

**Datos Generales de la Solicitud-Certificado**

Inicio de vigencia: Las 12 hrs. del \_\_\_\_  
 Fin de vigencia: Las 12 hrs. del \_\_\_\_, cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero.  
 Renovación: Automática  
 Vigencia: Mensual/Anual según elección del cliente en el rubro contraprestación total.

**Compañía de Seguros (La Compañía)**

Denominación Social: Chubb Seguros Perú S.A. RUC: 20390625007  
 Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 267 - Of. 402, San Isidro Teléfono: 417-5000  
 Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com Página Web: www.chubb.com/pe

**Contratante**

Razón Social: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE AREQUIPA S.A RUC: 20100209641  
 Dirección: Cal. La Merced N° 106. Urb. Cercado, Arequipa. Teléfono:+51 54 380670  
 Correo Electrónico:

**Asegurado Titular**

Nombres y Apellidos:  
 Fecha de Nacimiento: Tipo y N° Doc. Identidad:  
 Dirección: Distrito:  
 Provincia: Departamento:  
 Teléfono: Correo Electrónico:  
 Relación con el Contratante: Cliente

**Requisitos para ser Asegurado**

Edad mínima de ingreso: 18 años  
 Edad máxima de ingreso: Hasta 69 años (cumplidos)  
 Edad máxima de permanencia: Hasta 69 años y 364 días

**Beneficiarios****Para la cobertura de Muerte Accidental:**

Nombres y Apellidos	% de Capital	Relación con el ASEGURADO

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.

**Descripción del Interés Asegurado**

Proteger al ASEGURADO contra el riesgo de fallecimiento por causa de un accidente.

**Coberturas, primas y limitaciones del SEGURO****Para Plan Individual y Plan Familiar:**

Coberturas	S/
Muerte Accidental	<b>S/ 1,000 .00</b>
Muerte Natural	
Renta Hospitalaria por Accidente	<b>S/ 45.00</b>
<b>Máximo cobertura: 30 días durante el año de vigencia</b>	

**Datos Generales de la Solicitud-Certificado**

Inicio de vigencia: Las 12 hrs. del \_\_\_\_  
 Fin de vigencia: Las 12 hrs. del \_\_\_\_, cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero.  
 Renovación: Automática  
 Vigencia: Mensual/Anual según elección del cliente en el rubro contraprestación total.

**Compañía de Seguros (La Compañía)**

Denominación Social: Chubb Seguros Perú S.A. RUC: 20390625007  
 Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 267 - Of. 402, San Isidro Teléfono: 417-5000  
 Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com Página Web: www.chubb.com/pe

**Contratante**

Razón Social: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE AREQUIPA S.A RUC: 20100209641  
 Dirección: Cal. La Merced N° 106. Urb. Cercado, Arequipa. Teléfono:+51 54 380670  
 Correo Electrónico:

**Asegurado Titular**

Nombres y Apellidos:  
 Fecha de Nacimiento: Tipo y N° Doc. Identidad:  
 Dirección: Distrito:  
 Provincia: Departamento:  
 Teléfono: Correo Electrónico:  
 Relación con el Contratante: Cliente

**Requisitos para ser Asegurado**

Edad mínima de ingreso: 18 años  
 Edad máxima de ingreso: Hasta 69 años (cumplidos)  
 Edad máxima de permanencia: Hasta 69 años y 364 días

**Beneficiarios****Para la cobertura de Muerte Accidental:**

Nombres y Apellidos	% de Capital	Relación con el ASEGURADO

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.

**Descripción del Interés Asegurado**

Proteger al ASEGURADO contra el riesgo de fallecimiento por causa de un accidente.

**Coberturas, primas y limitaciones del SEGURO****Para Plan Individual y Plan Familiar:**

Coberturas	S/
Muerte Accidental	<b>S/ 1,000 .00</b>
Muerte Natural	
Renta Hospitalaria por Accidente	<b>S/ 45.00</b>
<b>Máximo cobertura: 30 días durante el año de vigencia</b>	

**Datos Generales de la Solicitud-Certificado**

Inicio de vigencia: Las 12 hrs. del \_\_\_\_  
 Fin de vigencia: Las 12 hrs. del \_\_\_\_, cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero.  
 Renovación: Automática  
 Vigencia: Mensual/Anual según elección del cliente en el rubro contraprestación total.

**Compañía de Seguros (La Compañía)**

Denominación Social: Chubb Seguros Perú S.A. RUC: 20390625007  
 Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 267 - Of. 402, San Isidro Teléfono: 417-5000  
 Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com Página Web: www.chubb.com/pe

**Contratante**

Razón Social: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE AREQUIPA S.A RUC: 20100209641  
 Dirección: Cal. La Merced N° 106. Urb. Cercado, Arequipa. Teléfono:+51 54 380670  
 Correo Electrónico:

**Asegurado Titular**

Nombres y Apellidos:  
 Fecha de Nacimiento: Tipo y N° Doc. Identidad:  
 Dirección: Distrito:  
 Provincia: Departamento:  
 Teléfono: Correo Electrónico:  
 Relación con el Contratante: Cliente

**Requisitos para ser Asegurado**

Edad mínima de ingreso: 18 años  
 Edad máxima de ingreso: Hasta 69 años (cumplidos)  
 Edad máxima de permanencia: Hasta 69 años y 364 días

**Beneficiarios****Para la cobertura de Muerte Accidental:**

Nombres y Apellidos	% de Capital	Relación con el ASEGURADO

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.

**Descripción del Interés Asegurado**

Proteger al ASEGURADO contra el riesgo de fallecimiento por causa de un accidente.

**Coberturas, primas y limitaciones del SEGURO****Para Plan Individual y Plan Familiar:**

Coberturas	S/
Muerte Accidental	<b>S/ 1,000 .00</b>
Muerte Natural	
Renta Hospitalaria por Accidente	<b>S/ 45.00</b>
<b>Máximo cobertura: 30 días durante el año de vigencia</b>	

**Beneficios brindados por servicio de ASISTENCIA**

Asistencia Médica (*)	Monto máximo por evento	Máximo de Eventos al año Plan Individual	Máximo de Eventos al año Plan Familiar
Atención médica ambulatoria en nuestra red de filiales por Medicina General, Ginecología, Urología, Pediatría y gastroenterología	100% Servicio	07 atenciones	12 atenciones para el Grupo Familiar
Medicamentos genéricos derivados de la atención médica ambulatoria (Medicina General, Ginecología, Urología, Pediatría y Gastroenterología) entregados en cadenas de farmacias InkaFarma y/o Mi Farma a nivel nacional	100% Servicio	07 atenciones	12 atenciones para el Grupo Familiar
Exámenes de laboratorio derivado de la consulta médica ambulatoria - Medicina General, incluye: Hemograma completo, examen de orina completo, glucosa y colesterol	100% Servicio	01 atención	02 atenciones para el Grupo Familiar
Examen de Rayos X derivados de la consulta médica ambulatoria en nuestra red medica - Medicina General	100% Servicio	01 atención	02 atenciones para el Grupo Familiar
Medico a domicilio, Medicina General.	Copago S/ 35.00	04 atenciones	06 atenciones para el Grupo Familiar
Orientación médica telefónica familiar las 24 horas los 365 días del año	100% Servicio	Sin Limite	Sin Limite

(\*) El servicio de asistencia será brindado por VDR Asistencias S.A.C. Para ello, el ASEGURADO deberá comunicarse al (01) 476-1610 a fin de solicitar alguno de los servicios correspondientes las 24 horas del día. Aplican términos y condiciones en el condicionado de Servicio de Asistencia.

Plan Elegido	Vigencia / Periodicidad de Pago	Valor Combo Comercial	Valor Combo Comercial + IGV	Marcar la opción elegida con una "X"
<b>Plan Individual</b>	Mensual	S/ 8.05	S/ 9.5	( )
	Anual	S/ 88.56	S/ 104.5	( )
<b>Plan Familiar</b>	Mensual	S/ 14.83	S/ 17.5	( )
	Anual	S/ 163.14	S/ 192.5	( )

**Plan Individual:**

Valor Combo Comercial Mensual: Prima Comercial Mensual Chubb + Contraprestación Mensual Asistencia: S/3.22 + S/4.83: S/8.05

Valor Combo Comercial Mensual + IGV: (Prima Comercial Mensual Chubb + IGV) + (Contraprestación Mensual Asistencia + IGV): S/3.80 + S/5.70: S/9.50

Valor Combo Comercial Anual: Prima Comercial Anual Chubb + Contraprestación Anual Asistencia: S/38.64 + S/49.92: S/88.56

Valor Combo Comercial Anual + IGV: (Prima Comercial Anual Chubb + IGV) + (Contraprestación Anual Asistencia + IGV): S/45.60 + S/58.90: S/104.50

**Plan Familiar:**

Valor Combo Comercial Mensual: Prima Comercial Mensual Chubb + Contraprestación Mensual Asistencia: S/3.22 + S/11.51: S/14.83

Valor Combo Comercial Mensual + IGV: (Prima Comercial Mensual Chubb + IGV) + (Contraprestación Mensual Asistencia + IGV): S/3.92 + S/13.58: S/17.50

Valor Combo Comercial Anual: Prima Comercial Anual Chubb + Contraprestación Anual Asistencia: S/42.38 + S/120.76: S/163.14

Valor Combo Comercial Anual + IGV: (Prima Comercial Anual Chubb + IGV) + (Contraprestación Anual Asistencia + IGV): S/50.00 + S/142.50: S/192.50

La Contraprestación Total incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 34.61% Plan Individual / 44.66% Plan Familiar

Cargos por intermediación de corredores de seguros y N° de Registro de Corredor: 7.42%/JO414 Plan Individual / 7.44%/JO414 Plan Familiar

**Forma y Lugar de Pago de la Prima:** Con cargo en cuenta

- El ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo mensual de la prima en la cuenta N° /tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de 1 re-intentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de 1 nuevos intentos en la siguiente fecha de cargo, incluyendo en esta última oportunidad la prima del mes pendiente más la prima del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, la Solicitud- Certificado quedará extinguido transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO TITULAR del pago oportuno de la prima.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

**Detalle de Coberturas**

**Muerte Accidental:** En caso el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza, ya sea que el accidente haya ocurrido en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en el presente documento, en los plazos y términos aquí mencionados, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro.

Este seguro cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de LA COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente. El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

**Muerte Natural:** Si el ASEGURADO fallece por una enfermedad durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada indicada en el presente documento, en los plazos y términos que se señalan en las mismas, siempre que las causas de la muerte no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones.

**Renta Hospitalaria por Accidente:** La COMPAÑÍA pagará el beneficio señalado en el presente documento, por cada día de 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, **hasta un máximo de 60 días por año, sin considerar convalecencia**, como límite máximo por accidente, si como consecuencia de él, haya sido necesaria la hospitalización del ASEGURADO debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, **independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO**. Para los efectos de esta cobertura, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente.

**Exclusiones****Para la cobertura de Muerte Accidental:**

Quedan excluidos de la cobertura indicada, los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto ilícito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que el mismo constituya delito o causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en



- caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Por acto delictivo cometido por el beneficiario o heredero contra el ASEGURADO, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al beneficiario excluido.
  - f) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
  - g) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
  - h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, entendidas estas como cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado o cualquier lesión, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro.
  - i) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en actividades competitivas o deportivas de manera profesional.
  - j) El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO. Ejemplos: ser minero, bombero, vigilante, miembro de las fuerzas armadas o policiales.
  - k) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación, asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
  - l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de un accidente de tránsito, así como el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no está referida únicamente al accidente de tránsito.
  - m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
  - n) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
  - o) Las consecuencias de hernias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.
  - p) Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.
  - q) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
  - r) Apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos.

**Para la cobertura de Muerte Natural:**

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del ASEGURADO si este fuere causado por:

- a) Suicidio consciente y voluntario del ASEGURADO, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (02) años.
- b) Lesiones autoinflingidas provocadas por el ASEGURADO estando en estado inconsciente.
- c) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- d) Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- e) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.

- f) **Por acto delictivo cometido por el beneficiario o heredero contra el ASEGURADO, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al beneficiario excluido.**
- g) **Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.**
- h) **Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.**
- i) **Enfermedades pre-existentes, entendiéndose por preexistencia lo señalado en las definiciones.**

#### **Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente:**

**Quedan excluidos de cobertura las lesiones o enfermedades que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:**

- a) **Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, consciente y voluntario.**
- b) **Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.**
- c) **Condiciones médicas pre-existentes.**

#### **Definiciones**

**Accidente:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

**Asegurado:** Concepto referido tanto al Asegurado Titular

**Asegurado Titular:** Se trata del Asegurado que se acoge a todas las coberturas -principales y adicionales previstas por la presente póliza.

**Deporte peligroso:** Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comporta una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican.

**Hospitalización:** Internamiento de una persona dentro de una institución hospitalaria como paciente interno, un mínimo de 24 horas continuas, bajo supervisión de médico autorizado. **No se considerará hospitalización el internamiento del paciente por un periodo inferior a 24 horas.**

**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 Cláusula Adicional 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.**

**Lesión Accidental:** Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico, sufrido por el ASEGURADO durante la vigencia de la póliza y que sea base para una solicitud de cobertura de acuerdo a los términos de esta póliza.

**Lesiones preexistentes/Condición médica preexistente:** Se entiende como tal, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro a causa de un accidente o enfermedad respectivamente.

**Ocupación o Actividad de Riesgo:** Todo quehacer o trabajo, diario o de manera habitual, que es ejercido en condiciones de peligrosidad porque conlleva un daño para la salud o para la integridad física de la persona.

**Sonambulismo:** Estado de una persona que mientras está dormida tiene cierta aptitud para ejecutar algunas funciones tales como levantarse, andar y hablar.

**Paciente Interno:** Persona cuyo ingreso a una institución hospitalaria se realiza por recomendación de un médico, con la

finalidad de prestarle atención médica en relación a una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta póliza.

**Renta Hospitalaria:** Corresponde a la indemnización pagadera por cada 24 horas de hospitalización de un ASEGURADO en una Institución Hospitalaria a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en el presente documento.

## Otras Disposiciones

### 1. Atención y cuidado médico diario

**La Renta Hospitalaria no se pagará si el ASEGURADO no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.**

### 2. Periodo de indemnización

**La Renta Hospitalaria será computada desde la fecha de ingreso en la institución hospitalaria por un período que no exceda de los 60 días para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de un accidente.**

### 3. Hospitalizaciones sucesivas

**La hospitalización de un ASEGURADO que comience mientras su póliza esté vigente, y que se deba a la misma causa o causas relacionadas a una hospitalización anterior por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo esta póliza y que no esté separada por un período de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior. En este caso, se considerará que la última hospitalización ha ocurrido durante el mismo período del accidente, o ha sido resultado de la misma Lesión, con el propósito de determinar el período máximo de indemnización y el beneficio máximo anual pagadero bajo esta póliza.**

**Se consideran como hospitalizaciones separadas aquellas separadas por un periodo de doce (12) meses o más, con el propósito de determinar el beneficio máximo anual pagadero con arreglo a esta póliza.**

## Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO 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 la Solicitud-Certificado no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la Solicitud-Certificado, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. En caso el ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó su solicitud.

## Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

## Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales (durante la vigencia del contrato)

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación.

EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza



dejando constancia de la modificación efectuada.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato.

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

#### **Renovación Automática**

**El seguro se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza y mientras el ASEGURADO no haya cumplido la edad límite de permanencia. No se emitirán documentos de renovación ya que la Póliza originalmente entregada al CONTRATANTE constituye evidencia de la validez de la cobertura.**

**Cuando la Aseguradora considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento de la póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la póliza para manifestar su rechazo en la propuesta de la Aseguradora. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Aseguradora. En este último caso, la Aseguradora debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.**

#### **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.
- c) Al vencimiento del plazo de la presente Solicitud-Certificado, en caso éste no haya sido renovado.
- d) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

#### **Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura**

**En caso de siniestro, el BENEFICIARIO deberá cumplir con lo siguiente:**

**1) Aviso del siniestro: Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.**

**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 BENEFICIARIO podrá 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 Muerte Accidental:**

- a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerlo físicamente;
- b. Partida o Acta de Defunción;
- c. Certificado Médico de Defunción completo;
- d. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;
- e. Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo, según corresponda;
- f. Protocolo de Necropsia completo, según corresponda; y
- g. Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

**Para la cobertura de Muerte Natural:**

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso los beneficiarios tengan el documento;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales.
- e) Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento debidamente inscrito(a) en los Registros públicos, que declare a los Herederos Legales o Beneficiario(s), según corresponda.

**Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente:**

- a) Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización;
- b) Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias;
- c) Documento de identidad del ASEGURADO.

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 que 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 que 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 Aseguradora 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. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

#### **Información Adicional**

**Lugares autorizados para solicitar la cobertura:**

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR

**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 <http://www.chubb.com/pe> opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
- c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente a los teléfonos 399-1212 o (51-1) 417-5000 (\*).

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

información:

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

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(\*) Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

#### Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias

- **Defensoría del Asegurado:** En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe) Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional.
- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:** Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro - Lima, Web: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)
- **INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe).

#### Domicilio y Comunicaciones

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

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR 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 pactados en la solicitud de seguro (electrónicas o telefónicas), con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

#### Importante

- La información contenida en esta Solicitud-Certificado se complementa con 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 del Seguro a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- 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 y sus normas modificatorias.
- 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 antes indicada.
- La presente Solicitud-Certificado forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- Los Comprobante de Pago Electrónicos emitidos a Personas Jurídicas pueden ser descargados ingresando al portal: [www.gosocket.net](http://www.gosocket.net)
- Para el caso de los Comprobantes de Pago Electrónicos emitidos a adquirentes 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.

### **Autorización de Uso de Datos Personales**

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

El ASEGURADO entiende que la COMPAÑÍA puede comunicar sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

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

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

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

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

### **CARGAS**

- 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.

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_



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

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO

Mediante la suscripción del presente documento el ASEGURADO Titular acepta la contratación del SEGURO previo brindado por Chubb Seguros Perú S.A y el servicio de ASISTENCIA descrito a continuación, brindado por VDR Asistencias S.A.C. según sea el plan elegido.

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.

### **Autorización de Uso de Datos Personales**

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

El ASEGURADO entiende que la COMPAÑÍA puede comunicar sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

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

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

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

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

### **CARGAS**

- 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.

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_



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

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO

Mediante la suscripción del presente documento el ASEGURADO Titular acepta la contratación del SEGURO previo brindado por Chubb Seguros Perú S.A y el servicio de ASISTENCIA descrito a continuación, brindado por VDR Asistencias S.A.C. según sea el plan elegido.



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.

### **Autorización de Uso de Datos Personales**

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

El ASEGURADO entiende que la COMPAÑÍA puede comunicar sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

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

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

**EL ASEGURADO AUTORIZA:** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (marcar con una X)

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

### **CARGAS**

- 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.

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_



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

\_\_\_\_\_  
**ASEGURADO**

Mediante la suscripción del presente documento el ASEGURADO Titular acepta la contratación del SEGURO previo brindado por Chubb Seguros Perú S.A y el servicio de ASISTENCIA descrito a continuación, brindado por VDR Asistencias S.A.C. según sea el plan elegido.

**CONDICIONADO DE LA ASISTENCIA MÉDICA PLAN INDIVIDUAL Y PLAN FAMILIAR  
“FAMILIA SEGURA” - CAJA AREQUIPA****ALCANCE DEL SERVICIO:****A nivel nacional (dentro del territorio peruano)****CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO**

Se incluirán al plan de asistencia a las siguientes personas naturales:

**Plan Individual:****Titular:**

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: Hasta 69 años (cumplidos)
- Edad máxima de permanencia: Hasta 69 y 364 días

**Plan Familiar:****Titular y Cónyuge:**

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: Hasta 69 años (cumplidos)
- Edad máxima de permanencia: Hasta 69 y 364 días

**Hijos:**

- Edad mínima de ingreso: 0 años
- Edad máxima de permanencia: Hasta 18 años y 364 días

**Condiciones:**

- **Para hacer uso de los beneficios del Plan Individual y Plan Familiar se requiere siempre que el Titular afiliado y los beneficiarios residan en territorio nacional.**
- **La especialidad de Pediatría es para los hijos del Titular desde los 0 años hasta los 14 años. Mayor a 14 años corresponde Atención Ambulatoria por Medicina General. (Solo aplica para el Plan Familiar)**
- **Los siguientes Planes no incluyen ningún tipo de prueba para validar o descarta diagnóstico de Covid-19 u otra enfermedad**
- **Los siguientes planes no cubren casos de emergencia, hospitalizaciones, control prenatal y maternidad.**
- **VDR no brinda reembolsos, cuando las atenciones se realizan de forma particular por cliente. Todos los servicios deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias.**

**\*Grupo Familiar:** Será comprendido por el Titular + Dependientes (Cónyuge e Hijos (menos de 18 años)).**\* Máximo 4 dependientes****IMPORTANTE****VDR Asistencias no brinda reembolsos, cuando las atenciones se realicen de forma particular por el Cliente, de igual forma con la medicación. Siempre deberá ser solicitada a través de la central de Asistencias al (01) 476-1610.****La Asistencia Médica se activará luego de 24 horas de su afiliación.****ASISTENCIA MÉDICA****1. Servicio de asistencia médica ambulatoria** brindará consultas médicas a través de su línea exclusiva de call center en coordinación con nuestra red médica a nivel nacional gestionando su cita al (01) 476-1610, en los horarios de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm. La Asistencia se brindará al 100% sin costo alguno por atención. El servicio de nuestro plan médico comprende los procedimientos del plan a cuadro cerrado atendidas por Medicina General, Ginecología, Urología, Pediatría y Gastroenterología.

Solo a través de esta vía podrán obtener los servicios asistenciales adquiridos, por ningún motivo el Cliente se acercará

directamente a la Clínica, Centro médico, consultorio particular si es que no tiene una autorización previa a través de nuestro sistema de gestión de citas médicas.

Consultas médicas **SÓLO** de primer nivel derivadas de las siguientes enfermedades:

- **Respiratorias:** Rinofaringitis Aguda (Resfrió Común), Faringitis Aguda, Amigdalitis Aguda, Bronquitis Aguda, Rinitis Alérgica, Rinorragia Aguda
- **Gastrointestinales:** Cólera No Complicado, Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea. Infecciones Intestinales Virales E Infecciones Parasitarias Tales Como Los Protozoarios: Giardiasis (Giardia Lamblia). Diarrea Aguda Producida Por Agentes Bacterianos, Nausea Y Vomito, Acidez, Flatulencia, Síndrome Del Colon Irritable, Gastritis, Dispepsia, Síndrome de Mala Absorción
- **Osteomusculares:** Lumbalgia Aguda, Esguince De Primer Grado, Osteotendinitis Aguda
- **Genitourinarias:** Cistitis, Vaginitis Bacteriana, Uretritis, Epididimitis, Prostatitis Aguda No Complicada,
- **De Los Sentidos:** Otitis Media Aguda No Supurativa, Rinosinusitis Aguda, Rinitis Alérgica, Osteoartritis En Manos, Conjuntivitis Bacteriana O Viral

**\*Los exámenes médicos adicionales, así como las derivaciones a especialidades médicas serán asumidas por el Cliente.**

- **Consulta en Medicina General:** Atención médica ambulatoria otorgada por un profesional en Medicina General, que incluye un conjunto de actividades mediante las cuales se evalúa el estado de salud y los factores de riesgos, con el objeto de detectar precozmente circunstancias o patologías que puedan alterar su desarrollo y salud.
- **Consulta en Ginecología, Urología, Pediatría y Gastroenterología:** Atención médica ambulatoria otorgada por un profesional en médico en la especialidad de Ginecología, Urología, Pediatría y Gastroenterología que incluye un conjunto de actividades mediante las cuales se evalúa el estado de salud y los factores de riesgo, con el objetivo de detectar precozmente circunstancias o patologías que puedan alterar su desarrollo y salud.

**N° de Eventos:**

- **Plan Individual: 07 atenciones al año (solo titular)**
- **Plan Familiar: 12 atenciones al año para el Grupo Familiar**

(\*) La especialidad de Pediatría es para los hijos del Titular desde los 0 años hasta los 14 años. Mayor a 14 años corresponde Atención Ambulatoria por Medicina General. (Solo aplica para el Plan Familiar)

**2. Medicamentos:** Los presentes Planes, cubren medicamentos en su presentación genérica hasta 7 días continuos de tratamiento que le hayan sido prescritas en la atención médica ambulatoria por Medicina General, Ginecología, Urología, Pediatría y Gastroenterología, los cuales serán recetados mediante vademécum propio (fuente oficial que contiene los principios activos de los medicamentos que se comercializan actualmente en el territorio nacional, así mismo es utilizado para corroborar que el medicamento prescrito no cuenta con restricciones de uso o comercialización) por el médico tratante el cual establecerá la cantidad y días a suministrar. La Asistencia se brindará al 100% sin costo alguno por atención. El Cliente deberá coordinar a la central telefónica (01) 476-1610, de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm para el recojo de medicinas en cadenas de farmacias MiFarma y/o Inkafarma portando el DNI y la receta médica original, la cual se dejará de manera física en el establecimiento. La receta médica tiene una validez de siete días naturales desde la fecha de la prescripción médica. No aplica reembolso para recetas médicas gestionadas de manera particular.

**N° de Eventos:**

- **Plan Individual: 07 atenciones al año (solo titular)**
- **Plan Familiar: 12 atenciones al año para el Grupo Familiar**

(\*) La especialidad de Pediatría es para los hijos del Titular desde los 0 años hasta los 14 años. Mayor a 14 años corresponde Atención Ambulatoria por Medicina General. (Solo aplica para el Plan Familiar)

**3. Examen de Laboratorio:** Derivado de la Atención Médica Ambulatoria por Medicina General, previa solicitud del Cliente, VDR Asistencias brindará el acceso a la toma de exámenes básicos como Hemograma completo, examen de orina completa, glucosa y colesterol. El servicio indicado será asumido en un 100% por VDR Asistencias. El servicio puede ser utilizado a partir del cuarto mes de permanencia en el producto. Disponible a través de la central telefónica (01) 476-1610, de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm.

**N° de Eventos:**

- **Plan Individual: 01 atención al año (solo titular)**
- **Plan Familiar: 02 atenciones al año para el Grupo Familiar**

**4. Examen de Rayos X:** Previa solicitud del Cliente por derivación de la consulta médica ambulatoria (Medicina General), si es para un mejor diagnóstico requiera de algún examen de imagen. Este servicio será asumido en un 100% por VDR Asistencias con un límite de S/ 80.00 por evento. El servicio puede ser utilizado a partir del cuarto mes de permanencia en el producto. Disponible a través de la central telefónica (01) 476-1610, de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm.

- Radiografía (Medicina General).

**N° de Eventos:**

- **Plan Individual: 01 atención al año (solo titular)**
- **Plan Familiar: 02 atenciones al año para el Grupo Familiar**

**5. Servicio Médico a domicilio:** En caso el Cliente requiera de un médico a domicilio (siempre que no sea emergencia), se coordinará el envío de un médico especialista en Medicina General para que evalúe al paciente y realice un diagnóstico. Este servicio se encuentra sujeto a un Copago de S/. 35.00 soles por consulta realizada, no incluye medicamentos. Se encuentra excluido todo gasto adicional que origine la visita del médico a domicilio. Para hacer uso del servicio el Cliente deberá llamar a la central telefónica (01) 476-1610, en el horario de lunes a viernes de 09:00 a.m. a 06:00 p.m.

**N° de Eventos:**

- **Plan Individual: 04 atenciones al año (solo titular)**
- **Plan Familiar: 06 atenciones al año para el Grupo Familiar**

**6. Orientación médica telefónica las 24 horas los 365 días del año:** En caso el Cliente requiera de una consulta telefónica con un médico ante cualquier molestia que sufriera (siempre que no sean emergencia), se gestionará y coordinará un enlace telefónico con un médico especialista en Medicina General para que absuelva su consulta. Tiene como ventaja realizar respuestas a las inquietudes y consultas efectuadas del cliente que pueda decidirse a qué especialidad recurrir para la dolencia o malestar que presentan, siempre que no sea una emergencia, recibiendo atención personalizada y una respuesta rápida y eficaz por parte de profesionales. Se brindará respuestas a las inquietudes y consultas efectuadas, según su estado y condición física. Se trata de orientación o guía, el profesional que brinda el servicio en ningún momento dará un diagnóstico definitivo, recetará medicamentos, ni asegurará la duración del proceso de la enfermedad o molestia al cliente vía telefónica. En ambos casos nuestra empresa realiza la gestión que corresponde para que el servicio se preste por y para las personas antes indicadas, en los términos y condiciones que también se describen líneas arriba. Servicio disponible a través de nuestra central telefónica (01) 476-1610, operativa las 24 horas del día los 365 días del año. VDR Asistencias brinda el servicio al 100% sin costo alguno.

**N° de Eventos:**

- **Plan Individual: Sin límite de atenciones al año (solo titular)**
- **Plan Familiar: Sin límite de atenciones al año para el Grupo Familiar**

**PROCEDIMIENTO PARA LA ACTIVACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS**

Los servicios deberán ser solicitados a través del número de asistencia de la central telefónica de VDR Asistencias **(01) 476-1610**, el cual se encuentra disponible de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm.

1. El Cliente se comunicará a la central de operaciones de VDR Asistencias, para solicitar cualquiera de los ítems de la asistencia antes mencionadas.
2. Toma de información y solicitud de servicios por parte de un agente de la central de operaciones.
3. Verificación de requisitos necesario para prestación de la asistencia
4. Realización de triaje médico telefónico para determinar la asistencia necesaria para el Cliente.
5. Asignación del centro de salud apto para la asistencia requerida, en caso de ser determinado, luego del triaje telefónico.
6. Comunicación con el Cliente para indicar el procedimiento de entrega de medicamentos en Mifarma y/o Inkafarma Seguimiento y monitoreo de la atención y evolución del Cliente.

#### **IMPORTANTE**

- El servicio será prestado a través de la Red Asistencial de VDR ASISTENCIAS, mediante nuestra Central Telefónica de VDR ASISTENCIAS **(01) 476-1610**.
- Todos los tramites se deben coordinar directamente con VDR ASISTENCIAS, no se aceptarán solicitudes de reembolso de gastos cuando un miembro del Grupo Familiar lo gestione de manera particular, sin previa coordinación de VDR ASISTENCIAS.
- La especialidad de Pediatría es para los hijos del Titular desde los 0 años hasta los 14 años. Mayor a 14 años corresponde Atención Ambulatoria por Medicina General. (Solo aplica para el Plan Familiar)

#### **EXCLUSIONES**

- Suicidio, guerra, guerra civil, sedición, rebelión cualquier acto terrorista, erupción volcánica o Atenciones de similar naturaleza.
- Asistencia por la ingesta voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica
- Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario
- Los relativos al embarazo, parto y sus complicaciones
- Quedan excluidos los servicios médicos de medicina alternativa y/o complementaria, tales como cuidados particulares de enfermería para casos hospitalarios o domiciliarios. Atenciones y/o tratamientos brindados por personas que no sean médicos, llámese procedimientos médicos a los que el Cliente se somete de manera voluntaria.
- Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico - quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes.
- Cuando el Cliente o Representante Familiar no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el servicio, o bien incurra en falsedad de declaraciones.
- Cuando el Cliente al momento de contratar el servicio directamente o a través de un tercero sea menor de 18 años y mayor o igual a 66 años, salvo que el contrato correspondiente especifique lo contrario.

#### **ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS Y TRATAMIENTO DE DATOS**

La COMPAÑÍA atenderá las quejas y reclamos, en un plazo máximo de treinta (30) días contados a partir de la presentación del reclamo por los familiares, ubicada en el distrito de San Isidro Calle Armando Blondet 217 Of. 301, escribiendo a “atencionalcliente@vdrasistencias.com.pe” o llamando a nuestro Teléfono de Servicio al Cliente al: **(01) 641-2586**, La información que la Compañía recopile a través del presente formulario será tratada con arreglo a las disposiciones contenidas en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su reglamento aprobado mediante.

Decreto Supremo Nro. 003-2013, así como sus modificaciones. Se deja expresa constancia que, con la afiliación, el usuario autoriza a la COMPAÑÍA acercarle propuestas, ofertas y promociones de este. El cliente en todo momento tendrá posibilidad de solicitar gratuitamente la rectificación y/o suspensión total o parcial de algunos de los datos suministrados, debiendo para tal efecto comunicarse con la COMPAÑÍA escribiendo a “atencionalcliente@vdrasistencias.com.pe” o llamando a nuestro Teléfono de Servicio al Cliente al: **(01) 641-2586**.