

## Seguro ONCOLÓGICO

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

Póliza No: 34-12731

Solicitud-Certificado N°: \_\_\_\_\_

<b>Compañía de Seguros (LA COMPAÑÍA)</b>	
Nombre: Chubb Peru S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro	Teléfono: 417-5000
Correo electrónico: <a href="mailto:atencion.seguros@chubb.com">atencion.seguros@chubb.com</a>	Página Web: <a href="http://www.chubb.com/pe">www.chubb.com/pe</a>

### Beneficiarios:

**Para las coberturas de Diagnóstico de Enfermedad de Cáncer y Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:** El ASEGURADO.

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

Los beneficiarios serán las personas designadas en la Solicitud-Certificado. En caso el ASEGURADO TITULAR no haya designado a sus BENEFICIARIOS, éstos serán sus herederos legales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados incapaces, según corresponda

### Vigencia del Seguro:

Vigencia del seguro: Anual

Renovación: Automática

Fecha de inicio y término: Desde (dd/mm/aaaa) hasta (dd/mm/aaaa) 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 5 años de forma continua e ininterrumpida.**

<b>Coberturas , Sumas Aseguradas y Límites</b>			
<b>Coberturas</b>	<b>Sumas Aseguradas y Límites</b>		
	<b>Plan 1</b>	<b>Plan 2</b>	<b>Plan 3</b>
<b>Diagnóstico de Enfermedad de Cáncer:</b> La COMPAÑIA pagará a los BENEFICIARIOS la indemnización descrita en el presente documento, cuando el ASEGURADO reciba un primer <b>Diagnóstico Clínico de Cáncer</b> ; 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/3,000  <b>Periodo de Carencia: 60 días desde el inicio de vigencia de la póliza.</b>	S/4,000  <b>Periodo de Carencia: 60 días desde el inicio de vigencia de la póliza.</b>	S/5,000  <b>Periodo de Carencia: 60 días desde el inicio de vigencia de la póliza.</b>
<b>Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:</b> La COMPAÑIA pagará el Beneficio indicado en el presente documento por cada 24 horas de internamiento del ASEGURADO, en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 180 días por año, <b>sin considerar convalecencia</b> , 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	S/30 por cada 24h de internamiento  <b>Periodo de Carencia: 60 días desde el inicio de vigencia de la póliza.</b>	S/40 por cada 24h de internamiento  <b>Periodo de Carencia: 60 días desde el inicio de vigencia de la póliza.</b>	S/50 por cada 24h de internamiento  <b>Periodo de Carencia: 60 días desde el inicio de vigencia de la póliza.</b>
<b>Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica:</b> Si luego de transcurrido el periodo de carencia, el 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/2,000	S/2,000	S/2,000

<b>Coberturas y Sumas Aseguradas</b>	
<b>Servicio de Asistencia</b>	<b>N° de Eventos y Límites</b>
Orientación médica y psicológica telefónica relacionada a enfermedad Oncológica	Ilimitado

El servicio de asistencia es brindado por Grupo Especializado de Asistencias S.A.C (GEA), con RUC 20521582147. Para hacer uso de este beneficio el ASEGURADO debe comunicarse al al 0800 00569 (Provincia) o al 01 6164514 (Lima), en horario 9:00 am a 6:00 pm. Aplican términos y condiciones detallados al final del presente documento.

<b>Prima</b>			
<b>Planes</b>	<b>Prima Comercial Mensual</b>	<b>Prima Comercial Mensual + IGV</b>	<b>Marcar plan elegido con una "X"</b>
<b>Plan 1</b>	S/2.54	S/3.00	(                    )
<b>Plan 2</b>	S/2.97	S/3.50	(                    )
<b>Plan 3</b>	S/3.39	S/4.00	(                    )

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguro a través de la bancaseguros u otro comercializador: 24.27%

**Forma de pago (marcar opción elegida):**

Con cargo en cuenta (                    )

Efectivo (                    )

**En caso haber elegido el 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 microseguro.
- 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.

<b>Edades Límite</b>	
Edad Mínima de Ingreso	: 18 años
Edad Máxima de Ingreso	: 64 años con 364 días
Edad Máxima de Permanencia	: 69 años con 364 días, en tanto no haya renovado su seguro durante cinco (5) años consecutivos.

<b>Derecho de Arrepentimiento</b>
El ASEGURADO TITULAR tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Solicitud-Certificado, sin expresión decausa 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.

<b>Derecho de Resolución sin Expresión de Causa</b>
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.

<b>Exclusiones</b>
<b>Quedan excluidas de cobertura de esta Póliza los siniestros que sean consecuencia de lo siguiente:</b>
<b><u>Para La cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:</u></b>
a) <b>Preexistencia; de conformidad con la definición del presente documento.</b>
b) <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”;</b>
c) <b>Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos;</b>
d) <b>Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;</b>
e) <b>Toda enfermedad distinta al cáncer;</b>
f) <b>Todo cáncer cuyo “diagnóstico clínico” se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza o durante el periodo de carencia;</b>
g) <b>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.</b>

**Para la cobertura de 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 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 las coberturas de 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 trate de iseminación a otros órganos.
- 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.
- c) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.

**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 el 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, 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 ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS podrá(n) 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 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, emitido por la Institución Médica correspondiente.

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

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, de tenerlo físicamente.
- b) Acta de Defunción del ASEGURADO, emitida por RENIEC
- c) Certificado de Defunción del ASEGURADO emitida por la Institución Médica.
- 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, emitida por la entidad médica correspondiente.

**Para las coberturas de Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica**

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

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 unaprórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con esiniestro. En caso el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, éstase sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de BancaSeguros y AFP's.

En caso 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 qususpenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e informacióncorrespondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuente 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 muerte del ASEGURADO Titular.
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia, salvo en caso de renovaciones continuas e ininterrumpidas por cada ASEGURADO, durante un periodo de al menos cinco (05) años.
- c) Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, en caso ésta no haya sido renovada.
- d) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

**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](mailto: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](http://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, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado
- Detalle del reclamo

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

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

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

**Instalaciones habilitadas para reclamos y/o denuncias**

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

**Definiciones**

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

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

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

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

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

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

**Carcinoma:** es un sinónimo de Cáncer.

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

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

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

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

**Estudio Diagnóstico:** Cualquier examen auxiliar que permita tener “la sospecha” diagnóstica de cáncer como, por 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 Período de Carencia, en caso lo hubiere, será determinado en la Solicitud Certificado.

**Importante**

- La información contenida en este documento es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- 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 SolicitudCertificado, 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, uya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

El ASEGURADO acepta expresamente que la COMPAÑÍA comunique sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe). 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, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe), 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](mailto: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**.



Juan Carlos Puyó de Zavala  
LA COMPAÑÍA

ASEGURADO



## CONDICIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

Las presentes Condiciones Generales regulan los términos y condiciones de los diferentes servicios de asistencia que ha contratado el beneficiario con GEA.

### 1. OBLIGACIONES GEA

**GEA asume las siguientes responsabilidades y obligaciones:**

- Mantener en operación permanente su servicio de atención telefónica y de recepción de solicitudes de asistencias. Este servicio debe operar las 24 horas del día, todos los días del año, incluidos los días sábados, domingos y festivos.
- Brindar los servicios a los beneficiarios en forma directa o a través de terceros bajo su propia responsabilidad, únicamente se brindará los servicios de asistencia contratados y que se detallan en el condicionado de acuerdo al producto.
- Brindar a los beneficiarios una rápida y apropiada atención de los servicios de asistencia que requieran en virtud de los planes contratados y detallados al final de estas condiciones generales.
- GEA, en orden a facilitar la atención de los beneficiarios de los servicios de las asistencias, pondrá a disposición de sus clientes, una línea de atención telefónica exclusiva con la siguiente numeración:

# Gratuito	# Teléfono	Cliente
080000569	6164514	CHUBB

#### 1.1 PERSONAS BENEFICIARIAS DE LOS SERVICIOS

Son los que hayan contratado alguno de los planes de asistencia detallados al final de estas condiciones generales. El beneficio se otorga al titular, esposa (o) e hijos y en caso sea soltero, padres.

Cada vez que en estas condiciones generales se use la expresión “beneficiario”, se entiende que ella incluye a todas las personas mencionadas en este artículo y que hayan adquirido y pagado previamente alguno de los planes detallados al final de estas condiciones generales.

### 2. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO:

**El asegurado estará obligado en todos los casos y para todos los servicios que le serán brindados por GEA a:**

**El beneficiario deberá siempre aceptar las recomendaciones y soluciones indicadas por GEA.**

**El beneficiario deberá siempre autorizar, ya sea de palabra o por cualquier medio escrito a los médicos o instituciones médicas intervinientes a proporcionar a GEA toda información necesaria.**

**El afiliado debe identificarse como tal ante GEA para poder prestarle los servicios. Los datos a solicitar serán los siguientes:**

. Nombre completo

. DNI

### 3. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- DEFINICIONES

**Siempre que se utilicen en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye**

- a) **GEA:** Definido en el contrato principal del cual forma parte del presente documento.
- b) **CHUBB:** Definido en el contrato principal Del cual forma parte del presente documento.
- c) **AFILIADO:** Es la persona física que haya contratado a través de CHUBB los **SERVICIOS** de asistencia que presta GEA, y que efectivamente se encuentre registrado en la base de datos que envíe para tal efecto CHUBB a GEA.
- d) **SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados en el producto que haya sido contratado por el AFILIDADO.
- e) **SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Todo hecho o acto del hombre, que den derecho a la prestación de los **SERVICIOS**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.
- f) **EVENTO:** Es una **SITUACION DE ASISTENCIA** reportada por un **AFILIADO** que dé derecho a la prestación de uno de los **SERVICIOS**, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente Instrumento.
- g) **FAMILIAR:** Se refiere al padre o madre en caso sea soltero y cónyuge e hijos y/o dependientes económicos de un **AFILIADO** en caso sea casado.
- h) **FECHA DE INICIO:** Fecha a partir de la cual los **SERVICIOS** que ofrece **GEA**
- i) Estarán a disposición de los **AFILIADOS**. Esto es 48 (cuarenta y ocho) horas después de que el **AFILIADO** celebró el contrato correspondiente con **CHUBB**.
- j) **REPRESENTANTE:** Cualquier persona, sea o no acompañante del **AFILIADO** que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los **SERVICIOS**.
- k) **EQUIPO MÉDICO:** Es el personal médico y demás equipo asistencial de **GEA**, o subcontratado por **GEA**, apropiado para prestar servicios de Asistencia Pre- hospitalaria en urgencias médica a un **AFILIADO**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.
- l) **PROVEEDOR:** Es el personal (**MÉDICO Y/O TÉCNICO**) y demás equipo asistencial de **GEA**, o subcontratado por **GEA**, apropiado para prestar los **SERVICIOS** a un **AFILIADO**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.
- m) **CARENCIA:** Es el tiempo mínimo requerido de permanencia ininterrumpida y con posterioridad a la suscripción o **REACTIVACIÓN** del presente anexo, para que el **AFILIADO** pueda acceder a los diferentes servicios o beneficios.

4. **TERRITORIALIDAD:** Los servicios de asistencia se prestarán a nivel nacional, Lima y provincias.

5. **CONDICIONES PARTICULARES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ONCOLÓGICA CHUBB**

**GEA con su programa de Asistencia, brinda al Asegurado servicios, referencias y coordinaciones, ante cualquier eventualidad las 24 horas del día, los 365 días del año a los asegurados de los programas de seguros desarrollados por CHUBB. Con tan solo una llamada GEA dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención, sujetándose para ello a las condiciones particulares del programa.**

**Resumen de las Coberturas de Asistencia:**

**- PRODUCTO ASISTENCIA ONCOLÓGICA**

COBERTURA	MONTO MAXIMO	MAXIMO DE EVENTOS
Orientación Médica y Psicológica Telefónica Relacionada a la Enfermedad Oncológica:	ILIMITADO	ILIMITADO

## 6. DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA

### 6.1 ORIENTACIÓN MÉDICA Y PSICOLÓGICA TELEFÓNICA RELACIONADA A LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA:

El ASEGURADO, a través de un proveedor externo contratado por CHUBB Seguros, tendrá acceso al servicio de orientación telefónica médica y psicológica tanto para el titular como para el núcleo familiar, cualquier día de la semana las 24 (veinticuatro) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que pueda resolver sus consultas sobre alguna dolencia o situación relacionada con la enfermedad oncológica.

#### Condiciones Particulares

GEA no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones y los gastos en que incurra el AFILIADO correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el servicio se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Este servicio se prestará sin límite de montos y sin límite de eventos.

## 7. EXCLUSIONES GENERALES

A estas Condiciones Generales les son aplicables las exclusiones y limitaciones previstas para cada uno de los SERVICIOS. Es entendido que no son objeto de los servicios las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- a. La mala fe, fraude o abuso de confianza del AFILIADO, comprobada por el personal de GEA.
- b. El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia del AFILIADO en el procedimiento.
- c. Cuando la persona no se identifique como AFILIADO y/o BENEFICIARIO del programa “ASISTENCIA CAJA HUANCAYO ONCOLOGICO”.
- d. Cualquier servicio solicitado con más de 48 horas posteriores al momento de la emergencia.
- e. Cuando el AFILIADO incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este Anexo.
- f. Cuando el AFILIADO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente.
- g. Atención de Emergencia causadas por la práctica de deportes de alto riesgo.
- h. Servicios a LIBRE ELECCION, no autorizados por GEA.
- i. Procedimiento no autorizados por GEA.
- j. Cualquier cambio de los servicios que hayan sido solicitados directamente al PRESTADOR y que no esté dentro del alcance establecido en el servicio.
- k. La no utilización de alguno de los servicios estipulados anteriormente, no dará lugar a compensación de ningún tipo, perdiéndose el derecho sobre este beneficio.
- l. Consultas, Exámenes, tratamiento y procedimientos no autorizados por GEA.
- m. EMERGENCIA y/o ACCIDENTES originados directa o indirectamente por terremotos, inundaciones, energía, atómica, radiación, reacción nuclear, desastres naturales, o cualquier evento de la naturaleza, así como guerra (declarada o no), conmoción civil, revolución, asonada, participación activa en huelga y motines.
- n. EMERGENCIA y/o ACCIDENTES causadas o provenientes del uso o consumo de estupefacientes, alcohol y/o drogas, el tratamiento, daño auto - infringidos estando o no en uso de sus facultades mentales, así como aquellos sufridos como producto de la participación directa en actos calificados como fallas a la ley.
- o. Procedimientos médicos prestados por otras instituciones y médicos no adscritos a la RED DE PRESTADORES.
- p. Transporte que no sea prestado por Ambulancias legalmente autorizadas.
- q. Traslado de una clínica y hospital a otro centro de atención médica por necesidad de exámenes, por embarazo, por alta al domicilio.
- r. Suministros de audífonos, muletas, cabestrillo, aparatos ortopédicos de cualquier clase, fajas, corsetes, y adaptación de uno o cualquiera de ellos, insumos ortopédicos.
- s. Consultas, Exámenes, Tratamiento Ambulatorios y Hospitalizaciones, relacionados con delgadez, obesidad, bypass gástrico, enfermedades causadas a consecuencia de sobrepeso (excesivo) y/o por hábitos de fumador.

## 8. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO

Para acceder a esta asistencia el ASEGURADO deberá comunicarse telefónicamente al 0800 00569 (Provincia) o al 01 6164514 (Lima) suministrando al funcionario de la asistencia que atienda la llamada respectiva, su nombre completo y el número de su documento de identidad (DNI).

**En caso de que el AFILIADO no cumpla con los requisitos indicados, GEA no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con los SERVICIOS relacionados con el presente contrato ni frente a CHUBB ni frente al AFILIADO.**

#### **9. DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE ASISTENCIA**

**GEA informará CHUBB, en caso que, a juicio de GEA se presenten situaciones de uso indebido o de abuso en el uso por parte del AFILIADO de los servicios prestados por GEA bajo los diferentes programas de asistencia del presente documento, con el fin de tomar medidas correctivas. Como, por ejemplo, uso indebido del servicio, llamando a solicitar el mismo, alguna persona conocida del AFILIADO, usurpando a propósito su identificación con conocimiento del AFILIADO, con el objetivo de acceder al beneficio.**

#### **10. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS**

**Queda entendido que GEA podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate. En caso los servicios sean proporcionados por terceros, GEA será responsable solidaria por los mismos frente a los AFILIADOS y frente a CHUBB.**

**Los servicios a que se refiere estas condiciones generales, configuran la única obligación a cargo de GEA y/o su red de proveedores.**