> opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.
- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente a los teléfonos 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 quince (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

Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias

- Defensoría del Asegurado:** En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional.
- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:** Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro – Lima, Web: www.sbs.gob.pe
- INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe.

Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el ASEGURADO TITULAR 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 TITULAR 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 pactados en la solicitud de seguro (electrónicas o telefónicas), con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

Importante

- La información contenida en esta Solicitud-Certificado se complementa con las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- Las comunicaciones 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 y sus normas modificatorias.
- La presente Solicitud-Certificado forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- Los Comprobantes de Pago Electrónicos, emitidos a Personas Jurídicas, pueden ser descargados ingresando al portal: www.gosocket.net
- Para el caso de los Comprobantes de Pago Electrónicos emitidos a adquirentes o usuarios no electrónicos (Personas Naturales que califican) según las normas de Emisión Electrónica, estos se consideran otorgados, cuando sean entregados o puestos a disposi-

ción 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.

Autorización de Cargo

Yo, _____, identificado con DNI N° _____ autorizo al CONTRATANTE a cargar el importe total de la prima del seguro contratado, según el opción de vigencia elegida, al monto aprobado de mi crédito N° _____. Asimismo, autorizo, que, en el momento del desembolso de mi crédito, se proceda a abonar de forma automática el importe correspondiente de la prima total del seguro a LA COMPAÑÍA a fin de contar con la(s) cobertura(s) contratada(s).

Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que CHUBB 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 sus datos personales puedan ser cedidos a terceros, sean entidades y/o personas naturales o jurídicas, vinculados o no a CHUBB, para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, según el listado referencial que se encuentra en la página web www.chubb.com/pe, respetando la legislación peruana sobre protección de datos personales.

El ASEGURADO autoriza, acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales incluirá la posibilidad de realizar estudios estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes, remitir información sobre 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 CHUBB.

Los datos personales proporcionados seguirán siendo de titularidad exclusiva de CHUBB, tiene carácter confidencial y están protegidos por la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N°016-2024-JUS.

CHUBB declara que los datos personales han sido obtenidos cumpliendo con la normativa vigente y que cuenta con el consentimiento previo, expreso, libre e informado de los titulares de dichos datos; o, en su defecto, se encuentra dentro de las excepciones al consentimiento contenidas en el artículo 14° de la Ley de Protección de Datos Personales.

La finalidad del tratamiento de los datos personales es únicamente para realizar procesamiento de datos y permitir la ejecución del contrato, conforme a los servicios estipulados en el presente Contrato. En ningún caso, los datos podrán ser utilizados para fines distintos sin la debida autorización de CHUBB.

Para la ejecución del tratamiento se deberá contar con los siguientes datos personales:

- Nombre completo.
- Documento de identidad.
- Información médica, cuando corresponda.

CHUBB se compromete a:

- Custodiar y proteger los datos personales proporcionados u obtenidos, implementando las medidas de seguridad técnicas, organizativas y jurídicas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
- Utilizar los datos personales exclusivamente para la ejecución de los servicios objeto del contrato, sin aplicarlos para fines propios o distintos a los establecidos.
- No transferir, comunicar ni ceder los datos personales a terceros, salvo que se requieran para la ejecución contractual. Asimismo, se prohíbe la copia o reproducción de la información, salvo que sea estrictamente necesaria para la ejecución de los servicios.
- No realizar transferencias internacionales de datos personales, salvo que sea necesario para la ejecución contractual. En caso de que dicha transferencia sea necesaria, deberá garantizar que el país de destino cuente con un nivel de protección adecuado, conforme a la Ley N°29733 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°016-2024-JUS y que se suscriban los acuerdos necesarios para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos.

- Asegurar que el acceso a los datos personales esté limitado únicamente al personal cuya intervención sea necesaria para la prestación de los servicios, informándoles de las medidas de seguridad y el deber de confidencialidad que deben observar, incluso después de finalizada la relación contractual.
- Aceptar la realización de controles, comprobaciones y auditorías que se considere necesarios a efectos de verificar el cumplimiento de lo establecido en el presente Contrato.
- En caso se detecte cualquier incidente de seguridad que implique un acceso no autorizado, pérdida, alteración o divulgación indebida de datos personales, deberá notificarlo de manera inmediata y dentro de un plazo máximo de 24 horas. Asimismo, deberá proporcionar un informe detallado sobre las causas del incidente, las medidas correctivas adoptadas y cualquier otra información relevante que se requiera.
- Canalizar cualquier solicitud de ejercicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición).

El ASEGURADO autoriza voluntariamente el uso y tratamiento de sus datos personales (marcar con una X):

Sí () No ()

EL ASEGURADO ha sido informado y conoce sobre el ejercicio de los derechos ARCO (acceso, rectificación, oposición y cancelación) de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignado su nombre y apellidos, tipo y número de documento de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a legal.peru@chubb.com

CHUBB 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.

En caso de incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, la parte responsable asumirá íntegramente cualquier reclamo, denuncia, proceso judicial o procedimiento administrativo iniciado en su contra, incluyendo el pago de indemnizaciones, multas, costas y costos que pudieran derivarse de dicho incumplimiento.

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. Las obligaciones establecidas en esta cláusula permanecerán vigentes durante la ejecución del Contrato y después de su finalización, en lo que respecta a la confidencialidad y tratamiento de los datos personales.

Fecha de emisión:



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

ASEGURADO

- Asegurar que el acceso a los datos personales esté limitado únicamente al personal cuya intervención sea necesaria para la prestación de los servicios, informándoles de las medidas de seguridad y el deber de confidencialidad que deben observar, incluso después de finalizada la relación contractual.
- Aceptar la realización de controles, comprobaciones y auditorías que se considere necesarios a efectos de verificar el cumplimiento de lo establecido en el presente Contrato.
- En caso se detecte cualquier incidente de seguridad que implique un acceso no autorizado, pérdida, alteración o divulgación indebida de datos personales, deberá notificarlo de manera inmediata y dentro de un plazo máximo de 24 horas. Asimismo, deberá proporcionar un informe detallado sobre las causas del incidente, las medidas correctivas adoptadas y cualquier otra información relevante que se requiera.
- Canalizar cualquier solicitud de ejercicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición).

El ASEGURADO autoriza voluntariamente el uso y tratamiento de sus datos personales (marcar con una X):

Sí () No ()

EL ASEGURADO ha sido informado y conoce sobre el ejercicio de los derechos ARCO (acceso, rectificación, oposición y cancelación) de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignado su nombre y apellidos, tipo y número de documento de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a legal.peru@chubb.com

CHUBB 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.

En caso de incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, la parte responsable asumirá íntegramente cualquier reclamo, denuncia, proceso judicial o procedimiento administrativo iniciado en su contra, incluyendo el pago de indemnizaciones, multas, costas y costos que pudieran derivarse de dicho incumplimiento.

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. Las obligaciones establecidas en esta cláusula permanecerán vigentes durante la ejecución del Contrato y después de su finalización, en lo que respecta a la confidencialidad y tratamiento de los datos personales.

Fecha de emisión:



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

ASEGURADO

CONDICIONADO DE SERVICIO DE ASISTENCIAS

1. DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE LAS ASISTENCIAS MÉDICAS

1.1. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA (MEDICINA GENERAL) 24HRS

A solicitud del Afiliado IGS coordinará el servicio de consulta médica telefónica proporcionada por parte de profesionales del área de la salud, las 24 horas y 7 días de la semana, orientada a responder inquietudes relacionadas con enfermedades, dolencias, síntomas, primeros auxilios, malestares, imprevistos de salud, uso de medicamentos y en general, atenciones médicas primarias que puedan ser resueltas sin necesidad de inspección visual.

El Afiliado podrá solicitar consultas en Medicina General. El servicio se prestará de acuerdo a la disponibilidad de la red y la disponibilidad de tiempo del afiliado. Este servicio no es adecuado para ser usado en situaciones emergencia o donde corra peligro la vida. Debido al carácter no presencial del servicio y a la imposibilidad de tener contacto directo con el paciente, es posible que el profesional de la salud no esté en capacidad de emitir un diagnóstico o prescripción médica.

Este servicio se brindará SIN LIMITES DE MONTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS EN EL AÑO.

1.2. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA

A solicitud del Afiliado, IGS pone a disposición los servicios de orientación nutricional los cuales le serán brindados por un profesional en nutrición, previa solicitud y mediante vía telefónica, a efectos de solucionar consultas y brindar orientación relacionada con alimentación y nutrición. Este servicio no es adecuado para casos relacionados con trastornos alimenticios.

Este servicio se brindará SIN LIMITES DE MONTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS EN EL AÑO.

1.3. TELEMEDICINA (videollamada en telemedicina general)

A solicitud del Afiliado IGS coordinará el servicio de consulta médica a distancia (Telemedicina) proporcionada a los Afiliados por parte de profesionales del área de la salud, las 24 horas y 7 días de la semana, orientada a responder inquietudes relacionadas con enfermedades, dolencias, síntomas, primeros auxilios, malestares, imprevistos de salud, uso de medicamentos y en general, atenciones médicas primarias en las que, según el criterio del afiliado, se requiera inspección visual por parte del médico.

El Afiliado podrá solicitar consultas en Medicina General. El servicio se prestará de acuerdo a la disponibilidad de la red y disponibilidad de tiempo del Afiliado. Este servicio no es adecuado para ser usado en situaciones de emergencia o donde corra peligro la vida. Debido al carácter no presencial del servicio y a la imposibilidad de tener contacto directo con el paciente, es posible que el profesional de la salud no esté en capacidad de emitir un diagnóstico o prescripción médica. Para la realización de la atención, es necesario que el Afiliado o familiar cuente con un dispositivo conectado a una red de internet o datos móviles con la capacidad para realizar videollamadas.

Este servicio se brindará SIN LIMITES DE MONTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS EN EL AÑO.

1.4. MÉDICO O ENFERMERA A DOMICILIO

En caso de que el Afiliado requiera de un médico o enfermera para los servicios de atención médica, inyección, suero, cambio de vía y otros servicios realizados por una enfermera, que sean para la atención en el domicilio del Afiliado (que no sean situaciones de emergencia), IGS coordinará el envío de un médico general para la atención correspondiente. El servicio aquí indicado se realizará con un límite de: CO- PAGO DE S/.15.00 NUEVOS SOLES POR EVENTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO.

1.5. TRASLADO DE AMBULANCIA POR EMERGENCIA

En caso de que el Afiliado sufra una enfermedad grave o accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran de una atención médica inmediata o su hospitalización. IGS gestionará y cubrirá el costo del diagnóstico y estabilización del paciente, traslado en ambulancia terrestre tipo II, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita y no se trate de una condición que ponga en riesgo al equipo médico. En caso de no existir, IGS coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

Si luego de estabilizar al paciente el médico de la ambulancia determina que debe ser trasladado el paciente a un centro médico, IGS coordinará el traslado a uno de los centros médicos afiliados a su red, donde se le brindarán los servicios de la Sala de Emergencia. ESTE SERVICIO SE BRINDARÁ HASTA S/250.00 Y POR DOS (2) EVENTOS AL AÑO.

1.6. ENVÍO DE MEDICINAS A DOMICILIO

En caso de ser recetado por parte del médico tratante respecto a algún medicamento, IGS gestionará y coordinará la entrega del medicamento al domicilio del Afiliado. El costo de éste será cubierto por el Afiliado con sus propios medios. IGS contactará con la farmacia que cuente con los mejores precios para el Afiliado. Este servicio se brindará hasta S/.50.00 NUEVOS SOLES POR EVENTO Y POR TRES (3) EVENTOS EN EL AÑO.

1.7. CHECKUP DE BIENVENIDA

A solicitud del Afiliado, IGS coordinará el servicio de chequeo médico preventivo para la atención del paciente, Este servicio considera exclusivamente los exámenes de hemograma completo, glucosa colesterol, triglicéridos, química de tres elementos y examen de orina. El Afiliado podrá escoger entre los exámenes mencionado una opción para la reali-

zación de este. No se incluyen exámenes que hayan sido prescritos en eventos diferentes a los coordinados por IGS y/u exámenes distintos a los mencionados. Este servicio se encuentra disponible en Lima Metropolitana y ciudades principales. Este servicio se brindará hasta S/60.00 NUEVOS SOLES POR EVENTO Y POR UN (1) EVENTO EN EL AÑO.

2. DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE LAS ASISTENCIA VIAL

2.1. ENVÍO DE GRÚA POR ACCIDENTE O POR AVERÍA

En caso de que el Afiliado sufra un accidente automovilístico o avería que no permita la circulación autónoma de uno de los Vehículos, IGS coordinará y cubrirá el costo de los servicios de remolque en grúa hasta el taller mecánico o el lugar indicado por el Afiliado, POR UN MONTO MÁXIMO DE: S/600.00 POR EVENTO Y OCHO (8) EVENTOS EN EL AÑO.

IGS coordinará y comunicará al Afiliado antes de enviar el servicio, en caso de haber un excedente en el monto de este para su autorización, el cual será pagado en forma inmediata por el Afiliado con sus propios recursos al Proveedor. En todos los casos, el Afiliado deberá acompañar a la grúa durante todo el trayecto de traslado del Vehículo hasta el taller de destino o lugar indicado. Exceptuando los casos en que él o los ocupantes tengan que ser trasladados a un centro hospitalario o clínica, o que se encuentren imposibilitado para acompañar el vehículo. Queda entendido que el servicio de Grúa no se prestará a vehículos con carga y/o heridos. IGS tampoco organizará ni pagará los servicios que sean requeridos con el propósito de sacar el vehículo atascado o atorado en huecos, barrancos, etc. Además, este servicio es de emergencia suprimiendo los traslados de taller a taller, de casa a taller (si fuera a consecuencia de un hecho fortuito y/o fuerza mayor se brindará el remolque de manera excepcional) y de taller a casa.

2.2. AUXILIO VIAL:

En caso que el AFILIADO se vea obligado a suspender su viaje debido a que su vehículo en el que transita sufra una falla mecánica, que le impida la circulación autónoma del mismo, IGS a solicitud del AFILIADO coordinará los servicios Cambio de llanta por el repuesto en caso de pinchadura, coordinación de envío de gasolina hasta 2 dos galones (El Afiliado pagará el combustible) y paso de corriente. IGS gestionará y cubrirá el costo del envío de un técnico que se encargue de solucionar el inconveniente respectivo, de tal forma que el vehículo en relación con el cual se solicita el servicio pueda movilizarse por sus propios medios. El excedente de los montos por evento será pagado en forma inmediata por el Afiliado con sus propios recursos al proveedor. EL Afiliado en todo momento deberá supervisar la prestación de los servicios de Auxilio Vial.

ESTE SERVICIOS SE BRINDARÁN a escoger HASTA POR UN MONTO MÁXIMO DE S/525.00 Y POR CUATRO (4) EVENTOS EN EL AÑO.

2.3. CERRAJERO POR PÉRDIDA O EXTRAVÍO DE LAS LLAVES DEL VEHICULO

En caso de que el Afiliado pierda o extravíe las llaves de su Vehículo, IGS coordinará el envío y pago de un cerrajero para solucionar la eventualidad mencionada, (no se hacen duplicados de llaves)

ESTE SERVICIO SE BRINDARÁ HASTA POR UN MONTO MÁXIMO DE: S/200.00 POR EVENTO Y 03 EVENTOS EN EL AÑO.

2.4. REFERENCIAS DE TALLERES MECÁNICOS

A solicitud del Afiliado, IGS proporcionará información actualizada sobre los talleres de servicio automotor cercanos al lugar del accidente automovilístico o avería. IGS proporcionará el servicio indicado en el párrafo anterior únicamente en las capitales de departamentos. En las demás ciudades de la República del Perú, IGS hará lo posible por ayudar al Afiliado a contactar un taller mecánico con la mayor celeridad. IGS no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los talleres mecánicos contactados. En todo caso, los gastos en que se incurran por la reparación del vehículo deberán ser pagados por el Afiliado. Este servicio se realizará: SIN LÍMITE DE MONTOS Y EVENTOS.

2.5. CONDUCTOR DE REEMPLAZO PARA REVISIÓN TÉCNICA

Si por algún motivo el Afiliado no pudiese conducir y llevar su Vehículo al Taller para el mantenimiento correspondiente, IGS coordinará el envío de un chofer para que recoja el auto y lo lleve al Taller. Este servicio debe ser solicitado con un mínimo de 24 horas de anticipación y solo aplica para Lima Casco Urbano. Este servicio se brinda POR UN MONTO MÁXIMO DE: S/ 150.00 POR EVENTO Y UN (1) EVENTO EN EL AÑO.

2.6. REFERENCIA DE CONDUCTOR DE REEMPLAZO PARA EVENTOS SOCIALES

Cuando a consecuencia de un evento social o situación que imposibilite al Afiliado conducir su vehículo y siempre y cuando ninguno de los acompañantes pudiera sustituirle con la debida habilidad, IGS a solicitud del Afiliado solicitarán el servicio de referencias de un conductor de reemplazo para el traslado del vehículo y sus familiares directos y sus ocupantes al lugar determinado por el Afiliado y sus familiares directos. Los costos derivados del servicio, chofer combustible, peajes, parqueos, estacionamientos e infracciones correrán por cuenta del Afiliado y sus familiares directos. Este servicio se brindará SIN LIMITES DE MONTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS EN EL AÑO.

3. CONSIDERACIONES

En los casos en que no exista infraestructura pública o privada en el lugar correspondiente para poder prestar el servi-

cio o se presenten causas de fuerza mayor o caso fortuito que no permitan las condiciones adecuadas para la prestación de los servicios de asistencia, el proveedor prestará los mismos, dentro de los límites de tiempo que dichas condiciones lo permitan.

4. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN

Para solicitar los servicios, en todos los casos el AFILIADO deberá comunicarse a la central telefónica de IGS 01 634-8833 las 24 horas del día los 365 días del año. Cualquier servicio que no haya sido coordinado o autorizado expresamente por medio de la central telefónica, no estará cubierto.

Una vez comunicado, el AFILIADO deberá identificarse para poder así solicitar el servicio de acuerdo con las condiciones generales y particulares de cada uno.

IGS se encargará de prestar un servicio personalizado al AFILIADO y de coordinar, referenciar y proveer la totalidad de servicios por medio de la central telefónica. IGS realizará seguimiento de inicio a fin a la prestación de cada uno de los servicios a cada AFILIADO con el ánimo de garantizar que los mismos sean prestados de acuerdo con los estándares de calidad requeridos.

Una vez terminada la prestación del servicio, IGS podrá realizar una encuesta de satisfacción al AFILIADO.

En ningún caso, IGS realizará reembolsos a clientes que no hayan sido aprobados previo al servicio desde la central telefónica.

La red de servicio de IGS está creciendo constantemente por lo que algún proveedor puede cambiar o no estar disponible, así es que el AFILIADO podrá comunicarse en cualquier momento a la línea telefónica 01 634-8833 donde podrá solicitar información relacionada con la composición y disponibilidad inmediata de la red para los diferentes servicios, además de presentar solicitudes, quejas o reclamos.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS DE LA ASISTENCIA MÉDICA.

- Los servicios que el Afiliado haya concertado por su cuenta, sin previa coordinación de IGS.
- Enfermedades crónicas, hipertensión, diabetes, exámenes de chequeo, VIH, partos, embarazos y sus complicaciones médicas, no quedando excluidas las emergencias por accidentes en personas embarazadas
- Exámenes orientados a detectar las patologías.
- La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación en toda clase de competencias deportivas profesionales, es decir, prácticas amateurs son cubiertas
- Enfermedades nerviosas, psiquiátricas, psicológicas y/o trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje.
- Atenciones de cualquier índole a causa de enfermedades crónicas o preexistentes (incluyendo pero no limitado a: hipertensión arterial, cáncer, diabetes, insuficiencia renal, respiratoria o cardíaca, cirugías) sus agudizaciones, secuelas o consecuencias, complicaciones de tratamientos recibidos previamente, enfermedades padecidas por el beneficiario con anterioridad ; quedan excluidas las prótesis u órtesis internas o externas incluyendo pero no limitado a: prótesis dentales, audífonos, anteojos, muletas, férulas, nebulizadores, respiradores, etc.) en caso de procedimientos, cirugías u hospitalizaciones.
- Están también excluidas todas las enfermedades psicológicas mentales y/o afines, así como sus consecuencias.
- Consultas a especialidades médicas no cubiertas.
- Interpretación de exámenes.
- Certificaciones médicas para ausencia escolar o laboral.
- Renovación de recetas médicas.

5. EXCLUSIONES ESPECIFICAS DE LA ASISTENCIA VIAL

Están excluidos de esta cobertura las prestaciones y hechos siguientes:

- Los vehículos no considerados livianos, es decir que pertenezcan a categorías diferentes a M1, M2, N1, O1 y 02 de acuerdo con el Reglamento Nacional de Vehículos del Perú.
- Los servicios que el AFILIADO haya concertado por su cuenta sin autorización previa de IGS.
- Los eventos y consecuencias derivadas de actos de mala fe por parte del AFILIADO.
- Los fenómenos extraordinarios de la naturaleza como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, pulsos electromagnéticos, caída de rocas, etc.
- Participación o consecuencia de actos de terrorismo, motín o tumulto popular.
- Participación o consecuencias de acciones de las Fuerzas Armadas o Cuerpos de Seguridad.
- Los derivados de la energía nuclear radiactiva.

- Los que se produzcan con ocasión de la participación del AFILIADO en carreras automovilísticas, prácticas deportivas y pruebas preparatorias o entrenamientos.
- Los producidos cuando el AFILIADO no tenga su documentación y la del vehículo en regla
- Cuando el AFILIADO oculte información relevante.
- Cuando el AFILIADO se niegue a colaborar con el personal designado por el proveedor para la prestación de los servicios de asistencia.
- Los daños materiales y/o personales que se pudieran ocasionar durante la prestación de cualquier servicio cuando éstos sean ocasionados por el mal estado del vehículo.
- El servicio de Chofer de Reemplazo no aplica para vehículos que cuenten con lunas polarizadas u oscurecidas en un grado en el que requieran de una autorización expresa de las autoridades para su circulación.

6. ALCANCES DEL SERVICIO VIAL

LIMA METROPOLITANA: Se entiende por radio de cobertura de las coberturas descritas en el siguiente condicionados: San Luis, Miraflores, San Borja, San Isidro, Suquillo, Surco, Barranco, Chorrillos, Lince, San Miguel, Jesús María la Victoria, Magdalena del Mar, Pueblo Libre, Vitarte Santa Anita, Breña , La Molina, San Juan de Miraflores, Los Olivos, Independencia, San Martín de Porres, Villa María del Triunfo, Callao Bellavista, Carmen de Legua, La Perla Rímac, Lima/ Cercado, El Agustino y Villa El Salvador.

PROVINCIAS- Aplica para ciudades capitales dentro del perímetro urbano.

Todos los radios de alcance mencionados aplican hasta el monto máximo de cobertura detalladas en las condiciones del servicio de grúa.