

## Seguro de Protección Familiar

Código SBS: AE2036100143

**Póliza No:** Titular Mensual 31-169290 / Titular + 1 Mensual 31-169291/  
 Titular + 2 Mensual 31-169292 / Titular + 3 Mensual 31-169293 /  
 Titular Anual 31-169294 / Titular + 4 Anual 31-169295      **Solicitud – Certificado Nro.:** \_\_\_\_\_

<b>COMPAÑÍA DE SEGUROS</b>	
<b>RAZÓN SOCIAL:</b> Chubb Seguros Perú S.A.	<b>RUC:</b> 20390625007
<b>DOMICILIO:</b> Ca. Amador Merino Reyna N° 267, Of 402 San Isidro, Lima	<b>TELÉFONO:</b> 417-5000
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> atencion.seguros@chubb.com	<b>PAG. WEB:</b> www.chubb.com/pe

### BENEFICIARIOS DEL SEGURO

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

### Requisitos para Ser Asegurado

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 64 años y 364 días

Edad máxima de permanencia: 69 años y 364 días

### Descripción del Interés Asegurado

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

COBERTURAS, PRIMAS Y LIMITACIONES DEL SEGURO	
Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Accidental	S/5,000.00

### BENEFICIOS BRINDADOS POR EL SERVICIO DE LA ASISTENCIA (\*)

Descripción	Cantidad de eventos	Copago	Cubierto al:
<b>Teleconsultas:</b> Consultas médicas a través de videollamada o llamada en las especialidades de Medicina General, Ginecología, Urología y Pediatría. Incluye medicamentos genéricos en farmacias afiliadas.	Ilimitado	Sin Copago	Al 100%
<b>Orientación telefónica:</b> En Medicina General y Pediatría las 24 horas los 365 días del año.	Ilimitado	Sin Copago	Al 100%
<b>Consultas Ambulatorias:</b> Consultas médicas ambulatorias en las especialidades de Medicina General, Ginecología, Urología y Pediatría a nivel nacional.	6 eventos al año	Copago S/15.00	Al 100%
<b>Medicamentos Genéricos:</b> Derivados de la Atención ambulatoria en los Centros Médicos de la Red Médica o en Farmacias afiliadas.	6 eventos al año	Sin Copago	Al 100%
<b>Exámenes de Laboratorio:</b> Derivados de la Atención ambulatoria en los Centros Médicos de la Red Médica a nivel nacional.	6 eventos al año	Sin Copago	Al 100%
<b>Imagenología:</b> Exámenes de Rayos X, ecografías y tomografía derivados de la Atención ambulatoria.	2 eventos al año	Sin Copago	Hasta S/150.00 por evento
<b>Chequeo Preventivo Adulto o Infantil:</b> Para Infantil: Incluye cita médica en Pediatría; control de peso y talla; test de Graham, parasitología simple, hemoglobina y lectura de resultados por teleconsulta. Para adulto: Incluye cita médica en Medicina General; control peso y talla; hemograma, orina completa, colesterol, triglicéridos, glucosa y lectura de resultados por teleconsulta.	1 evento al año	Sin Copago	Al 100%
<b>Medico a domicilio:</b> Servicio a domicilio con médico de Medicina General. Válido para Lima, Arequipa y Huancayo. <b>No incluye medicamentos ni exámenes auxiliares.</b>	2 eventos al año	Copago S/ 50.00	100%

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

### CONTRAPRESTACIÓN TOTAL

Plan Elegido	Vigencia /Periodicidad de Pago	Prima Comercial Chubb	Prima Comercial Chubb + IGV	Contraprestación Asistencia Red Salud	Valor Total de Combo	Valor Total Combo + IGV
<b>Titular</b>	Mensual/Mensual	S/4.77	S/5.63	S/12.18	S/16.95	S/ 20.00
<b>Titular + 1</b>	Mensual/Mensual	S/7.16	S/8.45	S/18.26	S/25.42	S/ 30.00
<b>Titular +2</b>	Mensual/Mensual	S/9.57	S/11.29	S/24.33	S/33.90	S/ 40.00
<b>Titular + 3</b>	Mensual/Mensual	S/11.93	S/14.08	S/30.44	S/42.37	S/ 50.00
<b>Titular</b>	Anual/Anual	S/47.75	S/56.35	S/121.74	S/169.49	S/ 200.00
<b>Titular + 4</b>	Anual/Anual	S/48.85	S/59.01	S/183.04	S/233.05	S/ 275.00

Marcar con una X:

Plan elegido: Titular ( ) / Titular +1 ( ) / Titular +2 ( ) / Titular +3 ( ) / Titular +4 ( )

Vigencia /Periodicidad de pago elegidas: Mensual/Mensual ( ) / Anual/Anual ( )

**El Valor Total Combo incluye:** Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:

Titular Mensual: 34.69%

Titular + 1 Mensual: 34.70%

Titular +2 Mensual: 34.72%

Titular + 3 Mensual: 34.72%

Titular Anual: 34.72%

Titular +4 Anual: 34.78%

Forma de Pago de la Prima: Cargo en Cuenta (        )    Efectivo (        )

- El ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo de la prima en la cuenta designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación y según la periodicidad pactada.
- 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 pendiente más la prima 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 DEL SEGURO

**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.

## EXCLUSIONES DEL SEGURO

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

Para la cobertura de Muerte Accidental:

- 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, de acuerdo a las definiciones de la póliza.
- 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.**

## 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.

**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.

## 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 quedando la Solicitud-Certificado resuelta de manera inmediata. Si la COMPAÑÍA ejerce dicho derecho, deberá comunicarlo previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE 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 COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑÍA. En este último caso, la COMPAÑÍA 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:

- La muerte del ASEGURADO Titular.
- Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia. En dicho caso, la COMPAÑÍA procederá a reembolsar al ASEGURADO la prima en función al periodo no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la fecha de terminación.
- Al vencimiento del plazo de la presente Solicitud-Certificado, en caso éste no haya sido renovado.
- 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.

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 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 (\*\*)

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.

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

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

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

## 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 cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar en la 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.
- 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.
- El comprobante de pago correspondiente a la contratación de este seguro se puede poner a su disposición de forma impresa en la oficina de LA COMPAÑÍA o de forma digital a través de su correo electrónico. Para su entrega el ASEGURADO deberá comunicarse previamente al teléfono 399-1212 o al correo electrónico [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com).  
La entrega del comprobante se realizará cuando sea solicitado.

## 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.***

## Autorización de Uso de Datos Personales

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

El ASEGURADO acepta expresamente que la COMPAÑÍA comunique sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com.pe](http://www.chubb.com.pe). Esta autorización incluye compartir información con terceros para fines estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

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

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

EIASEGURADO 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.**

	
Juan Carlos Puyó de Zavala Chubb Seguros Perú S.A	Firma 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 brindando por HEALTH CARE ADMINISTRATION RED SALUD S.A.C. identificada con RUC 20600258894 descrito a continuación, según sea el plan elegido (anual o mensual):**

#### **MANUAL DE USO DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA PROTECCION FAMILIAR**

Este beneficio es gestionado y operado por la empresa Health Care Administration RED SALUD S.A.C con domicilio en la Av. Jorge Chávez 263, Of.302, Miraflores, Lima, a quien en adelante se denominará RED SALUD.

CMAC HUANCAYO S.A. no es responsable por cualquier daño o perjuicio que pudiera derivarse de la idoneidad del servicio que ofrece la empresa Health Care Administration Red Salud S.A.C.

El presente Manual de uso contiene los siguientes anexos:

- Anexo 1: Condiciones generales
- Anexo 2: Detalle y condiciones de los beneficios de la Asistencia Protección Familiar
- Anexo 3: Diagnósticos cubiertos
- Anexo 4: Periodo de carencia
- Anexo 5: Exclusiones
- Anexo 6: Procedimientos para la atención médica
- Anexo 7: Procedimientos para solicitar medicamentos, exámenes auxiliares u otros
- Anexo 8: Obligaciones del Titular y/o Dependiente(s)
- Anexo 9: Atención de consultas y reclamos
- Anexo 10: Red médica a nivel nacional

#### **ANEXO 1: CONDICIONES GENERALES**

- a) Titular: Se denomina Titular al primer afiliado señalado en el listado de "Asistencia Protección Familiar". Teniendo como contrato de venta, LA SOLICITUD-CERTIFICADO firmada en caso de venta presencial o la aceptación verbal en la grabación de venta en caso de venta telefónica.
- b) Dependientes: Son las personas inscritas por el Titular en el Servicio de Asistencia Protección Familiar y que tienen derecho a todos los servicios médicos detalladas en el presente Manual de uso del beneficio de Asistencia Protección Familiar.
- c) Los beneficios otorgados por la presente Asistencia se otorgan en la República del Perú, por lo que el Titular y/o sus Dependiente(s) pueden gozar de los beneficios de esta asistencia, se requiere que residan en el Perú.
- d) El Titular puede agregar como Dependiente(s) a su cónyuge, hijos, padres u otros Dependiente(s) sin necesidad de vínculo familiar, hasta un máximo de cuatro (4) personas.
- e) La edad mínima de ingreso para el Titular al beneficio de Asistencia Protección Familiar es 18 años hasta los 64 años con 364 días, y la edad máxima de permanencia es hasta los 69 años con 364 días. Para Dependiente(s) la edad mínima de ingreso es 0 años hasta los 64 años con 364 días, y la edad máxima de permanencia es hasta los 69 años con 364 días.
- f) Para la inclusión de Dependiente(s), El Titular deberá escribir al Whatsapp 924 843 520 o llamar a la Central Telefónica (01) 445 3019 y solicitar la inclusión de los Dependiente(s). Los servicios médicos para los Dependientes se iniciará transcurrido el periodo de carencia.

g) Conforme a lo dispuesto en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley, El Titular y Dependiente(s) toman conocimiento que y autoriza de forma expresa a RED SALUD podrá tratar sus datos personales para: fines estadísticos, comunicacionales relacionadas al servicio de asistencia, históricos, investigación en temas de salud o historias clínicas y cualquier otra actividad necesaria para la correcta prestación de los servicios de salud y cumplimiento de diversas obligaciones legales por parte de RED SALUD.

## ANEXO 2: DETALLE Y CONDICIONES DE LOS SERVICIOS DE LA ASISTENCIA PROTECCIÓN FAMILIAR

DETALLE	CANTIDAD DE EVENTOS	COPAGO	CUBIERTO AL:
<b>Telemedicina</b>			
<b>Teleconsultas:</b> Consultas médicas a través de videollamada o llamada en las especialidades de Medicina General, Pediatría, Ginecología y Urología.	Ilimitado	Sin Copago	100%
<b>Medicamentos genéricos:</b> Derivados de la Teleconsulta, en presentación genérica y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta (Tratamiento máximo de 15 días).	Ilimitado	Sin Copago	100%
<b>Orientación Médica telefónica:</b> En Medicina General y Pediatría las 24 horas los 365 días del año. No incluye medicamentos ni exámenes auxiliares.	Ilimitado	Sin Copago	100%
<b>Atención Ambulatoria</b>			
<b>Consultas Ambulatorias:</b> Consultas médicas ambulatorias en las especialidades de Medicina General, Pediatría, Ginecología y Urología, según solicite el beneficiario en nuestra red médica a nivel nacional.	6 eventos al año	S/15.00	100%
<b>Medicamentos genéricos:</b> Derivados de la Atención ambulatoria, en presentación genérica y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta (incluye tratamiento Covid-19) Tratamiento máximo de 15 días.	6 eventos al año	Sin Copago	100%
Exámenes de laboratorio: Derivados de la Atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta. Se cubren los exámenes indicados en el presente documento.	6 eventos al año	Sin Copago	100%
<b>Imagenología:</b> Derivados de la Atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta. Las imágenes cubiertas son Rayos X, ecografías y tomografías.	2 eventos al año	Sin Copago	Hasta S/150.00 por evento
<b>Médico a domicilio</b>			
<b>Médico a domicilio:</b> Servicio a domicilio con médico de Medicina General. Válido para Lima, Arequipa y Huancayo, según límites geográficos del proveedor. No incluye medicamentos ni exámenes auxiliares.	2 eventos al año	S/50.00	100%
<b>Chequeo Preventivo</b>			
<b>Chequeo preventivo Infantil</b> Para Infantil menores a 15 años. Incluye: cita médica en Pediatría; control de peso y talla; y los siguientes exámenes: test de Graham, parasitología simple y hemoglobina. La lectura de resultados se realiza por teleconsulta. <b>Chequeo preventivo Adulto:</b> Para Adulto de 15 a 69 años. Incluye: cita médica en Medicina General; control peso y talla; y los siguientes exámenes: hemograma, orina completa, colesterol, triglicéridos y glucosa. La lectura de resultados se realiza por teleconsulta.	1 evento al año	Sin Copago	100%
<b>FRECUENCIA DE ATENCIÓN PARA ASISTENCIA PROTECCIÓN FAMILIAR CON PAGO MENSUAL(*)</b>			
(*) Son las atenciones máximas por periodo. En caso el Titular y/o Dependiente(s) no llegue hacer uso durante la frecuencia de atención señalada líneas abajo, las atenciones se acumulan para el siguiente periodo, siempre que no excedan la cantidad de eventos por vigencia. Esta frecuencia de atención solo aplica para el servicio de Asistencia Protección Familiar con periodicidad de pago mensual. En caso de Servicio de Asistencia Protección Familiar con periodicidad de pago anual, no aplican ninguna frecuencia, solo la cantidad de eventos por vigencia.			
Teleconsultas y medicamentos genéricos derivados de las teleconsultas.	Cada 7 días		
Atención ambulatoria, medicamentos genéricos y exámenes de laboratorio derivados de la atención ambulatoria.	1 evento cada bimestre, por grupo familiar		
Imagenología derivada de la atención ambulatoria.	1 evento cada semestre, por grupo familiar		
Médico a domicilio.	1 evento cada semestre, por grupo familiar		

## CONDICIONES DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

**Teleconsultas:** Consultas médicas a través de videollamada o llamada con profesional médico. Previa reserva, a través de nuestros canales de atención y dentro del horario de atención al cliente, teniendo en cuenta las especificaciones descritas en el presente Manual de uso del beneficio de Asistencia Protección Familiar.

**Orientación Telefónica:** Consultas vía telefónica otorgada por profesional médico en Medicina General y Pediatría. El servicio se prestará solo como orientación o guía, el profesional médico en línea que brinda el servicio en ningún momento dará un diagnóstico, recetará medicamentos, ni asegurará la duración del proceso de la enfermedad o molestia al afiliado vía telefónica. Previa reserva, a través de nuestros canales de atención y dentro del horario de atención al cliente, teniendo en cuenta las especificaciones descritas en el presente Manual de Uso del Beneficio de Asistencia Protección Familiar.

**Consultas Ambulatorias:** Válido en clínicas o centros médicos afiliados a nuestra Red Médica a nivel nacional. El copago es por cada consulta médica.

**Medicamentos genéricos:** De acuerdo con el diagnóstico principal de la atención ambulatoria o teleconsulta, prescrito por el médico tratante de la Red Médica. Tratamiento máximo 15 días. Válido en farmacias como Inkarfarma, MiFarma y Boticas Perú o en Centros médicos afiliados de nuestra red médica a nivel nacional.

**Exámenes de laboratorio:** Derivados de la atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta prescrito por el médico tratante de la Red Médica. Válido en nuestras clínicas o centros médicos afiliados a nuestra red médica a nivel nacional. Los exámenes de laboratorio cubiertos sólo son los siguientes:

- a) Exámenes de Hematología: Hemograma Simple, Hemograma completo, Hematocritos, Recuento de plaquetas, Recuento de reticulocitos, Eritrosedimentación, Tiempo de coagulación, Tiempo de sangría, Tiempo de protombina (Quick), Tiempo parcial de tromboplastina (Aptt), Grupo sanguíneo y Factor RH, Coombs directo, Coombs indirecto, Investigación células LE, Factor antinúcleo (FAN), Investigación plasmodium (Gota Gruesa), Retracción del coágulo, Hierro sérico, Insulina B.
- b) Exámenes de Bioquímica: Sanguínea Glucosa, Glucosa, Glucosa Simple, Glucosa Basal, Curva de tolerancia de glucosa, Urea, Creatinina, Ácido úrico, Colesterol, HDL, LDL, VLDL, Triglicéridos, Fosfolípidos, Lípidos totales, Proteínas totales y fracción, Proteinograma (electroforesis), Reserva alcalina, Cloro, Sodio, Fructosamina, Troponina, CPK, Potasio, Fósforo inorgánico, Bilirrubina TDI, Transaminasas (SGPT), Transaminasas (SGOT), Gama G transferasa (GGT), Fosfatasa alcalina, Fosfatasa alcalina total, Fosfatasa prostática, Amilasa, Deshidrogenasa láctica (LDH), Creatin fosfokinasa, Magnesio, Litio, Lipasa.
- c) Exámenes de heces: Parasitológico simple, Parasitológico seriado, Investigación oxiuros (Anal Swabb), HP Fecal, Sangre oculta, Sustancias reductoras, Coprocultivo –Antibiograma.
- d) Exámenes de orina: Examen de orina simple, Examen completo de orina, Proteinuria de 24 hrs., Amilasuria, Microalbuminuria, Depuración de creatinina endógena (24 hrs.), Creatinuria, Ácido úrico (24 hrs.), Calcio (24 hrs.), Magnesio (24 hrs.), Bacterioscopico en orina, Urocultivo –Antibiograma.

Cualquier examen de laboratorio no indicado en la presente lista, no será cubierto por el presente Servicio de Asistencia Protección Familiar.

**Imagenología:** Derivadas de la atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta prescrito por el médico tratante de la Red Médica. Válido en nuestras clínicas o centros médicos afiliados a nuestra red médica a nivel nacional. Las imágenes cubiertas son: Rayos X, ecografías y tomografías. Otros exámenes de imágenes no serán cubiertos por el presente Servicio de Asistencia Protección Familiar.

**Médico a domicilio:** Servicio a domicilio con médico de Medicina General. Válido para Lima, Arequipa y Huancayo. Aplican restricciones geográficas del proveedor. Únicamente se pueden atender por este servicio enfermedades agudas (menos de 7 días desde el inicio de los síntomas) y de baja complejidad (dolencias que presentan síntomas claros que no representan un riesgo para la vida). Red Salud no tendrá ninguna responsabilidad en los casos que no se preste este servicio, debido a los siguientes motivos: i) El Titular y/o Dependiente(s) no se encuentre o no viva en la dirección domiciliaria indicada; ii) La dirección brindada estuvo errada o no existe; o iii) No se permite el acceso al personal médico a la dirección domiciliaria indicada. Servicio previa reserva, a través de nuestros canales de atención y dentro del horario de atención al cliente, teniendo en cuenta las especificaciones descritas en el presente Manual de uso del beneficio de Asistencia Protección Familiar.

**Chequeo Preventivo:** Servicio que tiene por objeto preservar en buen estado la salud del Titular y/o Dependiente(s), minimizando los riesgos de su deterioro, por lo tanto, las atenciones para enfermedades, accidentes y/o malestares específicos, así como cualquier otra atención o situación que no califique como preventiva, no se encuentra incluida en este servicio médico. Los Programas Preventivos no incluyen atenciones, medicamentos, exámenes y/o procedimientos no indicados expresamente en el presente documento.

El chequeo preventivo puede variar según la edad y/o sexo. Atención previa reserva, a través de nuestros canales de atención y dentro del horario de atención al cliente, teniendo en cuenta las especificaciones descritas en el presente Manual de Uso del Beneficio de Asistencia Protección Familiar.

Edades:

- Chequeo preventivo Infantil: Para Infantil menores a 15 años.
- Chequeo preventivo Adulto: Para Adulto de 15 a 69 años.

### ANEXO 3: DIAGNÓSTICOS CUBIERTOS



El presente Servicio de Asistencia Protección Familiar cubre los diagnósticos especificados, así como otros derivados, conformando un total de 370 diagnósticos. Los diagnósticos cubiertos se encuentran actualizados y descritos en el QR de la imagen.

La Asistencia Protección Familiar cubre diagnóstico principal de la consulta médica o para cualquier duda comunicarse a nuestro Whatsapp 924 843 520 o a nuestra central telefónica de RED SALUD al (01) 445-3019.

### ANEXO 4: PERIODO DE CARENCIA

Es el plazo en el cual no están activos los servicios de la Asistencia Protección Familiar. El periodo de carencia del Servicio de Asistencia Protección Familiar es de 72 horas hábiles, tanto para planes con frecuencia de pago mensuales como anuales, salvo el beneficio de chequeo preventivo en el plan mensual en donde el periodo de carencia será de 6 meses.

### ANEXO 5: EXCLUSIONES

Si el TITULAR Y DEPENDIENTE(S) requiere recibir los servicios mencionados en el presente Servicio de Asistencia Protección Familiar, no tendrá derecho si el tratamiento requerido es a consecuencia de las exclusiones mencionadas a continuación:

- a) Enfermedades y/o lesiones preexistentes al momento de contratar el Servicio de Asistencia Protección Familiar. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada o no por un profesional médico colegiado, conocida o no por el Titular y/o Dependientes(s) y no resuelta en el momento previo al ingreso al presente Servicio de Asistencia Protección Familiar.
- b) Enfermedades, malformaciones, defectos y/o diagnósticos congénitos, de tipo genético hereditario y/o físicos adquiridos al nacer y gastos derivados de causas relacionadas.
- c) Toda consulta o examen de naturaleza cosmética, estética, suntuaria o para fines de embellecimiento, reconstructivo o reparadora.
- d) Exámenes y/o chequeos médicos de rutina, no contemplados como parte del Chequeo Preventivo.
- e) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- f) 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.
- g) Radiación nuclear.
- h) Participación activa del Titular y/o Dependiente(s) en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- i) Participación activa del Titular y/o Dependiente(s) en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.
- j) Participación del Titular y/o Dependiente(s) en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- k) Participación voluntaria del Titular y/o Dependiente(s) como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- l) Enfermedades, lesiones, secuelas, complicaciones a consecuencia de actividades o deportes peligrosos, realizados de manera profesional y no profesional tales como: carreras de automovilismo, motos terrestres, acuáticas y similares, ala delta, parapente, vuelo libre, paracaidismo y similares, escalamiento de montaña, carrera de caballos, rodeo, buceo profesional, lidia de toros, cacería mayor, puenting, surfing, artes marciales, boxeo, karate, lucha libre y otras de similar peligrosidad.
- m) Durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las FF.AA o Policiales.
- n) Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas, lesiones o traumatismos ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.
- o) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infringidas, esté o no el Titular y/o Dependiente(s) en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- p) Tratamiento de la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental, ansiedad, depresión, entre otros.
- q) Embarazo, control del embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- r) Control de niño sano o controles pediátricos, vacunas.
- s) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- t) Recetas médicas que no se emitan en la Red de Centros Médicos afiliados.
- u) Reembolsos de cualquier otro tipo, que no sea expresamente amparados por la presente Asistencia Protección Familiar y autorizados previamente por RED SALUD.
- v) El presente Servicio de Asistencia Protección Familiar no cubrirá ninguna atención médica ambulatoria, diagnóstico, exámenes de laboratorio o exámenes médicos que no se encuentren descritos en el presente documento.

El presente plan no cubre ningún tipo de prueba para validar o descartar diagnóstico de COVID-19 u otra enfermedad.

## ANEXO 6: PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

### PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA (PRESENCIAL) Y TELECONSULTA:

- Las atenciones para las distintas Prestaciones de Salud y/o Telemedicina se encuentran sujetas a los horarios de atención y disponibilidad de los Establecimientos de Salud y médicos afiliados a RED SALUD.
- Las prestaciones médicas y/o telemedicinas otorgadas en el Servicio de Asistencia Protección Familiar para el Titular y/o Dependiente(s), estarán dadas únicamente por la Red de Proveedores médicos proporcionado por RED SALUD. La Red Médica está sujeta a cambios sin previo aviso.
- El Titular y/o Dependiente(s) deberá asumir el costo de los Copagos que correspondan por las Prestaciones de Salud, conforme a lo señalado en el presente Manual de uso del beneficio de Asistencia Protección Familiar.
- El Titular y/o Dependiente(s) que requieran las atenciones ambulatorias o por telemedicina contempladas en el presente Servicio de Asistencia Protección Familiar, podrá coordinar su cita médica de la siguiente forma:

#### RESERVA DE CITA, VÍA TELEFÓNICA Y WHATSAPP

- Llama a la central telefónica de RED SALUD al (01) 445-3019 o escríbenos a nuestro Whatsapp 924 843 520 y solicita atención médica.
  - El área de atención al cliente\* programará la cita y te enviará la confirmación por SMS o correo electrónico.
  - Acércate al centro médico 30 minutos antes de tu cita e identifícate como afiliado de RED SALUD con tu DNI en físico. En caso de ser Teleconsulta, el médico se comunicará a la hora programada.
- (\* El horario de atención al cliente es de lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm y sábados de 9:00 a 1:00pm.

#### RESERVA DE CITA, VÍA ONLINE

- Reserva tu cita médica en la web de RED SALUD: [www.red-salud.com](http://www.red-salud.com)
  - El área de atención al cliente\* programará la cita y te enviará la confirmación por SMS o correo electrónico.
  - Acércate al centro médico 30 minutos antes de tu cita e identifícate como afiliado de RED SALUD con tu DNI en físico. En caso de ser Teleconsulta, el médico se comunicará a la hora programada.
- (\* El horario de atención al cliente es de lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm y sábados de 9:00 a 1:00pm.

#### ATENCIÓN PRESENCIAL

- Acércate a cualquier centro médico afiliado de RED SALUD.
  - Identifícate como afiliado de RED SALUD presentando tu número de DNI.
  - Solicita atención médica de acuerdo a tu Servicio de Asistencia Protección Familiar.
- Se cubren sólo los tratamientos relacionados con el primer diagnóstico de la consulta médica. Los diagnósticos y exámenes cubiertos se encuentran señalados en los anexos 2 y 3 del presente documento.
  - En cualquier caso, los servicios contemplados en este contrato se prestarán únicamente a quienes figuren como Titular y/o Dependiente(s) dentro de la base de datos del Servicio de Asistencia Protección Familiar. El Titular y/o Dependiente(s) asume la responsabilidad de informar a RED SALUD si hubiese alguna modificación de sus datos para mantener actualizada dicha información.
  - En caso el Titular y/o Dependiente(s) no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados anteriormente, RED SALUD no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación de los servicios a que se refiere el presente.

## ANEXO 7: PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR MEDICAMENTOS, GENERICOS, EXÁMENES DE LABORATORIO E IMAGENOLÓGÍA

### PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE MEDICAMENTOS GENERICOS, EXÁMENES DE LABORATORIO E IMAGENOLÓGÍA:

Para solicitar los medicamentos genéricos, exámenes de laboratorio e imagenología se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Haber pasado por una consulta ambulatoria o teleconsulta en nuestra Red Médica.
- Receta médica u Orden de laboratorio o imágenes vigente, no mayor a 7 días.
- Los medicamentos por las atenciones médica serán entregados al Titular y/o Dependiente(s) en la farmacia del centro médico y de no existir la totalidad de los medicamentos en esta farmacia el afiliado, deberá contactar con RED SALUD para coordinar la entrega de los medicamentos. Cabe señalar que el Servicio de Asistencia Protección Familiar sólo cubre medicamentos genéricos para todos los casos.

#### SOLICITUD DE MEDICAMENTOS:

- En caso de ser una atención ambulatoria envía tu receta médica y número de DNI a través de nuestro Whatsapp 924 843 520, y de ser por teleconsulta una ejecutiva se comunicará a tu número telefónico.
  - Te confirmaremos el método de entrega de tus medicamentos siendo por retiro en farmacia o delivery.
  - Recoge tus medicamentos en la farmacia mostrando tu receta médica original y tu DNI o al motorizado del delivery.
- Las zonas para coberturas de delivery están restringidas de acuerdo con zona geográfica por cadena de farmacia.

### **SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO E IMAGENOLÓGÍA:**

1. En caso de ser una atención ambulatoria en algún centro médico, acércate al área de Admisión donde te indicarán los requisitos de los exámenes auxiliares y el costo de los mismos. De ser por teleconsulta, una ejecutiva se comunicará a tu número telefónico.
2. En caso de tener algún inconveniente o consulta por la atención en el centro médico, envía tu orden de laboratorio o imágenes y número de DNI a través de nuestro Whatsapp 924 843 520.
3. Dentro de las 48 horas hábiles siguientes, una ejecutiva te confirmará la cobertura de los exámenes, de acuerdo al primer diagnóstico de consulta y siempre que no se trate de una exclusión.
4. Acude al laboratorio o clínica indicada para la toma de los exámenes.

### **PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE MEDICO A DOMICILIO:**

1. Llama a la central telefónica de RED SALUD al (01) 445-3019 o escríbenos a nuestro Whatsapp 924 843 520 y solicita atención médica.
  2. El área de atención al cliente\* coordinará la cita con el proveedor y te enviará la confirmación por Whatsapp o teléfono.
  3. Un médico a domicilio acudirá a la dirección acordada para brindarte a atención médica requerida.
- (\* El horario de atención al cliente es de lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm y sábados de 9:00 a 1:00pm.

### **PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CHEQUEO PREVENTIVO:**

Para solicitar la atención de chequeo preventivo se debe tener en cuenta lo siguiente:

#### **RESERVA DE CITA, VÍA TELEFÓNICA Y WHATSAPP**

1. Llama a la central telefónica de RED SALUD al (01) 445-3019 o escríbenos a nuestro Whatsapp 924 843 520 y solicita atención de Chequeo preventivo.
  2. El área de atención al cliente\* programará la cita y te enviará la confirmación por SMS y correo electrónico.
  3. Acércate al centro médico 30 minutos antes de tu cita e identificate como afiliado de RED SALUD con tu DNI en físico.
- (\* El horario de atención al cliente es de lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm y sábados de 9:00 a 1:00pm.

### **ANEXO 8: OBLIGACIONES DEL TITULAR Y DEPENDIENTES**

- a) **Identificarse en nuestra red médica como afiliado de RED SALUD y presentar su Documento de Identidad (DNI o CE) en forma física.**
- b) **Abstenerse de realizar gastos o arreglos, que no formen parte de la cobertura, sin haber consultado previamente con RED SALUD.**
- c) **Dar aviso oportuno a RED SALUD en caso el Titular y/o Dependiente(s) no reciba la atención médica de forma oportuna y/o de habersele presentado algún tipo de inconveniente al momento de recibir la prestación o servicio médico.**
- d) **Los canales de atención al cliente de RED SALUD a través de los cuales podrán comunicarse el Titular y/o Dependiente(s) para cualquier consulta, reclamo o reserva de cita médica son los siguientes: (01) 445-3019 o vía Whatsapp 924 843 520 en el horario de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 9:00 a.m. 1:00 p.m.**

Si el Titular y/o Dependiente(s) incumple con los procedimientos antes mencionados, RED SALUD queda liberado de cualquier responsabilidad que agrave o complique la situación médica del Titular y Dependiente(s).

### **ANEXO 9: ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS**

El Contratante, Titular y/o Dependiente(s) podrán presentar sus consultas derivadas del presente Beneficio de Asistencia Protección Familiar al área de Servicio al Cliente de RED SALUD a través de los siguientes medios: Central Telefónica (01) 445-3019 / Whatsapp 924 843 520 / E-mail: [contacto@gruporedsalud.com](mailto:contacto@gruporedsalud.com) / Página web: [www.red-salud.com](http://www.red-salud.com) / Dirección: Av. Jorge Chávez 263 Of. 302, Miraflores.

Para la atención de reclamos ponemos a su disposición nuestro libro de reclamaciones en el siguiente link: <http://librodereclamacionesperu.com/44663323.html>. Los reclamos serán atendidos en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

### **ANEXO 10: RED MÉDICA A NIVEL NACIONAL**



La Red de Clínicas y/o Centros Médicos se encuentra actualizada y descrita en: [www.red-salud.com/redmedica](http://www.red-salud.com/redmedica) o en el Código QR de la imagen.

La red médica está sujeta a cambios sin previo aviso. Te sugerimos antes de coordinar una cita ambulatoria, verifiques la lista de la Red de clínicas y/o Centros Médicos o cualquier duda comunicarse a nuestro Whatsapp 924 843 520 o a nuestra central telefónica de RED SALUD al (01) 445-3019.