

Seguro Oncológico

Solicitud-Certificado N° _____

Código SBS: AE2036400034
Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias
Póliza No: 34-29648 (Anual) / 34-29872 (Bianual)

Empresa 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.	

Datos del Seguro	
Vigencia del seguro (marcar opción elegida):	Anual () Bianual ()
Renovación: Automática	
Fecha de Inicio: <u>Desde la fecha del pago del seguro que figura en el comprobante/ voucher.</u>	
Fecha de término: <u>A las 23:59 horas del último día de vigencia, según la cantidad de meses contratados 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 (5) años de forma continua e ininterrumpida.</u>	

CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR	
Razón Social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES S.A.	
RUC: 20322445564	
Dirección: Jr. Junín N° 129, Cercado, Puno.	
Teléfono: (051) 60 0252	Página web: https://losandes.pe/

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

Coberturas y Sumas Aseguradas del Seguro	
Coberturas	Suma Asegurada 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/20,000.00 Periodo de Carencia: 60 días
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, sin considerar convalecencia , si como consecuencia de una enfermedad Oncológica, debidamente certificada por un médico a través de un examen de anatomía patológica, haya sido necesaria su hospitalización, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.	S/70 por día Máximo 15 días 1 evento al año Periodo de Carencia: 60 días
Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica: 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 COMPAÑÍA pagará los beneficios descritos en el presente documento, en los plazos y términos que se señalan en la misma.	S/2,000.00

	Prima Comercial Chubb	Prima Comercial Chubb +IGV	Contraprestación Asistencia	Valor Total de Combo	Valor Total Combo + IGV
Plan Anual	S/ 47.86	S/ 56.48	S/ 11.46	S/ 59.32	S/ 70.00
Plan Bianual	S/ 88.55	S/ 104.50	S/ 21.61	S/ 110.16	S/ 130.00

La prima comercial incluye:
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 34.18%
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: SBS J0193 /9.8%

Seguro Oncológico

Solicitud-Certificado N° _____

Código SBS: AE2036400034
Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias
Póliza No: 34-29648 (Anual) / 34-29872 (Bianual)

Empresa 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.	

Datos del Seguro	
Vigencia del seguro (marcar opción elegida):	Anual () Bianual ()
Renovación: Automática	
Fecha de Inicio: <u>Desde la fecha del pago del seguro que figura en el comprobante/ voucher.</u>	
Fecha de término: <u>A las 23:59 horas del último día de vigencia, según la cantidad de meses contratados 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 (5) años de forma continua e ininterrumpida.</u>	

CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR	
Razón Social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES S.A.	
RUC: 20322445564	
Dirección: Jr. Junín N° 129, Cercado, Puno.	
Teléfono: (051) 60 0252	Página web: https://losandes.pe/

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

Coberturas y Sumas Aseguradas del Seguro	
Coberturas	Suma Asegurada 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/20,000.00 Periodo de Carencia: 60 días
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, sin considerar convalecencia , si como consecuencia de una enfermedad Oncológica, debidamente certificada por un médico a través de un examen de anatomía patológica, haya sido necesaria su hospitalización, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.	S/70 por día Máximo 15 días 1 evento al año Periodo de Carencia: 60 días
Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica: 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 COMPAÑÍA pagará los beneficios descritos en el presente documento, en los plazos y términos que se señalan en la misma.	S/2,000.00

	Prima Comercial Chubb	Prima Comercial Chubb +IGV	Contraprestación Asistencia	Valor Total de Combo	Valor Total Combo + IGV
Plan Anual	S/ 47.86	S/ 56.48	S/ 11.46	S/ 59.32	S/ 70.00
Plan Bianual	S/ 88.55	S/ 104.50	S/ 21.61	S/ 110.16	S/ 130.00

La prima comercial incluye:
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 34.18%
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: SBS J0193 /9.8%

Periodicidad de pago:

- Pago Anual en caso de Vigencia Anual
- Pago Bianual en caso de Vigencia Bianual

Forma de Pago:

Siempre en efectivo

Servicios de la Asistencia (*)

Servicio de Asistencia (*)	Monto Máximo	N° Máximo de Eventos al año de vigencia
Orientación médica virtual (medicina general)	Ilimitado	Sin límites
Orientación psicológica virtual	Ilimitado	4 eventos en el año
Orientación nutricional virtual	Ilimitado	4 eventos en el año
Descuentos en medicamentos en red de farmacia	10% descuento hasta máximo S/20	2 eventos en el año
Contenido de bienestar físico	Ilimitado	Ilimitado
Contenido de bienestar nutricional	Ilimitado	Ilimitado
Contenido de bienestar financiero	Ilimitado	Ilimitado
Taxi para retorno de quimioterapia	Hasta S/50	1 evento en el año
Servicio de traslado médico terrestre (ambulancia)	Hasta S/250	1 evento en el año

(*) El servicio de asistencia es brindado Total Assist S.A.C. con RUC 20610578528. Para hacer uso de este beneficio el ASEGURADO debe comunicarse al (+51) 981935676 o al buzón de correo: contacto@totalassist.com.pe, en horario lunes a viernes de 09:00am a 18:00pm / sábados de 09:00am a 13:00pm. Aplican términos y condiciones detallados al final del presente documento.

Beneficiarios del Seguro:

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:

Nombres y apellidos	Relación con el Asegurado Titular	Porcentaje
	TOTAL	100%

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.

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

Requisitos de asegurabilidad
Edad mínima de entrada: 18 años Edad máxima de entrada: 69 años y 364 días Edad máxima de permanencia: 74 años y 364 días. En tanto no haya renovado su seguro durante 5 años continuos e interrumpidos.

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 se deberá seguir el procedimiento establecido en el artículo 17° a las Clausulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

Periodicidad de pago:

- Pago Anual en caso de Vigencia Anual
- Pago BIANUAL en caso de Vigencia BIANUAL

Forma de Pago:

Siempre en efectivo

Servicios de la Asistencia (*)

Servicio de Asistencia (*)	Monto Máximo	N° Máximo de Eventos al año de vigencia
Orientación médica virtual (medicina general)	Ilimitado	Sin límites
Orientación psicológica virtual	Ilimitado	4 eventos en el año
Orientación nutricional virtual	Ilimitado	4 eventos en el año
Descuentos en medicamentos en red de farmacia	10% descuento hasta máximo S/20	2 eventos en el año
Contenido de bienestar físico	Ilimitado	Ilimitado
Contenido de bienestar nutricional	Ilimitado	Ilimitado
Contenido de bienestar financiero	Ilimitado	Ilimitado
Taxi para retorno de quimioterapia	Hasta S/50	1 evento en el año
Servicio de traslado médico terrestre (ambulancia)	Hasta S/250	1 evento en el año

(*) El servicio de asistencia es brindado Total Assist S.A.C. con RUC 20610578528. Para hacer uso de este beneficio el ASEGURADO debe comunicarse al (+51) 981935676 o al buzón de correo: contacto@totalassist.com.pe, en horario lunes a viernes de 09:00am a 18:00pm / sábados de 09:00am a 13:00pm. Aplican términos y condiciones detallados al final del presente documento.

Beneficiarios del Seguro:

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:

Nombres y apellidos	Relación con el Asegurado Titular	Porcentaje
	TOTAL	100%

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.

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

Requisitos de asegurabilidad

Edad mínima de entrada: 18 años
Edad máxima de entrada: 69 años y 364 días
Edad máxima de permanencia: 74 años y 364 días. En tanto no haya renovado su seguro durante 5 años continuos e interrumpidos.

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 se deberá seguir el procedimiento establecido en el artículo 17° a las Clausulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO 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 del Seguro

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

Para La cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:

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

Para la 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 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 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 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) 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.

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 la Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica

Procedimiento para Solicitar la Cobertura en caso de Siniestro de Seguro:

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, 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 del 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 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.
- c) Comprobantes de pago emitidos por la entidad médica que brindó la atención, conforme a la normativa vigente.

Para la cobertura de 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 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.
- c) Comprobantes de pago emitidos conforme a ley por las instituciones hospitalarias.

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, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente. El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta LA COMPAÑÍA para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

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

Terminación del Seguro

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

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

Medios Habilitados para presentar consultas y/o reclamos:

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

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

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

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro, 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 2:00pm

(**) 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 Periodo de Carencia, en caso lo hubiere, será determinado en la Solicitud-Certificado

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.

Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales, considerándose como tal el uso de correos electrónicos si es que fue pactado como medio de comunicación. 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 este contrato de seguro.

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito o por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la solicitud de seguro (electrónicas o telefónicas), con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

Solicitud de Cobertura Fraudulenta

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho previsto en este seguro:

- Si el ASEGURADO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas
- Si en cualquier tiempo, el ASEGURADO y/o terceras personas que obren por cuenta de estos con representación o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Cobertura.
- Si la pérdida ha sido causada voluntariamente por el ASEGURADO, o con su complicidad o con su consentimiento.

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.
- Los Comprobantes de Pago Electrónicos pueden ser descargados ingresando al portal: www.gosocket.net.
- Para el caso de los Comprobantes de Pago Electrónicos emitidos a adquirientes o usuarios no electrónicos (Personas Naturales que califiquen) según las normas de Emisión Electrónica, estos se consideran otorgados, cuando sean entregados o puestos a disposición mediante una representación impresa. Dichos comprobantes se encuentran a su disposición en las oficinas de la COMPAÑÍA para proceder a su entrega según su requerimiento.
- **El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.**
- **Dentro de la vigencia del contrato de seguro el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.**

Autorización de 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 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. 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 Rujo 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, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

EL ASEGURADO AUTORIZA:
(marcar con una X)

_____Sí

_____No

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.

Mediante la suscripción del presente documento el ASEGURADO titular acepta la contratación del SEGURO previamente descrito, correspondiente a Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros y el servicio de ASISTENCIA descrito a continuación, brindado por TOTAL ASSIST S.A.C

Fecha de emisión: _____



Juan Carlos Puyó de Zavala
CHUBB SEGUROS PERÚ S.A

ASEGURADO

El ASEGURADO AUTORIZA:
(marcar con una X)

_____Sí

_____No

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.

Mediante la suscripción del presente documento el ASEGURADO titular acepta la contratación del SEGURO previamente descrito, correspondiente a Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros y el servicio de ASISTENCIA descrito a continuación, brindado por TOTAL ASSIST S.A.C

Fecha de emisión: _____



Juan Carlos Puyó de Zavala
CHUBB SEGUROS PERÚ S.A

ASEGURADO

CONDICIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

1. Zonas de cobertura: todas las asistencias por traslados detalladas en el plan serán brindadas únicamente al titular de la póliza contratada dentro de un radio no mayor a veinticinco (25) kilómetros de lugar donde domicilie el paciente y siempre en zona urbana. No aplica para traslados desde o hacia zona rural, fuera de la ciudad.
2. Reembolsos: de forma excepcional y mediando autorización previa por parte de Total Assist, el asegurado puede asumir el costo de la asistencia y solicitar el respectivo reembolso hasta por los límites señalados en el plan, para lo cual se deberá presentar una factura considerando los siguientes datos:

Razón social	Total Assist S.A.C.
R.U.C.	20610578528
Domicilio	Alameda María Reiche Neumann 366, Dpto. 402, Urb. Torres de San Borja, San Borja, Lima

Los pagos se procesarán dentro de los siete (7) días hábiles de presentada la correspondiente factura, número de cuenta, código de cuenta interbancario (CCI), nombres, apellidos, D.N.I. y solicitud aprobada de reembolso del titular o destinatario al siguiente correo: contacto@totalassist.com.pe

El beneficio de reembolso debe ser coordinado y aprobado con la presente empresa de asistencia, siempre que no exista proveedor. Sin autorización ni coordinación no procederá la solicitud de reembolso. Los reembolsos no aplican para medicamentos.

3. Central de atención y horarios: cualquier solicitud de traslados debe ser requerida mediante la central de atención de Total Assist de acuerdo al siguiente detalle:

Correo electrónico contacto@totalassist.com.pe

Correo electrónico	contacto@totalassist.com.pe
Teléfono	51 981935676
WhatsApp	51 981935676
Horario de atención	Lunes a Viernes de 09:00am a 18:00pm / Sábados de 09:00am a 13:00pm

Cualquier coordinación realizada fuera de los canales u horario indicados en el párrafo precedente no generará responsabilidad de Total Assist en caso de incumplimiento o demora.

Atenciones realizadas fuera de horario se tomará como computo de plazo para atenciones el siguiente día hábil correspondiente.

4. Reajuste de precios: De forma semestral, el precio está sujeto a revisión de siniestralidad en caso se supere el 60% del costo del producto.
5. La Orientación médica virtual (medicina general), Orientación psicológica virtual y Orientación nutricional virtual será brindado por Kunan Salud a través de la app Kunan Salud, que la pueden encontrar en Google Play Store o App Store. Para el envío de medicamentos de igual manera, previamente el cliente deberá pasar por una consulta con medicina general por la app de Kunan Salud para luego proceder con la coordinación del descuento, la misma que será través de la app.
6. Los contenidos de bienestar serán brindados por Kunan Salud a través de la app Kunan Salud, que la pueden encontrar en Google Play Store o App Store.
7. Servicio de traslado médico terrestre (ambulancia):
 - a. Aplica sólo al titular de la póliza contratada para traslados por emergencia a pacientes diagnosticados con cáncer (paciente oncológico) cuya póliza haya sido activada.
 - b. El traslado en ambulancia se brindará en unidades Tipo 1 que, de acuerdo con la directiva del Ministerio de Salud, contará con un técnico en urgencias y/o enfermera. En caso el paciente requiera de un tipo de ambulancia distinto, previa coordinación y autorización, TOTAL ASSIST podrá enviar la unidad, quedando el cliente obligado al pago adicional que ello represente por sobre el valor detallado en el plan. Esta alternativa está sujeta a disponibilidad de proveedores por zona y horario. No está incluido en esta asistencia los traslados en ambulancia por motivos de salud o emergencia ajenos al supuesto señalado en el literal precedente.

c. Sujeto a disponibilidad horaria.

d. El servicio de traslado en ambulancias será proporcionado por proveedores afiliadas a TOTAL ASSIST de acuerdo con disponibilidad de unidades. De forma excepcional y mediando autorización previa por parte de TOTAL ASSIST, el asegurado puede asumir el costo de la asistencia y solicitar el respectivo reembolso hasta por los límites señalados en el plan, solicitando la respectiva factura conforme se indica en el numeral 2.

e. Toda asistencia deberá ser previamente coordinada con no menos de veinticuatro (24) horas útiles a la central de TOTAL ASSIST. La empresa no asume responsabilidad en caso no se cumpla con esta coordinación previa por si no existieran proveedores disponibles para la prestación del servicio.

8. Traslado en Taxi para retorno de Quimioterapia

a. Aplica sólo al titular de la póliza contratada para traslados para retorno de quimioterapia a pacientes diagnosticados con cáncer (paciente oncológico) cuya póliza haya sido activada.

b. El servicio de traslado en taxi será proporcionado por Ruta(s) afiliadas a TOTAL ASSIST de acuerdo con disponibilidad de unidades. De forma excepcional y mediando autorización previa por parte de TOTAL ASSIST, el asegurado puede asumir el costo de la asistencia y solicitar el respectivo reembolso hasta por los límites señalados en el plan, solicitando la respectiva factura conforme se indica en el numeral 2.

c. Toda asistencia deberá ser previamente coordinada con no menos de veinticuatro (24) horas útiles a la central de TOTAL ASSIST. La empresa no asume responsabilidad en caso no se cumpla con esta coordinación previa por si no existieran proveedores disponibles para la prestación del servicio.