

SEGURO PROTECCIÓN DE TARJETA PLUS

Tarjetas Asegurada(s)

Plan 4: Solo las tarjetas débito y crédito del ASEGURADO que hayan sido emitidas por el CONTRATANTE
 Plan 5: Todas las tarjetas débito y crédito del ASEGURADO que hayan sido emitidas por cualquier entidad del Sistema Financiero, salvo limitación expresa en el presente documento.
 En ningún caso se aseguran Tarjetas Adicionales de Usuarios Adicionales del ASEGURADO

Coberturas	Planes		Límites para Ambos planes
	Plan 4	Plan 5	
Uso indebido de tarjeta por Robo, Secuestro, Robo de efectivo por retiro en Cajero Automático y/o Ventanilla	Hasta S/ 5,000	Hasta S/ 5,000	Límite Asegurable por cada año de renovación del seguro: S/ 3,000 Máximo 2 eventos por cada año de vigencia de la Solicitud-Certificado Periodo de carencia: 60 días calendarios
Muerte por Robo o Secuestro luego de Retiro Renta Hospitalaria por Robo o Secuestro luego	S/ 15,000 S/ 90 por día	S/ 15,000 S/ 90 por día	Hasta 02 horas luego de realizado el retiro Hasta 02 horas luego de realizado el retiro
Compras Fraudulentas por Internet, Teléfono y Transferencias de Dinero Virtual (*)	Hasta S/ 3,000 como monto total para cualquiera de los eventos dentro de la cobertura	Hasta S/ 3,000 como monto total para cualquiera de los eventos dentro de la cobertura	Límite Asegurable por cada año de renovación del seguro: S/ 3,000 Máximo 2 eventos por cada año de vigencia de la Solicitud-Certificado
Compra Protegida	Hasta S/ 1,500 por evento	Hasta S/ 1,500 por evento	Límite Asegurable por cada año de renovación del seguro: S/ 1,500 Máximo 2 eventos por cada año de vigencia de la Solicitud-Certificado Deducible: S/ 100 Valor de adquisición: S/ 0

(*) Para la cobertura Compras Fraudulentas por Internet y Transferencias de dinero Virtual serán materia de cobertura únicamente las Tarjetas emitidas por EL CONTRATANTE tanto en el Plan 4 como el Plan 5.

Primas	Plan 4	Plan 5
Prima Comercial Mensual	S/3.39	S/4.24
Prima Comercial Mensual + IGV	S/4.00	S/5.00
Prima Comercial Anual	S/ 40.68	S/ 50.85
Prima Comercial Anual + IGV	S/ 48.00	S/ 60.00
Marcar con una X el plan elegido	()	()

La prima comercial incluye: Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 24.27% Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor: 4.85%/ J0830

MICROSEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL

Coberturas	Sumas Aseguradas y Límites	
	Plan 6	Plan 7
Muerte Accidental (*)	S/ 15,000	S/ 40,000
Invalidez Total y Permanente Por Accidente (*)	Suma Asegurada Máxima por cualquiera de las coberturas en total	Suma Asegurada Máxima por cualquiera de las coberturas en total
Auxilio Educativo	S/700 mensuales (Máximo 12 meses por cada año de vigencia de la Solicitud Certificado)	S/1,000 mensuales (Máximo 12 meses por cada año de vigencia de la Solicitud Certificado)
Desamparo Familiar Súbito	S/2,000	S/2,500
Desmembramiento por Accidente	S/7,000	S/10,000

(*) Las coberturas son excluyentes entre sí.

Beneficios Adicionales

Servicio de Asistencia Funeraria - Asesoría personalizada para trámites generales de sepelio - Arreglo estético de cuerpo - Tratamiento de conservación del cuerpo - Traslado e instalación del servicio al lugar de velación - Ataúd de madera modelo imperial - Capilla ardiente - Arreglo floral (lágrima) - Traslado del féretro en carroza - Coche para flores - Transmisión de mensajes urgentes - Asesoría legal telefónica en tramites funerarios - Referencia de cementerios públicos y privados a nivel nacional - Referencia de crematorios y cinerarios a nivel nacional	Monto Máximo de la totalidad de beneficios de la Asistencia Funeraria (Única Atención) S/ 1,500.00
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

(*) El servicio de Asistencia es brindado por VDR Asistencias S.A.C.. Para hacer uso de la misma, el familiar deberá comunicarse al (01) 475-1711 o 949098611 en un plazo no mayor a las 24 horas de ocurrido el deceso. El servicio se da a nivel nacional, las 24 horas y los 365 días del año. El detalle de los servicios y sus condiciones obran en el QR que obra al final del presente documento y en la Solicitud-Certificado que llegará a su correo electrónico.

Plan	Prima Comercial Mensual	Prima Comercial Mensual + IGV	Marcar plan elegido con una (X)
Plan 6	S/ 3.81	S/ 4.50	

Plan 7	S/ 5.93	S/ 7.00	
--------	---------	---------	--

La prima comercial incluye: Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 35.92% Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor: 4.85%/ J0830

Forma de Pago (Marcar la opción elegida): Con Cargo en Cuenta ()

Efectivo ()

En caso de haber elegido 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 cualquiera de sus cuentas con éste donde mantenga saldo acreedor.
- En caso de extravío, pérdida, robo o cambio de la tarjeta 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 usa las facultades antes expuestas, no será responsable de la suspensión, resolución 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.

Periodo de Gracia

90 días calendario

COMBO 4			
Riesgo	Cobertura Principal	Suma Asegurada	Límite
Protección de Tarjeta	Uso indebido de tarjeta por Robo, Secuestro, Hurto o Extravío.	Hasta S/ 5,000	Suma Asegurada Máxima por cada año de
	Robo de dinero luego del retiro en ventanilla o en Cajero	Hasta S/ 3,000	Suma Asegurada Máxima por Evento S/3,000
	Compras Fraudulentas por Internet y Teléfono.	Hasta S/ 1,500	Suma Asegurada Máxima por cada año de
Accidentes Personales	Muerte Accidental (*)	S/ 7,500	Suma Asegurada Máxima por cualquiera de las coberturas en total
	Invalidez Total y Permanente por Accidente (*)		
	Auxilio Educativo	S/ 400 mensuales	Máximo 12 meses
	Desmembramiento por Accidente	Hasta S/ 3,000	Máximo 1 evento por cada año de vigencia de la
	Desamparo Familiar Súbito	S/ 1,000	
Oncológico	Indemnización por Diagnóstico de Cáncer.	S/ 5,000	Periodo de Carencia: 60 días desde iniciada la
	Renta Hospitalaria por enfermedad Oncológica.	S/ 30 por cada 24 horas de internamiento	Máximo 180 días Periodo de Carencia: 60 días
	Indemnización por Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica.	S/ 2,000	Periodo de Carencia: 0 días

(*) Las coberturas son excluyentes entre sí.

Plan	Periodicidad de Pago/Vigencia	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV
rec	Mensual/ Mensual	S/ 6.36	S/ 7.50
Anual	Anual/ Anual	S/76.27	S/ 90.00

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Vigencia del Seguro

Vigencia del seguro: Anual Renovación: Automática

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

No aplica fin de vigencia en caso se haya venido renovando el seguro por cinco (5) años de forma continua e interrumpida

Beneficiario(s)

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.

Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites

Coberturas	Sumas Aseguradas y Límites		
	Plan 4	Plan 5	Plan 6
Diagnóstico de Enfermedad de Cáncer*	S/9,500	S/12,000	S/20,000
Renta Hospitalaria por Enfermedad	S/0.00	S/50 por día	S/60 por día
Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica	S/3,000	S/3,000	S/3,000

(*) Periodo de Carencia de 60 días

Beneficios Adicionales

Servicios de Asistencia SALUD (*)	Carencia	Coberturas (monto máximo en soles)	Eventos por año (máximo de eventos)
Orientación Medica Telefónica 24Horas	Sin carencia	Sin Limite	Sin Limite
Orientación Psicológica Oncológica Telefónica	Sin carencia	Sin Limite	Sin Limite
Orientación Nutricional Telefónica	Sin carencia	Sin Limite	6 eventos
Teleconsulta (virtual) en Medicina General	Sin carencia	Sin Limite	6 eventos
Teleconsulta (virtual) Psicólogo Oncológico	Sin carencia	Sin Limite	3 eventos
Consulta médica ambulatoria con Médico	30 días	Co-Pago Cliente S/25	4 eventos
Medicamentos derivados de la consulta	30 días	Hasta S/30 por evento	4 eventos
Mujer: Glándula, Tiroides, Piel, Mamas y Cuello Uterino	90 días	Hasta S/100 por evento	1 evento

Hombre: Palpación de testículo, de pene, tacto rectal	90 días	Hasta S/100 por evento	1 evento
-------------------------------------------------------	---------	------------------------	----------

(* El servicio es brindado por ADDIUIVA PERÚ, identificado con RUC 20604457255, llamando al teléfono (01) 643-4438. Horario de atención: 24 horas del día los 365 días del año.

Primas

Primas	Plan 4	Plan 5	Plan 6
Prima Comercial	S/3.39	S/4.24	S/5.08
Prima Comercial + IGV	S/4.00	S/5.00	S/6.00
Marcan Plan Elegido con una (X)			

Periodicidad de pago: Anual La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor: 6.31%/J0830 Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 29.13%

MICROSEGURO DE VIDA

Beneficiario(s)

Para la cobertura de Fallecimiento y Sepelio:

La cobertura se pagará a los Beneficiarios declarados líneas arriba por el ASEGURADO. En caso de no designarse Beneficiario(s) de este microseguro, la indemnización se pagará a los herederos legales del ASEGURADO. En caso de designarse más de un beneficiario y de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente: El ASEGURADO

Coberturas	Sumas Aseguradas y Límites	
	Plan A	Plan B
Fallecimiento	S/9,500	S/12,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/7,200	S/9,000
Sepelio	S/2,500	S/3,000

Beneficios Adicionales

Servicio de Asistencia Funeraria Límite de hasta S/2,000.00

(* El servicio de Asistencia es brindado por ADDIUIVA PERÚ, identificado con RUC 20604457255, llamando al teléfono (01) 643-4438. Para mayor información revise la solicitud certificado que recibirá por correo o el QR que obra al final del presente documento.

Prima

Primas	Plan A	Plan B
Prima Comercial Mensual	S/3.81	S/4.66
Prima Comercial Mensual + IGV	S/4.50	S/5.50
Marcan Plan Elegido con una (X)		

La prima comercial incluye: Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 38.84% Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor: 6.31%/J0830

SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN

Beneficiario(s)

Para la cobertura de Muerte Accidental (Indemnización por Sepelio): El pago se ejecutará a los Beneficiarios elegidos por el ASEGURADO en arriba. 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.

Para las coberturas Renta Hospitalaria por Enfermedad: El ASEGURADO.

Coberturas	Sumas Aseguradas y Límites	
	Plan 1	
Renta Hospitalaria por Enfermedad o Accidente	S/100 por cada 24 horas de internamiento. Máximo 365 días de internamiento.	
Muerte Accidental (Indemnización por Sepelio)	S/ 1,000	

Primas

Prima Comercial: S/5.51

Prima Comercial + IGV: S/6.50

SEGURO DE DESEMPLEO

Beneficiario(s)

Para la cobertura de Muerte Accidental: Se pagará a los beneficiarios listado en el siguiente cuadro. En caso de no designarse Beneficiarios, la indemnización se pagará a los herederos legales del Asegurado.

Para las demás coberturas: el CONTRATANTE

Coberturas (*)	Suma Asegurada Máxima		
	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Desempleo Involuntario e Injustificado (**)	Hasta 05 cuotas de la deuda contraída con el CONTRATANTE un valor máximo de S/1,000 por cada cuota	Hasta 05 cuotas de la deuda contraída con el CONTRATANTE un valor máximo de S/2,000 por cada cuota	Hasta 05 cuotas de la deuda contraída con el CONTRATANTE un valor máximo de S/3,000 por cada cuota
Invalidez Temporal (**)			
Muerte Accidental	S/5,000	S/5,000	S/5,000

(* El presente producto no contempla la cobertura de incendio y/o Rayo ni Invalidez Total y Permanente por Accidente que figura en el Condicionado General(**) Las coberturas de Desempleo Involuntario e Injustificado y la de Invalidez Temporal son excluyentes entre sí y por el valor máximo señalado en el rubro "Suma Asegurada Máxima".

Tasa	Plan 1	Plan 2	Plan 3
------	--------	--------	--------

Prima Comercial Mensual	1.7006% sobre el valor de la cuota del crédito adquirido por el CONTRATANTE	3.0922% sobre el valor de la cuota del crédito adquirido por el CONTRATANTE	4.9474% sobre el valor de la cuota del crédito adquirido por el CONTRATANTE
Prima Comercial Mensual + IGV	2.0068% sobre el valor de la cuota del crédito adquirido por el CONTRATANTE	3.6488% sobre el valor de la cuota del crédito adquirido por el CONTRATANTE	5.8379% sobre el valor de la cuota del crédito adquirido por el CONTRATANTE
Marcan Plan Elegido con una (X)			

Plan elegido: _____

Prima Bruta Total: (Cuota del Crédito * Plazo del Crédito * Prima Comercial + IGV)

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor: 9.71%/J0830

La prima comercial incluye: Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 40.78%

Frecuencia de pago: Pago único adelantado

Forma de pago: _____

SEGURO DE PROTECCIÓN FAMILIAR

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Los beneficiarios declarados se considerarán para la cobertura de Muerte Accidental. En caso no se hayan designado porcentajes, se pagará a cada uno de los Beneficiarios descritos en el presente documento en alícuotas iguales. Asimismo, en caso de no haberse designado ningún beneficiario se pagará en alícuotas iguales a los herederos legales

COBERTURAS, PRIMAS Y LIMITACIONES DEL SEGURO

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Accidental	S/5,000.00

BENEFICIOS BRINDADOS POR EL SERVICIO DE ASISTENCIA (*)

DETALLE	CANTIDAD DE EVENTOS		COPAGO	CUBIERTO AL
	PLAN 1 (INDIVIDUAL)	PLAN 2(FAMILIAR)		
Telemedicina				
Teleconsultas con Triage Digital "Selfie Salud": Consultas médicas a través de videollamada o llamada en las especialidades de Medicina General, Pediatría, Ginecología y Urología*. Incluye el servicio de Triage Digital con Selfie Salud, una tecnología de inteligencia artificial aprobada por la FDA que permite la medición remota de signos vitales en tiempo real mediante escaneo facial durante la videollamada. Los signos vitales evaluados incluyen Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Saturación de Oxígeno, Presión Arterial e Índice de Estrés. * El triaje digital con Selfie Salud está dirigido exclusivamente a personas de 18 años a más y aplica a todas las especialidades mencionadas, excepto pediatría. A partir de las 72 horas desde la afiliación.	Ilimitado	Ilimitado	Sin copago	100%
Medicamentos genéricos en Farmacias afiliadas: Derivados de la Teleconsulta, en presentación genérica y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta (Tratamiento máximo de 15 días). A partir de las 72 horas desde la afiliación.	Ilimitado	Ilimitado	Sin copago	100%
Orientación Médica telefónica: En Medicina General y Pediatría las 24 horas los 365 días del año. No incluye medicamentos ni exámenes auxiliares. A partir de las 72 horas desde la afiliación.	Ilimitado	Ilimitado	Sin copago	100%
Atención Ambulatoria				
Atención ambulatoria: Consultas médicas ambulatorias en las especialidades de Medicina General, Pediatría, Ginecología y Urología, según solicite el beneficiario en nuestra red médica a nivel nacional. A partir de las 72 horas desde la afiliación.	6 eventos al año	10 eventos al año (Por grupo familiar)	S/15.00	100%
Medicamentos genéricos en los Centros Médicos de la Red Médica o en Farmacias afiliadas: Derivados de la Atención ambulatoria, en presentación genérica y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta Tratamiento máximo de 15 días. A partir de las 72 horas desde la afiliación.	6 eventos al año	10 eventos al año (Por grupo familiar)	Sin copago	100%
Exámenes de laboratorio: Derivados de la Atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta. Se cubren los exámenes indicados en el presente documento. A partir de las 72 horas desde la afiliación.	6 eventos al año	6 eventos al año (Por grupo familiar)	Sin copago	100%
Imagenología: Derivados de la Atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta. Las imágenes cubiertas son Rayos X, ecografías y tomografías convencionales sin contraste. A partir de las 72 horas desde la afiliación.	2 eventos al año	2 eventos al año (Por grupo familiar)	Sin copago	100% Hasta S/150.00 por evento
Médico a domicilio				
Médico a domicilio: Servicio a domicilio con médico de Medicina General, según límites geográficos del proveedor. No incluye medicamentos ni exámenes auxiliares. No cubre urgencias, ni emergencias médicas. A partir de las 72 horas desde la afiliación.	2 eventos al año	2 eventos al año (Por grupo familiar)	S/50.00	100%
Chequeo Preventivo				

Chequeo preventivo Infantil Para beneficiarios menores a 15 años. Incluye: cita médica en Pediatría; control de peso y talla; y los siguientes exámenes: test de Graham, parasitología simple y hemoglobina. La lectura de resultados se realiza por teleconsulta. (*) Para la Asistencia Médica con frecuencia de pago mensual, el beneficio se brinda a partir del 6to mes de permanencia .	1 evento al año	1 evento al año (Por grupo familiar)	Sin copago	100%
Chequeo preventivo Adulto: Para beneficiarios de 15 a 69 años. Incluye: cita médica en Medicina General; control peso y talla; y los siguientes exámenes: hemograma, orina completa, triglicéridos y glucosa. La lectura de resultados se realiza por teleconsulta. (*) Para la Asistencia Médica con frecuencia de pago mensual, el beneficio se brinda a partir del 6to mes de permanencia .				

FRECUENCIA DE ATENCIÓN PARA ASISTENCIA MÉDICA:

Son las atenciones máximas por periodo (**). En caso el Titular y/o Beneficiario no llegue hacer uso durante el periodo, las atenciones se acumulan para el siguiente.

Detalle	Plan 1(Individual)	Plan 2 (Familiar)
Teleconsultas y medicamentos genéricos derivados de las teleconsultas.	1 evento cada 7 días	1 evento cada 7 días
Atención ambulatoria en nuestra Red Médica y medicamentos genéricos.	1 evento cada mes para el Titular	1 evento cada mes, por grupo familiar
Exámenes de laboratorio derivados de la atención ambulatoria.	1 evento cada bimestre para el Titular	1 evento cada bimestre, por grupo familiar
Imagenología derivada de la atención ambulatoria.	1 evento cada semestre para el Titular	1 evento cada semestre, por grupo familiar
Médico a domicilio	1 evento cada semestre para el Titular	1 evento cada semestre, por grupo familiar

(*) El servicio de asistencia es brindado por HEALTH CARE ADMINISTRATION RED SALUD S.A.C. identificada con RUC 20600258894. Para ello, el ASEGURADO deberá comunicarse al (01) 445-3019 o escribir al Whatsapp 924 843 520 a fin de solicitar alguno de los servicios correspondientes de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. Aplican términos y condiciones en el Manual de uso de beneficio de Asistencia Protección Familiar previsto al final del presente documento.

(**) Solo aplica para planes mensuales

CONTRAPRESTACIÓN TOTAL

Plan Elegido	Vigencia /Periodicidad de Pago	Prima Comercial Chubb	Prima Comercial Chubb + IGV	Contraprestación Asistencia Red Salud	Valor Total de Combo	Valor Total Combo + IGV
Plan 1	Mensual/Mensual	S/ 5.18	S/ 6.11	S/ 11.77	S/ 16.95	S/ 20.00
Plan 1	Anual/Anual	S/ 43.94	S/ 51.85	S/ 66.23	S/ 110.17	S/ 130.00
Plan 2	Mensual/Mensual	S/ 14.22	S/ 16.78	S/ 11.20	S/ 25.42	S/ 30.00
Plan 2	Anual/Anual	S/ 53.36	S/ 62.97	S/ 128.84	S/ 182.20	S/ 215.00

SEGURO ONCOCUIDADO

COBERTURAS PRINCIPALES*	SUMA ASEGURADA
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO SOLO PARA CÁNCER	Hasta S/ 60,000 Renovable al año
INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO AL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA	Hasta S/ 3,500

*Condición de Coberturas principales y cobertura adicional: Periodo de Carencia de 90 días.

PRIMA COMERCIAL: Marcar la opción a elegir

RANGO DE EDADES	PRIMA COMERCIAL MENSUAL + (IGV)	PRIMA COMERCIAL ANUAL + (IGV)
De 0 - 40	S/ 12.90	S/ 148.50
De 41 - 55	S/ 20.20	S/ 232.10
De 56 a más años (*)	S/ 23.10	S/ 265.80

DETALLE DE COBERTURA	COBERTURA	COPAGO
FASE DIAGNÓSTICA: Prestaciones médicas ambulatorias (consultas, honorarios profesionales, procedimientos y cirugía ambulatoria, así como los exámenes de laboratorio, imágenes y patología) necesarias establecer un diagnóstico definitivo.	100%	Ninguno
Honorarios médicos por consultas o teleconsultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.	100%	Ninguno
QUIMIOTERAPIA: Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. Incluye la pre medicación y vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia.	100%	Ninguno
Hormonoterapia farmacológica convencional: Medicamentos convencionales para modular las hormonas del organismo atenuando el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores.	100%	Ninguno
Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico.	100%	Ninguno
Radioterapia: Radioterapia Tridimensional, Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada, Radioterapia de Intensidad Modulada, Radiocirugía Estereotáxica, Radioterapia Estereotáxica Extra Cerebral, Radioterapia Intraoperatoria, Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Servicio solo disponible en Lima.	100%	Ninguno
Servicios de apoyo al tratamiento: exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	Ninguno
Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela.	100%	Ninguno
Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Servicio disponible solo en Lima.	100%	Ninguno
Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma): se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas.	100%	Ninguno
Nutrición Parenteral Total (NPT): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	100%	Ninguno

Kit de colostomía e ileostomía insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía.	100%	Ninguno
Kit de urostomía insumo y equipamiento a paciente con urostomía por causa oncológica.	100%	Ninguno
Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos del sistema musculoesquelético, inclusive en cara y por amputación de extremidades (no incluye genitales), en el mismo acto operatorio extractivo y no cosmético.	100%	Ninguno
Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico únicamente las patologías que se presentan a consecuencia de la enfermedad oncológica o luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico, descritas en las prestaciones generales.	100%	Ninguno
Material de Osteosíntesis: para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.	100%	Ninguno
Control ambulatorio de pacientes oncológicos con 5 años de evolución sin enfermedad activa.	100%	Ninguno
Prótesis de mama para pacientes con mastectomía por cáncer de mama. Por única vez por mama.	100%	Ninguno
Medicina Integrativa: Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes:	100%	Ninguno
Terapia física: Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) meses posteriores a la cirugía antes descrita. En el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; terapia física post cirugía encefálica; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar.	100%	Ninguno
Foniatría: Hasta doce (12) sesiones programadas. Servicio disponible solo en Lima.	100%	Ninguno
Prótesis Testicular post orquidectomía para pacientes de cáncer de testículo y próstata	100%	Ninguno
Segunda Opinión Médica Nacional: Bajo revisión de la junta médica permanente de la IAFAS y con el soporte de los comités multidiciplinarios de alta complejidad de la RED AUNA.	100%	Ninguno
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos	100%	Ninguno
Alimentación para un acompañante de pacientes pediátricos (menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad) durante el tiempo que dure la hospitalización.	100%	Ninguno
Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: Un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias (según dirección estipulada en DNI) y con destino al lugar de tratamiento.	100%	Ninguno
Sedación de pacientes pediátricos	100%	Ninguno
Tutoría Médica y Ejecutiva de Acompañamiento al Paciente	100%	Ninguno
Chequeo oncológico: Conjunto de exámenes para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas. Asimismo, con la evaluación inicial de salud se busca identificar factores de riesgo cardiovascular.	El deducible, cobertura, así como el detalle y la periodicidad de los exámenes que incluye el Chequeo oncológico y evaluación inicial de salud están publicados en nuestra página web: https://oncosalud.pe/documentos-interes	

(*) El servicio de tratamiento oncológico es brindado por Oncosalud identificado con Ruc 20101039910 para ello, el Asegurado deberá comunicarse al (01) 513-7900 y al correo contacto@oncosalud.pe. Para el caso de provincias, el asegurado podrá realizar este trámite en sedes locales en red Oncosalud que se encuentran publicadas en web institucional www.oncosalud.pe. a fin de solicitar los servicios correspondientes.