



Seguro Oncológico

Solicitud-Certificado N° _____

Póliza No: 34-30402

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

Compañía de Seguros (La COMPAÑÍA)

Nombre: Chubb Peru S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC: 20390625007

Teléfono: 417-5000

Página web: www.chubb.com/pe

Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com

Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267, Of. 402, San Isidro, Lima.

Vigencia del Seguro

Vigencia del seguro: Anual

Renovación: Automática

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

No aplica fin de vigencia en caso se haya venido renovando el seguro por cinco (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

S/ 50 por cada 24 horas de internamiento

Periodo de Carencia: 60 días desde el inicio de vigencia de la póliza

hospitalización, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.	
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 COMPAÑIA 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
Indemnización por Primer Diagnóstico de Diabetes: LA COMPAÑIA pagará al ASEGURADO el beneficio previsto en este documento; cuando un Médico Colegiado realice un Diagnóstico Clínico de Diabetes Mellitus al ASEGURADO; siempre que (i) dicho diagnóstico se haya realizado por primera vez durante la vigencia de la póliza, (ii) se haya emitido en una Institución Hospitalaria y (iii) se haya concluido el periodo de Carencia a la fecha de diagnóstico; de acuerdo con las definiciones previstas en el presente documento	S/2,250 Periodo de Carencia: 60 días desde el inicio de vigencia de la póliza

Beneficiarios

Para las coberturas Diagnóstico de Enfermedad de Cáncer, Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica e Indemnización por Primer Diagnóstico de Diabetes:
El ASEGURADO

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

Los beneficiarios serán las personas designadas en el presente documento. 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.

NOMBRES Y APELLIDOS	RELACIÓN CON EL ASEGURADO	% DE PARTICIPACIÓN

El ASEGURADO podrá modificar la designación de beneficiarios en cualquier momento, mediante comunicación escrita cursada a **LA COMPAÑIA**.

Beneficios Adicionales

SERVICIOS DE ASISTENCIA (*)	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
Descuento en Medicinas en General en Red Addiuv	SIN CARENCIA	HASTA S/100.00	2 EVENTOS
Hombre - Urólogo	CARENCIA 3 MESES	HASTA S/250.00	1 EVENTO
Palpación de Testículos			
Palpación de Pene			
Tacto Rectal (Palpación de próstata)			
Ecografías - Examen Tipo Imágenes Derivados de Consultas Médicas			
Mujer - Ginecología	CARENCIA 3 MESES	HASTA S/250.00	1 EVENTO
Mamografía			
Colposcopia			
Estudios de Control de Papanicolau			
Ecografías - Examen Tipo Imágenes Derivados de consultas Médicas			

(*) El servicio de asistencia es brindado por AMERICAN ASSIST INTERNATIONAL PERU S.A.C. identificado con RUC 20604457255. Para hacer uso de este beneficio el ASEGURADO debe comunicarse al (01) 643-4439, disponible las 24 horas del día. Aplican términos y condiciones en el condicionado de Servicio de Asistencia previsto al final del presente documento.

Prima, Periodicidad de Pago y Vigencia			
Plan	Periodicidad de Pago/Vigencia	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV
Anual	Anual/Anual	S/ 76.27	S/ 90.00

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 41.75%

Forma de pago (marcar la opción elegida con una "X"):

- En efectivo ()
- Cargo al crédito ()
- Cargo en cuenta ()

- El ASEGURADO autoriza el cargo de la prima en la cuenta designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación y en la periodicidad pactada previamente.
- De no encontrar saldo en la cuenta designada o si no se pudiera realizar el cobro en la misma, el ASEGURADO autoriza a que se proceda con el cargo respectivo en cualquier de sus cuentas con éste donde mantenga saldo acreedor.
- En caso de extravío, pérdida, robo, cambio de la tarjeta de donde se realiza el cargo de la prima, el ASEGURADO está obligado a informar a la COMPAÑÍA. Asimismo, EL ASEGURADO autoriza a que el cargo de la prima continúe realizándose en el nuevo número de tarjeta emitida con la entidad financiera de la tarjeta original.
- 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.



Juan Carlos Puyó de Zavala
Gerente General
Chubb Seguros Perú SA.

El ASEGURADO TITULAR

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

Edades Límite

Edad Mínima de Ingreso : 18 años
Edad Máxima de Ingreso : 59 años con 364 días
Edad Máxima de Permanencia : 60 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:

- Preexistencia; de conformidad con la definición de las Condiciones Generales de la Póliza.
- 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";
- Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos;
- Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;
- Toda enfermedad distinta al cáncer;
- Todo cáncer cuyo "diagnóstico clínico" se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza o durante el periodo de carencia;
- Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión, debiéndose entender que se trata de un procedimiento médico al que se somete el ASEGURADO de manera voluntaria y en el cual éste tiene conocimiento de la situación irregular de la persona que lo practica o las circunstancias le permiten llegar a dicha conclusión.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:

- 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".
- Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.
- Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- 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.
- Hospitalización para el tratamiento de cualquier tipo de enfermedad que no sea Oncológica.
- Internamiento en un lugar que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria.

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

- 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".
- 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.

Para la cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Diabetes:

- a) Hiperglicemia aguda que tenga el carácter de transitoria y que comúnmente se detecta bajo condiciones de infecciones agudas, traumatismos severos, alteraciones circulatorias o estrés.
- b) Diabetes gestacional.
- c) Toda enfermedad que pueda derivar de una diabetes, como por ejemplo nefropatía diabética, neuropatía diabética, retinopatía diabética, problemas en los pies que pueden llevar a la amputación, hígado graso, pérdida de audición y demás enfermedades que deriven de la diabetes mellitus.
- d) Preexistencias, al momento de la contratación de la Póliza; de acuerdo con las Definiciones de la Póliza.
- e) Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un Médico Colegiado y/o en una Institución Hospitalaria de acuerdo a las definiciones de la póliza.
- f) Diagnóstico de diabetes mellitus que sea realizado por Médico Colegiado, pero que sea miembro de su familia en primer grado de consanguinidad o que viva en su domicilio.
- g) Diagnóstico que se ejecute durante el periodo de carencia.

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.

Para la cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Diabetes:

- a) Documento de Identidad del ASEGURADO.
- b) Certificados médicos en los cuales se indique el Diagnóstico Clínico que certifiquen el diagnóstico de diabetes tipo 1 o tipo 2, firmada por el Médico Colegiado
- c) Resultados de exámenes y procedimientos médicos realizados para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus Primario emitida por el Médico Colegiado
- d) Historia Clínica Completa del ASEGURADO, según corresponda [.....].
- e) Informe de Emergencia (Cuando corresponda) emitidos por la Institución Hospitalaria para el diagnóstico.
- f) Comprobantes de pago legalmente emitidos por la Institución Hospitalaria para el diagnóstico.

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

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

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

Terminación del Seguro

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

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

Medios Habilitados para presentar consultas y/o reclamos:

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

- a. En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de la COMPAÑÍA ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 (*).
- b. Escribiendo a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección www.chubb.com/pe opción "Contáctenos" – "Solicitud Electrónica".
- c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 399-1212 (**).

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

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

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

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

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

Instalaciones habilitadas para reclamos y/o denuncias

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

Definiciones

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

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

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.

Diabetes: Se define como un trastorno metabólico caracterizado por hiperglucemia crónica y alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, debido a anomalías en la secreción o el efecto de la insulina.

Diabetes Mellitus: Grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por una hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o por ambas. **Abarca solamente la Diabetes Mellitus Tipo 1 y Tipo 2.**

Diagnóstico Clínico: Es el informe realizado por un médico, basado en la historia clínica del paciente, que certifique positivamente la presencia de diabetes tipo 1 o tipo 2. Los estudios que se pueden realizar para validar el diagnóstico clínico son 1) Glucosa en ayunas en plasma venoso, 2) Glucosa postprandial en plasma/suero venoso, 3) Hemoglobina glucosilada (HbA1c) y 4) Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG), según sea el caso. Debe ser diagnosticado por un médico y/o centro médico certificado

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.**

Médico Colegiado: Persona con formación profesional en medicina y que cuenta con una licencia que le autoriza a ejercer la profesión. **No se considera Médico Colegiado, al personal de la salud que pese a contar con la licencia correspondiente sea familiar del ASEGURADO en primer grado de consanguinidad.**

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 SA.

EL ASEGURADO TITULAR

CONDICIONADO GENERAL DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIA

SERVICIOS DE ASISTENCIA SALUD - ONCOLOGICO	CARENCIA	TOPE VALOR POR EVENTOS	CANTIDAD DE EVENTOS ANUALES
ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA 24 X 7	SIN CARENCIA	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
ORIENTACIÓN PSICOLOÓGICA TELEFÓNICA	SIN CARENCIA	SIN LÍMITE	6 EVENTOS
ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA	SIN CARENCIA	SIN LÍMITE	6 EVENTOS
DESCUENTO EN MEDICINAS EN GENERAL EN RED ADDIUA	SIN CARENCIA	HASTA S/ 100.00	2 EVENTOS
HOMBRE - UROLOGO	CARENCIA 3 MESES	HASTA S/ 250.00*	1 EVENTO*
PALPACIÓN DE TESTÍCULOS			
PALPACIÓN DE PENE			
TACTO RECTAL (PALPACIÓN DE PRÓSTATA)			
ECOGRAFÍAS - EXAMEN TIPO IMÁGENES DERIVADOS DE CONSULTAS MÉDICAS			
MUJER - GINECOLOGIA	CARENCIA 3 MESES	HASTA S/ 250.00*	1 EVENTO*
MAMOGRAFÍA			
COLPOSCOPIA			
ESTUDIOS DE CONTROL DE PAPANICOLAU			
ECOGRAFÍAS - EXAMEN TIPO IMÁGENES DERIVADOS DE CONSULTAS MÉDICAS			

1. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

- 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 ADDIUA ENTERPRISES PERUS SAC. en adelante **"ADDIUA PERÚ"**.
- ADDIUA PERÚ** le brindará al Afiliado 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. Por ello, es necesario que **ADDIUA PERÚ** disponga de los recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier emergencia o solicitud de referencias, sujetándose al Programa.

2. DEFINICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA

Los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

- ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños involuntarios materiales y/o corporales a un Afiliado, causado única y directamente por una causa externa, violenta, imprevista, fortuita y evidente.
- AFILIADO:** Persona natural que sea suscriptor y/o cliente de **EL CLIENTE** y que haya contratado el Programa de Asistencia.
- BENEFICIARIOS:** Son beneficiarios del Afiliado, su cónyuge o compañero permanente, sus hijos menores de dieciocho (18) años que vivan permanentemente en el mismo Domicilio y bajo la dependencia económica del Afiliado. Los Beneficiarios podrán gozar de los Servicios del Programa de Asistencia de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en presente Anexo.
- COORDINACIÓN:** Actividad administrativa provista por **ADDIUA**, que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de combinar los recursos disponibles para atender cualquier Situación de Asistencia.

- e) **DOMICILIO:** Es el lugar de uso habitacional y habitual del Afiliado dentro del territorio nacional, el cual ha sido registrado en la base de datos de **ADDIUVA**.
- f) **EVENTO:** Es una situación reportada inmediatamente por el Afiliado que dé derecho a la prestación de uno de los servicios, de acuerdo con los términos y condiciones que se refiere el presente documento.
- g) **MANTENIMIENTO:** Conjunto de operaciones y cuidados continuos necesarios para que las instalaciones propias del Domicilio o el vehículo puedan seguir funcionando adecuadamente.
- h) **EQUIPO MÉDICO O PERSONAL DE ASISTENCIA:** Es el personal médico y demás equipo asistencial puesto en contacto por ADDIUVA con el Afiliado para la prestación de los Servicios.
- i) **PROGRAMA DE ASISTENCIA:** Conjunto de Servicios de Asistencia que Afiliado tiene derecho a solicitar y recibir de ADDIUVA.
- j) **SERVICIOS:** Es la asistencia que se le brinda al Afiliado de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente anexo.
- k) **SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Todo hecho o acto del hombre, accidente, avería o falla que se presente en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el presente Anexo, que den derecho a la prestación de los Servicios. Es el hecho súbito e imprevisto ocurrido de forma fortuita o accidental, que ponga en riesgo la integridad física del Afiliado, así como la seguridad y utilización de sus bienes objeto de asistencia, reportado a **ADDIUVA** en un tiempo máximo de veinticuatro (24) horas siguientes a su ocurrencia.
- l) **VEHÍCULO:** Es el vehículo de propiedad del Afiliado. Están excluidos los vehículos con peso mayor a 2,5 toneladas, los vehículos destinados a transporte público o de carga, taxis, microbuses, vehículos comerciales, motocicletas y autobuses de turismo.

3. DETALLE DE COBERTURAS Y EXCLUSIONES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

ORIENTACIÓN MEDICA TELEFONICA

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

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

Exclusiones del servicio:

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

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA ONCOLOGICA TELEFONICA

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

Exclusiones del servicio:

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

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFONICA

Servicio de información telefónica proporcionado por profesionales del área de la salud, especialistas en nutrición, orientado a responder las inquietudes efectuadas por el Afiliado o beneficiario en búsqueda de una solución u orientación sobre combinaciones de alimentos, que producen estos en el organismo, recomendaciones de calorías a ingerir, dietas, entre

otros. ADDIUVA se exime de toda responsabilidad por los actos y omisiones que pudieran concretar el Afiliado o beneficiario posterior al servicio.

Exclusiones del servicio:

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

DESCUENTOS EN MEDICINAS EN GENERAL EN RED ADDIUVA

Cuando el Afiliado o beneficiario requiere de medicinas y cuentas con la receta y/u orden medica correspondiente, ADDIUVA PERU coordinara el descuento del 20% del costo de la receta en la red de farmacias de ADDIUVA, hasta un tope máximo de S/100.00 del valor de los medicamentos.

Exclusiones del servicio:

- Suplementos o vitaminas
- Productos de aseo personal

EXAMENES MUJER

A través de esta asistencia el Afiliado o beneficiario 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

Exclusiones del servicio:

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

EXAMENES HOMBRE

A través de esta asistencia el Afiliado o beneficiario 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)
- Ecografías – Examen tipo imagen derivados de la consulta médica

Exclusiones del servicio:

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

4. OTRAS CONDICIONES CONTRACTUALES:

EXCEDENTES

Se considera como Excedente, los gastos adicionales al límite del Servicio de Asistencia, ya sea por un servicio adicional o por que el Servicio implique gastos mayores. Cualquier costo que supere los límites establecidos en este Anexo, deberá ser pagado por el Afiliado con sus propios recursos antes de la prestación del servicio.

5. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS

ADDIUVA queda excluida de su obligación de prestar los Servicios en las Situaciones de Asistencia que presenten las siguientes causas:

- a) Cuando se reporte la Situación de Asistencia en un plazo superior a las veinticuatro (24) horas de ocurrido el evento.
- b) Los Servicios que el Afiliado haya contratado sin previo consentimiento de **ADDIUVA**; salvo en caso de fuerza mayor o caso fortuito comprobado que le impida al Afiliado comunicarse con **ADDIUVA** o con el Personal de Asistencia.
- c) Cuando el Afiliado se niegue a colaborar con el Personal de Asistencia asignado por **ADDIUVA** para la prestación de los Servicios de Asistencia.
- d) Cuando haya indicios de que el Afiliado está usando los Servicios para beneficio de terceros.
- e) Cuando la Situación de Asistencia exista antes de la fecha de inicio de la vigencia del Programa de Asistencia (daño preexistente).
- f) Por la mala fe del Afiliado comprobada por el Personal de Asistencia de **ADDIUVA**.
- g) Cuando no exista la infraestructura pública o privada o las condiciones de seguridad del lugar no permitan llevar a cabo la prestación del Servicio.
- h) Cuando la Situación de Asistencia es causada por fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, epidemias, pandemias etc.
- i) Cuando la Situación de Asistencia es causada por energía nuclear o radiación.
- j) Cuando la Situación de Asistencia es causada por daños intencionales, hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- k) Cuando la Situación de Asistencia es causada por hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- l) Cuando la Situación de Asistencia es causada por el personal de cualquier autoridad oficial con orden de embargo, allanamiento, aseguramiento de bienes, aprehensión, cateo, investigación, rescate, que se vea obligado a forzar, destruir o romper cualquier elemento de acceso al Domicilio como son: puertas, ventanas, chapas, cerraduras, etc.
- m) Cuando la prestación del servicio se solicite para espacios que pertenezcan a elementos de las áreas comunes que no sean propios del Domicilio.
- n) Cuando la Situación de Asistencia es causada por la ingestión de bebidas alcohólicas, sustancias controladas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- o) Cuando la Situación de Asistencia es causada por la participación en prácticas deportivas, competencias, pruebas preparatorias o entrenamientos.
- p) Cuando la Situación de Asistencia es causada por la participación en carreras o pruebas de seguridad, resistencia o velocidad.
- q) Cuando la Situación de Asistencia es causada por la destinación del Vehículo para fines de enseñanza o de instrucción de su manejo o funcionamiento.
- r) Caso de fuerza mayor o caso fortuito.
- s) En caso de que se limite la locomoción para la prestación del servicio por acto de autoridad.

6. OBLIGACIONES DEL USUARIO

El Afiliado deberá cumplir con las siguientes obligaciones para disfrutar de los Servicios:

- a) Identificarse como Afiliado ante el Personal de Asistencia de **ADDIUVA**.
- b) Tomar todas las medidas y precauciones necesarias para limitar las consecuencias o evitar daños mayores en cuanto se produzca un incidente que pueda motivar una situación de asistencia.
- c) Permanecer al día en los pagos asociados al Programa de Asistencia.
- d) Abstenerse de realizar gastos sin haber consultado previamente con **ADDIUVA**.

7. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

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

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

8. CARENCIA DE SOLICITUD DE SERVICIOS

De acuerdo con el cuadro de cobertura.

9. RESTITUCIÓN DE GASTOS

Únicamente cuando se cumplan las siguientes condiciones el Afiliado 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 Afiliado 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 Afiliado 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 Afiliado haya solicitado el servicio a través de la plataforma de asistencia.
- f) El Afiliado 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.