

Seguro Oncológico

Solicitud-Certificado No. _____

Póliza No: 34-29870

Código SBS N°AE2036400034 adecuada a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.

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

Vigencia del Seguro
Vigencia del seguro: Según elección en el rubro “Prima, Periodicidad de Pago y Vigencia” Renovación: Automática Fecha de inicio y término: Desde _____ hasta _____ o hasta que se produzca alguno de los supuestos establecidos en el artículo 8° del Condicionado General. No aplica fin de vigencia en caso se haya venido renovando el seguro por cinco (05) años de forma continua e ininterrumpida.

Contratante/Comercializador
Razón Social: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO DE ICA S.A. RUC: 20104888934 Dirección: Av. Conde de Nieva Nro. 498, Ica, Ica Teléfono: (056) 581-430 Página Web: https://cajaica.pe/

Asegurado Titular
Apellidos y Nombres: N° y Tipo de documento: Correo Electrónico: Dirección: Relación con el Contratante: Cliente

Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites	
Coberturas	Sumas Aseguradas y Límites
Diagnóstico de Enfermedad de Cáncer: La COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS la indemnización descrita en el presente documento, cuando el ASEGURADO reciba un primer Diagnóstico Clínico de Cáncer ; entendido este último como el informe realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un Examen de Anatomía Patológica que certifique positivamente la presencia de un Cáncer. Será requisito la presentación del informe histopatológico por escrito.	S/ 16,000 Periodo de Carencia: 60 días desde el inicio de vigencia de la póliza
Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica: La COMPAÑÍA pagará el Beneficio indicado en el presente documento por cada 24 horas de internamiento del ASEGURADO, en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 180 días por año, sin considerar convalecencia , si como consecuencia de una enfermedad Oncológica, debidamente certificada por un médico a través de un examen de anatomía patológica, haya sido necesaria su hospitalización, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.	S/ 50 por cada 24 horas de internamiento Periodo de Carencia: 60 días desde el inicio de vigencia de la póliza
Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica: Si luego de transcurrido el Periodo de Carencia, un ASEGURADO recibe un Diagnóstico Clínico de Cáncer Primario y fallece a causa de esta enfermedad oncológica, la COMPAÑÍA pagará los beneficios descritos en el presente documento, en los plazos y términos que se señalan en la misma.	S/ 3,000 Periodo de Carencia: 0 días

Seguro Oncológico

Solicitud-Certificado No. _____

Póliza No: 34-29870

Código SBS N°AE2036400034 adecuada a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.

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

Vigencia del Seguro
Vigencia del seguro: Según elección en el rubro “Prima, Periodicidad de Pago y Vigencia” Renovación: Automática Fecha de inicio y término: Desde _____ hasta _____ o hasta que se produzca alguno de los supuestos establecidos en el artículo 8° del Condicionado General. No aplica fin de vigencia en caso se haya venido renovando el seguro por cinco (05) años de forma continua e ininterrumpida.

Contratante/Comercializador
Razón Social: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO DE ICA S.A. RUC: 20104888934 Dirección: Av. Conde de Nieva Nro. 498, Ica, Ica Teléfono: (056) 581-430 Página Web: https://cajaica.pe/

Asegurado Titular
Apellidos y Nombres: N° y Tipo de documento: Correo Electrónico: Dirección: Relación con el Contratante: Cliente

Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites	
Coberturas	Sumas Aseguradas y Límites
Diagnóstico de Enfermedad de Cáncer: La COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS la indemnización descrita en el presente documento, cuando el ASEGURADO reciba un primer Diagnóstico Clínico de Cáncer ; entendido este último como el informe realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un Examen de Anatomía Patológica que certifique positivamente la presencia de un Cáncer. Será requisito la presentación del informe histopatológico por escrito.	S/ 16,000 Periodo de Carencia: 60 días desde el inicio de vigencia de la póliza
Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica: La COMPAÑÍA pagará el Beneficio indicado en el presente documento por cada 24 horas de internamiento del ASEGURADO, en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 180 días por año, sin considerar convalecencia , si como consecuencia de una enfermedad Oncológica, debidamente certificada por un médico a través de un examen de anatomía patológica, haya sido necesaria su hospitalización, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.	S/ 50 por cada 24 horas de internamiento Periodo de Carencia: 60 días desde el inicio de vigencia de la póliza
Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica: Si luego de transcurrido el Periodo de Carencia, un ASEGURADO recibe un Diagnóstico Clínico de Cáncer Primario y fallece a causa de esta enfermedad oncológica, la COMPAÑÍA pagará los beneficios descritos en el presente documento, en los plazos y términos que se señalan en la misma.	S/ 3,000 Periodo de Carencia: 0 días

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

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

Edades Límite

Edad Mínima de Ingreso	: 18 años
Edad Máxima de Ingreso	: 65 años con 364 días
Edad Máxima de Permanencia	: 70 años con 364 días, en tanto no haya renovado su seguro durante cinco (5) años consecutivos.

Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO TITULAR tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Solicitud-Certificado, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, siempre que el mismo no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. Para tal fin de deberá seguir el procedimiento establecido en el artículo 17° a las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

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

Exclusiones

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

Para la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:

- a) Preexistencia; de conformidad con la definición de las Condiciones Generales de la Póliza.
- b) Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma “in situ” o aquellos considerados por estudio histológico como “pre-malignos”, cáncer cérvicouterino “in situ” y cáncer de próstata “in situ”;
- c) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos;
- d) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;
- e) Toda enfermedad distinta al cáncer;
- f) Todo cáncer cuyo “diagnóstico clínico” se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza o durante el periodo de carencia;
- g) Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión, debiéndose entender que se trata de un procedimiento médico al que se somete el ASEGURADO de manera voluntaria y en el cual éste tiene conocimiento de la situación irregular de la persona que lo practica o las circunstancias le permiten llegar a dicha conclusión.

Para la Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:

- a) Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma “in situ” o aquellos considerados por histología como “pre-malignos”, cáncer cérvicouterino “in situ” y cáncer de próstata “in situ”.
- b) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de dise-

minación a otros órganos.

- c) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- d) Todo cáncer cuyo Diagnóstico Clínico se haya iniciado con anterioridad a la contratación de esta cobertura o durante el periodo de carencia de la misma.
- e) Hospitalización para el tratamiento de cualquier tipo de enfermedad que no sea Oncológica.
- f) Internamiento en un lugar que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria.

Para la Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica:

- a) Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma “in situ” o aquellos considerados por histología como “pre-malignos”, cáncer cérvicouterino “in situ” y cáncer de próstata “in situ”.
- b) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.
- c) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- d) Todo cáncer cuyo diagnóstico clínico se haya iniciado con anterioridad a la contratación de esta cobertura o durante el periodo de carencia de la misma.
- e) Fallecimiento a causa de cualquier tipo de enfermedad que no sea Oncológica.

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

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

Procedimiento para Solicitar la Cobertura en caso de siniestro:

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

1. **Aviso:** Dar aviso a la COMPAÑÍA o Comercializador, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en el presente documento, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguiente a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho; a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 11.11 del artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.
2. **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, el ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS deberá presentar los siguientes documentos en las oficinas de la COMPAÑÍA o del Comercializador (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada) sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

Para la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:

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

Para la Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:

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

Para la Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica:

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

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales a la información anteriormente presentada, que estime pertinente para la calificación y liquidación del siniestro, podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente. El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta LA COMPAÑÍA para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Terminación del Seguro

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

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

Medios Habilitados para presentar consultas y/o reclamos:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

- 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 www.chubb.com/pe opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 399-1212 (**).

En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro.
- Detalle del reclamo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de Atención: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

(**) Horario de Atención: De lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm

Instalaciones habilitadas para reclamos y/o denuncias

- Defensoría del Asegurado Telefax: 01 421-0614
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Teléfono 630 9005,
- INDECOPI: Teléfono 224 7777

Definiciones

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

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

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

Cáncer: La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas, la Enfermedad de Hodgkin y melanoma invasivo mayor a 0.75mm.

Cáncer Primario: Es aquel Cáncer que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la Póliza.

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

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

Carcinoma: es un sinónimo de Cáncer.

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

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

Diagnóstico Clínico: El informe realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un Examen de Anatomía Patológica que certifique positivamente la presencia de un Cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito.

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

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

Institución Hospitalaria: Establecimiento legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos: a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería. **Para los efectos de esta póliza no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**

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

Importante

- La información contenida en este documento es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la recepción de dicha solicitud.
- Las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al Comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- La COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima.
- **El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.**
- **Dentro de la vigencia del contrato de seguro el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.**

Domicilio y Comunicaciones

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

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

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

Autorización para Revelar Información Médica

Reconozco que conforme al artículo 25° de la Ley General de Salud, Ley 26842, las clínicas, hospitales o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad asegurada vinculada con la atención prestada al paciente, siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, incluya todos sus datos personales consignados en la presente póliza en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

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

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

Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

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

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

La COMPAÑÍA declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP-PJP N° 4036. Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero.

Fecha de emisión: __/__/__

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

El ASEGURADO Titular

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

Autorización para Revelar Información Médica

Reconozco que conforme al artículo 25° de la Ley General de Salud, Ley 26842, las clínicas, hospitales o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad asegurada vinculada con la atención prestada al paciente, siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, incluya todos sus datos personales consignados en la presente póliza en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

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

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

Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

El ASEGURADO AUTORIZA: Sí _____ No _____ (marcar con una X)

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

La COMPAÑÍA declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP-PJP N° 4036. Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero.

Fecha de emisión: __/__/__



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

El ASEGURADO Titular

CONDICIONADO GENERAL DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIA

SERVICIOS DE ASISTENCIA SALUD - ONCOLÓGICO	CARENCIA	TOPE VALOR POR EVENTOS	CANTIDAD DE EVENTOS & ANUALES
ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA 24x7	SIN CARENCIA	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA	SIN CARENCIA	SIN LÍMITE	6 EVENTOS
ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA	SIN CARENCIA	SIN LÍMITE	6 EVENTOS
MAMOGRAFÍA	CARENCIA 3 MESES	HASTA S/ 250.00*	1 EVENTO*
COLPOSCOPIA			
ESTUDIOS DE CONTROL DE PAPANICOLAU			
ECOGRAFÍAS EXAMEN TIPO IMÁGENES DERIVADOS DE CONSULTAS MÉDICAS			
PAPLACIÓN TESTÍCULOS			
PALPACIÓN DE PENE			
TACTO RECTAL: PALPACIÓN DE PRÓSTATA			

1. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

- a) Estos términos y condiciones regulan las características generales, coberturas y exclusiones de los servicios de asistencia incluidos en el Programa de Asistencia CAJA ICA - ONCOLOGICO, en adelante, “**Programa**” ofrecida por American Assist International Perú S.A.C. en adelante “**ADDIUA PERÚ**”.
- b) **ADDIUA PERÚ** le brindará al titular servicios de asistencia las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año a través de **ADDIUA PERÚ** y acorde a lo establecido en el Programa.

2. DEFINICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA

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

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

3. DETALLE DE COBERTURAS Y EXCLUSIONES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

ORIENTACIÓN MEDICA TELEFONICA

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

ADDIUA PERÚ se exime de toda responsabilidad por los actos y/u omisiones que pudiera concretar el titular o asegura-

do adicional posterior de la orientación telefónica.

Exclusiones del servicio:

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

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA ONCOLOGICA TELEFONICA

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

Exclusiones del servicio:

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

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFONICA

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

Exclusiones del servicio:

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

EXÁMENES MUJER

A través de esta asistencia el titular podrá solicitar el servicio de chequeo, para solicitar este servicio deberá de contar con la orden medica respectiva. Esta prestación considera los honorarios del médico profesional y será programada según disponibilidad del centro médico de la red, para realizar cualquiera de los siguientes procedimientos:

- **Mamografía**
- **Colposcopia**
- **Estudios de papa Nicolau**
- **Ecografías - Examen tipo imagen derivados de la consulta médica**

EXÁMENES HOMBRE

A través de esta asistencia el titular podrá solicitar el servicio de chequeo, para solicitar este servicio deberá de contar con la orden medica respectiva. Esta prestación considera los honorarios del médico profesional y será programada según disponibilidad del centro médico de la red, para realizar cualquiera de los siguientes procedimientos:

- **Palpación de testículos**
- **Palpación de pene**
- **Tacto rectal (Palpación de próstata)**

Exclusiones del servicio:

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

4. OTRAS CONDICIONES CONTRACTUALES:**EXCEDENTES**

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

5. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS

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

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

6. OBLIGACIONES DEL USUARIO

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

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

7. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

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

- El titular que requiera del servicio se comunicará al siguiente número de contacto: 643-4439
- El titular debe reportar la solicitud de asistencia en el momento que requiera la asistencia.
- El Titular procederá a suministrarle al funcionario que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como titular, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales; como la ubicación exacta.

8. CARENIA DE SOLICITUD DE SERVICIOS

De acuerdo al cuadro en la DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIA.

.

9. RESTITUCIÓN DE GASTOS

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

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