

Seguro Solidario

(Seguro de Accidentes - Soles - Dólares)

Póliza N° 31 - 80812

Código SBS: AE2036100025 Adecuado a la Ley 29946
y sus Normas Reglamentarias

Solicitud/Certificado N°

Datos Generales del Certificado de Seguro	
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte del CONTRATANTE	
Fin de vigencia: Fecha en la que culmina el cronograma del crédito emitido por el CONTRATANTE.	
Renovación:	Vigencia:

Compañía de Seguros	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A	Teléfono: (51-1) 417-5000
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima	Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com
RUC: 20390625007	Página Web: www.chubb.com/pe

Contratante	
Nombre: FINANCIERA QAPAQ S.A.	RUC: 20521308321
Dirección: Av. Pershing No. 455 Urbanización Country Club Lima - Magdalena del Mar	Teléfono: (01) 205 - 4320

Datos del Asegurado				
Apellidos y Nombres:		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E.	Fecha de Nacimiento:	
		Nº _____		
Dirección:			Distrito:	
Provincia:	Departamento:	Teléfono:	Correo electrónico:	Relación con el Contratante: Cliente

Beneficiarios para las Coberturas de Muerte Accidental:

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Porcentaje	Fecha de Nacimiento	Número de Documento

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente el beneficiario será el ASEGURADO. Para las coberturas de Muerte Accidental los beneficiarios serán las personas designadas en la Solicitud - Certificado. A falta de beneficiarios designados, la COMPAÑÍA pagará los beneficios a los herederos legales del ASEGURADO en partes iguales.

Requisitos para ser Asegurados

Podrán asegurarse bajo este seguro los titulares de créditos de consumo otorgados por el CONTRATANTE cuyas edades estén comprendidas entre los dieciocho (18) y setenta y cinco (75) años, once (11) meses y veintinueve (29) días, pudiendo permanecer asegurados hasta la edad de ochenta (80) años, once (11) meses y veintinueve (29) días.

Descripción Del Interés Asegurado
Cubrir al CONTRATANTE o ASEGURADO en caso de muerte accidental o invalidez total y permanente por accidente.

Coberturas y Sumas Aseguradas	
Coberturas Principales	Suma Asegurada
Muerte Accidental	S/ 15,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/ 15,000
Coberturas Adicionales	
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	S/ 1,500

Prima
Prima Comercial : S/ 6.78
Prima Comercial Mensual + IGV: S/ 8.00
Lugar y Forma de pago: Con cargo al crédito.

Fecha de Emisión

Firma del Asegurado Titular*

*Acepto las condiciones indicadas y autorizo el cargo de la prima en el crédito desembolsado por el CONTRATANTE en favor del ASEGURADO. Declaro haber recibido, leído y entendido las condiciones y términos del presente seguro, que consta de 5 páginas.

Para uso interno, no completar:	
CDR: _____	Código Funcionario: _____
_____ Firma y Sello del Funcionario	

Riegos Cubiertos

Coberturas Principales

Muerte Accidental: En caso de muerte por accidente, se pagará al Beneficiario la Suma Asegurada indicada en el Certificado de Seguro.

El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (01) 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. No obstante, el seguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevinidos al tratar de salvar vidas humanas.

Invalidez Total Permanente por Accidente: Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su invalidez total y permanente siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por el Certificado de Seguro, la COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez basándose en la siguiente tabla de indemnizaciones:

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida 100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total permanente. 100%
Pérdida total de los 2 ojos Pérdida total de 2 o más miembros Pérdida total de 1 ojo y de 1 miembro 100%
Pérdida total de 1 ojo Pérdida total de 1 miembro 50%

Cobertura Adicional:

Reembolso por Gastos Médicos por Accidente: En caso que el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, ya sea que este haya ocurrido en territorio nacional o internacional, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO hasta el límite de la suma asegurada, por los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación y que sean incurridos dentro del plazo de 30 días calendarios contados desde la fecha de ocurrencia del accidente.

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO siempre y cuando las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de la Cláusula Adicional y siempre que el ASEGURADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro seguro. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro seguro, y los gastos no cubiertos por dicho seguro, serán reembolsados por la COMPAÑÍA hasta el límite de la suma asegurada.

Asistencias:

ASISTENCIA SALA DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE		
Sala de Emergencia	Monto Máximo por Evento	Máximo de Eventos al Año
Sala de Emergencias: atención de emergencias, exámenes de Laboratorio, exámenes de imagen, Medicamentos, materiales de uso Médico.		
Orientación Médica Telefónica	Sin Limite	Sin Limite
Por accidente: (dentro de lo cual cubre casos de los siguientes tipos: Contusiones, Atragantamiento, Quemaduras, heridas y/o cortes.)	Gratis hasta S/ 1,500	2 Eventos
Traslado Médico Terrestre en caso de Accidentes	Gratis hasta S/ 350	2 Eventos

Seguro Solidario

(Seguro de Accidentes - Soles - Dólares)

Póliza N° 31 - 80812

Código SBS: AE2036100025 Adecuado a la Ley 29946
y sus Normas Reglamentarias

Solicitud/Certificado N°

Datos Generales del Certificado de Seguro	
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte del CONTRATANTE	
Fin de vigencia: Fecha en la que culmina el cronograma del crédito emitido por el CONTRATANTE.	
Renovación:	Vigencia:

Compañía de Seguros	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A	Teléfono: (51-1) 417-5000
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima	Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com
RUC: 20390625007	Página Web: www.chubb.com/pe

Contratante	
Nombre: FINANCIERA QAPAQ S.A.	RUC: 20521308321
Dirección: Av. Pershing No. 455 Urbanización Country Club Lima - Magdalena del Mar	Teléfono: (01) 205 - 4320

Datos del Asegurado				
Apellidos y Nombres:		<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> C.E.	Fecha de Nacimiento:
		N° _____		
Dirección:			Distrito:	
Provincia:	Departamento:	Teléfono:	Correo electrónico:	Relación con el Contratante: Cliente

Beneficiarios para las Coberturas de Muerte Accidental:

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Porcentaje	Fecha de Nacimiento	Número de Documento

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente el beneficiario será el ASEGURADO. Para las coberturas de Muerte Accidental los beneficiarios serán las personas designadas en la Solicitud - Certificado. A falta de beneficiarios designados, la COMPAÑÍA pagará los beneficios a los herederos legales del ASEGURADO en partes iguales.

Requisitos para ser Asegurados

Podrán asegurarse bajo este seguro los titulares de créditos de consumo otorgados por el CONTRATANTE cuyas edades estén comprendidas entre los dieciocho (18) y setenta y cinco (75) años, once (11) meses y veintinueve (29) días, pudiendo permanecer asegurados hasta la edad de ochenta (80) años, once (11) meses y veintinueve (29) días.

Descripción Del Interés Asegurado
Cubrir al CONTRATANTE o ASEGURADO en caso de muerte accidental o invalidez total y permanente por accidente.

Coberturas y Sumas Aseguradas	
Coberturas Principales	Suma Asegurada
Muerte Accidental	S/ 15,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/ 15,000
Coberturas Adicionales	
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	S/ 1,500

Prima
Prima Comercial : S/ 6.78
Prima Comercial Mensual + IGV: S/ 8.00
Lugar y Forma de pago: Con cargo al crédito.

Fecha de Emisión

Firma del Asegurado Titular*

*Acepto las condiciones indicadas y autorizo el cargo de la prima en el crédito desembolsado por el CONTRATANTE en favor del ASEGURADO. Declaro haber recibido, leído y entendido las condiciones y términos del presente seguro, que consta de 5 páginas.

Para uso interno, no completar:	
CDR:	Código Funcionario:
Firma y Sello del Funcionario	

Riegos Cubiertos

Coberturas Principales

Muerte Accidental: En caso de muerte por accidente, se pagará al Beneficiario la Suma Asegurada indicada en el Certificado de Seguro.

El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (01) 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. No obstante, el seguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevinidos al tratar de salvar vidas humanas.

Invalidez Total Permanente por Accidente: Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su invalidez total y permanente siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por el Certificado de Seguro, la COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez basándose en la siguiente tabla de indemnizaciones:

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida 100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total permanente. 100%
Pérdida total de los 2 ojos Pérdida total de 2 o más miembros Pérdida total de 1 ojo y de 1 miembro 100%
Pérdida total de 1 ojo Pérdida total de 1 miembro 50%

Cobertura Adicional:

Reembolso por Gastos Médicos por Accidente: En caso que el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, ya sea que este haya ocurrido en territorio nacional o internacional, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO hasta el límite de la suma asegurada, por los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación y que sean incurridos dentro del plazo de 30 días calendarios contados desde la fecha de ocurrencia del accidente.

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO siempre y cuando las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de la Cláusula Adicional y siempre que el ASEGURADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro seguro. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro seguro, y los gastos no cubiertos por dicho seguro, serán reembolsados por la COMPAÑÍA hasta el límite de la suma asegurada.

Asistencias:

ASISTENCIA SALA DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE		
Sala de Emergencia	Monto Máximo por Evento	Máximo de Eventos al Año
Sala de Emergencias: atención de emergencias, exámenes de Laboratorio, exámenes de imagen, Medicamentos, materiales de uso Médico.		
Orientación Médica Telefónica	Sin Limite	Sin Limite
Por accidente: (dentro de lo cual cubre casos de los siguientes tipos: Contusiones, Atragantamiento, Quemaduras, heridas y/o cortes.)	Gratis hasta S/ 1,500	2 Eventos
Traslado Médico Terrestre en caso de Accidentes	Gratis hasta S/ 350	2 Eventos

Seguro Solidario

(Seguro de Accidentes - Soles - Dólares)

Póliza N° 31 - 80812

Código SBS: AE2036100025 Adecuado a la Ley 29946
y sus Normas Reglamentarias

Solicitud/Certificado N°

Datos Generales del Certificado de Seguro	
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte del CONTRATANTE	
Fin de vigencia: Fecha en la que culmina el cronograma del crédito emitido por el CONTRATANTE.	
Renovación:	Vigencia:

Compañía de Seguros	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A	Teléfono: (51-1) 417-5000
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima	Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com
RUC: 20390625007	Página Web: www.chubb.com/pe

Contratante	
Nombre: FINANCIERA QAPAQ S.A.	RUC: 20521308321
Dirección: Av. Pershing No. 455 Urbanización Country Club Lima - Magdalena del Mar	Teléfono: (01) 205 - 4320

Datos del Asegurado				
Apellidos y Nombres:		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E.	Fecha de Nacimiento:	
		Nº _____		
Dirección:			Distrito:	
Provincia:	Departamento:	Teléfono:	Correo electrónico:	Relación con el Contratante: Cliente

Beneficiarios para las Coberturas de Muerte Accidental:

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Porcentaje	Fecha de Nacimiento	Número de Documento

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente el beneficiario será el ASEGURADO. Para las coberturas de Muerte Accidental los beneficiarios serán las personas designadas en la Solicitud - Certificado. A falta de beneficiarios designados, la COMPAÑÍA pagará los beneficios a los herederos legales del ASEGURADO en partes iguales.

Requisitos para ser Asegurados

Podrán asegurarse bajo este seguro los titulares de créditos de consumo otorgados por el CONTRATANTE cuyas edades estén comprendidas entre los dieciocho (18) y setenta y cinco (75) años, once (11) meses y veintinueve (29) días, pudiendo permanecer asegurados hasta la edad de ochenta (80) años, once (11) meses y veintinueve (29) días.

Descripción Del Interés Asegurado
Cubrir al CONTRATANTE o ASEGURADO en caso de muerte accidental o invalidez total y permanente por accidente.

Coberturas y Sumas Aseguradas	
Coberturas Principales	Suma Asegurada
Muerte Accidental	S/ 15,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/ 15,000
Coberturas Adicionales	
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	S/ 1,500

Prima
Prima Comercial : S/ 6.78
Prima Comercial Mensual + IGV: S/ 8.00
Lugar y Forma de pago: Con cargo al crédito.

Fecha de Emisión

Firma del Asegurado Titular*

*Acepto las condiciones indicadas y autorizo el cargo de la prima en el crédito desembolsado por el CONTRATANTE en favor del ASEGURADO. Declaro haber recibido, leído y entendido las condiciones y términos del presente seguro, que consta de 5 páginas.

Para uso interno, no completar:	
CDR:	Código Funcionario:
Firma y Sello del Funcionario	

Riegos Cubiertos

Coberturas Principales

Muerte Accidental: En caso de muerte por accidente, se pagará al Beneficiario la Suma Asegurada indicada en el Certificado de Seguro.

El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (01) 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. No obstante, el seguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevinidos al tratar de salvar vidas humanas.

Invalidez Total Permanente por Accidente: Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su invalidez total y permanente siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por el Certificado de Seguro, la COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez basándose en la siguiente tabla de indemnizaciones:

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida 100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total permanente. 100%
Pérdida total de los 2 ojos Pérdida total de 2 o más miembros Pérdida total de 1 ojo y de 1 miembro 100%
Pérdida total de 1 ojo Pérdida total de 1 miembro 50%

Cobertura Adicional:

Reembolso por Gastos Médicos por Accidente: En caso que el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, ya sea que este haya ocurrido en territorio nacional o internacional, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO hasta el límite de la suma asegurada, por los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación y que sean incurridos dentro del plazo de 30 días calendarios contados desde la fecha de ocurrencia del accidente.

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO siempre y cuando las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de la Cláusula Adicional y siempre que el ASEGURADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro seguro. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro seguro, y los gastos no cubiertos por dicho seguro, serán reembolsados por la COMPAÑÍA hasta el límite de la suma asegurada.

Asistencias:

ASISTENCIA SALA DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE		
Sala de Emergencia	Monto Máximo por Evento	Máximo de Eventos al Año
Sala de Emergencias: atención de emergencias, exámenes de Laboratorio, exámenes de imagen, Medicamentos, materiales de uso Médico.		
Orientación Médica Telefónica	Sin Limite	Sin Limite
Por accidente: (dentro de lo cual cubre casos de los siguientes tipos: Contusiones, Atragantamiento, Quemaduras, heridas y/o cortes.)	Gratis hasta S/ 1,500	2 Eventos
Traslado Médico Terrestre en caso de Accidentes	Gratis hasta S/ 350	2 Eventos

Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, 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 del Certificado de Seguro, siempre que el seguro 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 su Certificado de Seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el ASEGURADO ejerza su derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes.

Pago de la Prima

- La prima será incluida en el capital desembolsado por el CONTRATANTE. El cálculo se realizará multiplicando la Prima Comercial Mensual + IGV, en la moneda que corresponda, por el número de meses que dure el contrato de crédito (mínimo 12 meses).
- El ASEGURADO autoriza al CONTRATANTE a realizar el cargo correspondiente e incluir la prima del "Seguro de Protección Accidental" de Chubb Seguros Perú S.A. en el crédito desembolsado.
- La Solicitud-Certificado de seguro se entregará al ASEGURADO al momento de su llenado y firma.
- El ASEGURADO manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria y que ha tomado conocimiento de los alcances de este seguro, así como la prima a pagar.

Exclusiones

Para las coberturas de Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Queda excluido de la cobertura de este seguro el fallecimiento del ASEGURADO o las lesiones en que éste sufra a consecuencia de, en relación a, como producto de:

- a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, consciente y voluntario, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante dos (02) años.
- 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 delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como 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, en los términos señalados en el artículo de "Definiciones Importantes" de este documento.
- i) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en competencias profesionales; remuneradas en cualquier forma, u otras actividades deportivas similares.
- j) El desempeño de alguna profesión u oficio claramente riesgosa, tales como mineros, bomberos, miembro de las Fuerzas Armadas o policiales de cualquier tipo.
- 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) Accidentes de tránsito bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Esta póliza se rige por las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente. Para efectos de esta póliza se utiliza 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.
- m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- 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 o el BENEFICIARIO.

Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:

Queda excluido de cobertura los accidentes y/o lesiones que ocurran a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Lesiones preexistentes al momento de contratar la Cláusula Adicional. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro.
- 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) Radiación nuclear.
- d) Participación activa del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.
- f) Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- g) Intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- h) Participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- i) Práctica de los siguientes deportes de alto riesgo: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.
- j) 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 Fuerzas Armadas o Policiales.
- k) Bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes.

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Si ocurriera un suceso que diera lugar a solicitar la cobertura bajo esta Póliza, el ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán:

Aviso del siniestro: Comunicar a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de conocido el suceso, o desde que tomó conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, 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, salvo el caso de la cobertura de "Muerte Accidental", a la cual no le será aplicable la reducción de la indemnización por aviso extemporáneo.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberán presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS podrán 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 contar con el mismo;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los BENEFICIARIOS o Herederos Legales, según corresponda;
- e) Copia Literal de la Inscripción Definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos que designe a los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda;
- f) Copia Certificada del Informe Policial Completo, según corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia completo, según corresponda; y
- h) Resultado de Dosaje Etilico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

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

El presente seguro no obliga a la COMPAÑÍA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑÍA al lugar donde se encuentre el cuerpo del ASEGURADO, en caso sea necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.

Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO;
- b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente, si es que se indicara, y sus consecuencias conocidas o probables.
- c) Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez, otorgado por los hospitales de los ministerios de

Salud, de Defensa y del Interior y el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir este tipo de documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente.

El ASEGURADO/BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento al ASEGURADO/BENEFICIARIO dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La COMPAÑÍA para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura. Si no hay pronunciamiento de la COMPAÑÍA dentro del plazo señalado de treinta (30) días se entenderá consentido el siniestro.

Lugares Autorizados para solicitar la Cobertura

LA COMPAÑÍA (ver información de la COMPAÑÍA en la primera hoja de este documento) / EL COMERCIALIZADOR (dirección)

Importante

- La información contenida en este documento es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y en las 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.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador las comunicaciones que le curse el ASEGURADO / CONTRATANTE, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el ASEGURADO / CONTRATANTE al comercializador se consideran abonados a la COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE / 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 que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017y sus normas modificatorias.
- Deducibles, Franquicias o Copago: No aplican
- 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 las cuotas de la prima antes indicada.
- **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.**

Definiciones Importantes

- **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 o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes.
- **Lesión Preexistente:** Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO.
- **Pérdida Funcional:** Es la ausencia de capacidad de función fisiológica del o de los órganos afectados, pudiendo estar o no implicado el aspecto anatómico del órgano o del miembro comprometido. Será absoluta si involucra la pérdida de toda capacidad de función.
- **Pérdida Total:** Se entiende por pérdida total al cercenamiento (eliminación) o a la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

Información Adicional

Medio y plazo establecidos para prestantar reclamos y/o consultas:

El CONTRATANTE, 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:

- En forma verbal o por escrito (carta simple) en nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf (51-1) 417-5000 (*)
- Escribiéndonos a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección: www.chubb.com/pe opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 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, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro contratado con Chubb Seguros Perú (aplicable sólo para clientes).
- Detalle del reclamo.

Una vez presentado el reclamo se le asigna un número de caso para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo.

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, según corresponda

- Defensoría del Asegurado: Web: www.defaseg.com.pe Teléfono: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 307 Piso 9 - San Isidro, Lima.
- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP: Plataforma de Atención al Usuario, Teléfonos: 0-800-10840 (511) 200-1930, Dirección: Av. Dos de Mayo N°1475, San Isidro - Lima, Web: www.sbs.gob.pe.
- INDECOPI: Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe

Derecho de Resolver el Contrato sin Expresión de Causa

El ASEGURADO 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 ASEGURADO también podrá ejercer el derecho de desvincularse del contrato de seguro utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. 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

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 a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado por escrito o vía telefónica. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso 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 él 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 menos de treinta (30) días previos al vencimiento de la póliza para manifestar su rechazo en la propuesta de la COMPAÑÍA; 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.

Medios de Comunicación Pactados

Comunicación física, electrónica y/o telefónica.

Autorización para Uso de Datos Personales

El (la) señor(a) autoriza de forma expresa a Chubb Seguros Perú S.A., el uso de los datos personales proporcionados en la contratación del presente seguro, para fines comerciales, tales como el envío de publicidad, promociones y ventas de diferentes productos o servicios, así como para la transferencia (entre entidades que forman parte de Chubb Group) y tratamiento de dichos datos personales.

Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes

En el caso que el seguro de accidentes cuente con cobertura de muerte accidental, queda establecido que formará parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, creado mediante la Ley 29355.

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

Condicionado General del Servicio de Asistencia

1. Introducción

GEA brindará a los **AFILIADOS** y a sus beneficiarios de Asistencia, los servicios que se indican en las presentes Condiciones Generales de contratación y que se refieren a una o varias contingencias que puedan sufrir los clientes de **QAPAQ** del producto. Las presentes Condiciones Generales regulan los términos y condiciones de los diferentes servicios de asistencia que ha contratado el **AFILIADO** con **GEA**.

2. Obligaciones GEA

GEA asume las siguientes responsabilidades y obligaciones:

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

Teléfono
01 701-2535
0-801-70-669

Producto
ASISTENCIA SALA DE
EMERGENCIA POR ACCIDENTE
QAPAQ

*Para solicitar un servicio de Asistencia marque la opción 1, para cualquier consulta acerca del servicio marque la opción 2.

1.1. Persona(s) beneficiaria(s) de los servicios

Es la persona que haya contratado el plan de asistencia detallado al final de estas condiciones generales. El producto y sus beneficios se otorgarán a los clientes de **QAPAQ**.

El beneficio se otorga al titular, los **SERVICIOS** se activarán y estarán disponibles a las 48 horas de adquirido el producto. El servicio se ofrecerá regularmente mientras se realice el pago.

3. Obligaciones del Beneficiario.

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

- ✓ Obtener la autorización expresa de GEA a través de la central operativa en Perú antes de comprometer cualquier gasto o realizar acciones por iniciativa propia.
- ✓ El beneficiario deberá siempre aceptar las recomendaciones y soluciones indicadas por GEA.
- ✓ El beneficiario deberá siempre autorizar, ya sea de palabra o por cualquier medio escrito a los médicos o instituciones médicas intervinientes a proporcionar a GEA toda información necesaria.
- ✓ El afiliado debe identificarse como tal ante GEA para poder prestarle los servicios. Los datos a solicitar serán los siguientes: Nombre completo, DNI, Números de contacto.

4. Territorialidad

Los servicios de asistencia se prestarán a nivel nacional, Lima y provincias a excepción de: Madre de Dios, Loreto a excepción de Iquitos, Pasco a excepción de Juliaca y Huancavelica.

Coberturas según el radio de acción:

- **Lima Metropolitana:** Callao y Balnearios:
 - Por el Norte:** hasta Chancay.
 - Por el Sur:** hasta Cañete
 - Por el Este:** hasta San Mateo, Tíclio y Cieneguilla
 - Por el Oeste:** La Punta
- **Provincias:** el radio de acción será de 60 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad.
 - Por el Norte:** Tumbes, Piura, Sullana, Talara, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Huaraz, Huaral, Barranca.
 - Por el Sur:** Ica, Chinchá, Pisco, Arequipa, Juliaca, Puno, Moquegua, Ilo, Tacna.
 - Por el Este:** Huancayo, Ayacucho, Cusco.
 - Por el Oriente:** Tarapoto, Iquitos, Pucallpa.
 - Por el Oeste:** Huancayo, Huánuco, Ayacucho, Cusco, Abancay, Andahuaylas.

Todos los servicios que se detallan en el presente documento, se prestarán en todas las localidades en donde Gea tenga Red de Proveedores.

5. Características de las Coberturas

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

ASISTENCIA SALA DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE		
Sala de Emergencia	Monto Máximo por Evento	Máximo de Eventos al Año
Sala de Emergencias: atención de emergencias, exámenes de Laboratorio, exámenes de imagen, Medicamentos, materiales de uso Médico.		
Orientación Médica Telefónica	Sin Limite	Sin Limite
Por accidente: (dentro de lo cual cubre casos de los siguientes tipos: Contusiones, Atragantamiento, Quemaduras, heridas y/o cortes.)	Gratis hasta S/ 1,500	2 Eventos
Traslado Médico Terrestre en caso de Accidentes	Gratis hasta S/ 350	2 Eventos

6. Condiciones del Producto Sala de Emergencia por Accidente

El presente documento indica los presentes términos y condiciones generales y particulares, referentes a una o varias contingencias que puedan sufrir los CLIENTES afiliados del producto.

PRODUCTO ASISTENCIA SALA DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: Los SERVICIOS se activarán y estarán disponibles para el titular en 48 horas después de la compra o afiliación del producto. Cuando no se pueda debitar de la cuenta del afiliado el monto por servicio, por (2) dos meses consecutivos, se cancelará el servicio. Esta cancelación podría cambiar de estado ya que el afiliado podrá solicitar la reactivación del servicio con el pago efectivo del mes en curso.

➤ ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Previo solicitud del AFILIADO, GEA brindará orientación médica telefónica a los beneficiarios cualquier día de la semana las 24 (veinticuatro) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que el AFILIADO pueda resolver sus consultas sobre alguna dolencia o enfermedad.

➤ CONDICIONES PARTICULARES

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

➤ SALA DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE

Cubre casos de los siguientes tipos:

- **CONTUSIONES:** Con lesiones que afecten la continuidad de la piel, contusión ósea, que impida la movilización del paciente.
- **ATragantamiento:** Asfixia por un cuerpo extraño.
- **QUEMADURAS:** de II y III grado.
- **HERIDAS Y/O CORTES:** Heridas, golpes múltiples y severos en cualquier parte del cuerpo, heridas que requieran suturas, heridas cortantes de acuerdo a características evaluadas por el médico.

En caso de ACCIDENTE, GEA ofrecerá los siguientes servicios y/o procedimientos:

- a. Derecho de Emergencia
- b. Atención de Emergencia
- c. Atención de MEDICO EMERGENCIÓLOGO
- d. Atención de médico Traumatólogo
- e. Valoración Clínica por Médico Traumatólogo
- f. Laboratorio Clínico básico
- g. Exámenes de imágenes:
 - Radiografía simple en zona de trauma: 1 placa por evento
 - Ecografía abdominal-pélvica: 1 estudio por evento
- h. Exámenes complementarios.
 - Tomografía simple de cráneo
- i. Medicamentos de emergencia
 - Analgésicos (dolor): dosis inicial
 - Anti-inflamatorios (Inflamación): dosis inicial
 - Antipiréticos (fiebre): dosis inicial
- j. Material de uso médico: yeso, walta, venda
- k. Equipo y material de sutura.

7. Condiciones particulares de Sala de Emergencia por Accidente

Este servicio se prestará gratis hasta S/. 1,500 por evento y 2 eventos al año. El exceso deberá ser cancelado por el AFILIADO.

➤ TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN CASO DE ACCIDENTES

En caso que el cliente sufra un accidente (que le provoque lesiones o traumatismos), y que amerite atención en un centro

asistencial, previa autorización del equipo de GEA, GEA coordinará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre hasta la clínica u hospital más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existir ésta, GEA coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad. El AFILIADO en todo momento deberá supervisar la prestación de los SERVICIOS.

CONDICIONES PARTICULARES

El servicio de transporte en ambulancia considera al "paciente" con un máximo de un acompañante. El tipo de ambulancia será definido por el médico de GEA a cargo del procedimiento específico para cada Afiliado, dependiendo de la emergencia del Cliente o Beneficiario. El servicio se brindará hasta S/. 350 soles por evento y hasta 2 eventos al año.

En caso de que el Centro Médico, Hospital o Clínica más cercana a la que se haya trasladado al AFILIADO o BENEFICIARIO, no cuente con los implementos y recursos necesarios para la atención de emergencia (de maquinarias, espacio, personal, etc) y si el AFILIADO lo autoriza, GEA coordinará el traslado del lugar a otro centro Médico más cercano, descontando 1 evento adicional. Los costos por tiempo de espera deberán ser cubiertos por el AFILIADO o BENEFICIARIO.

8. Exclusiones del Servicio de Sala de Emergencia

- a. Está excluida la atención médica complementaria ordenada por el MÉDICO ESPECIALISTA en la SALA DE EMERGENCIA, o en cualquier lugar de atención en la Clínica u Hospital.
- b. Exámenes Complementarios de diagnóstico no contemplados dentro de los servicios indicados en la SALA DE EMERGENCIA.
- c. Exámenes no inherentes o no necesarios para tratar la atención dentro de la SALA DE EMERGENCIA.
- d. Gastos de HOSPITALIZACIÓN Clínica, Quirúrgica y en Unidad de Cuidados intensivos.
- e. Gastos generados por HOSPITAL DE DÍA, o al estar en estado de observación médica.
- f. Gastos de acompañante en clínica y hospitales y cuidados de ENFERMERA particular.
- g. Medicamentos utilizados para tratamiento médico, medicamentos de alta, insumos médicos, materiales, medios de contraste, collarettes, cabestrillo, vacunas, catéter central, prótesis, aparatos ortopédicos, sangre, plasma, albúmina, eritropoyetina y derivados, medicamentos no contemplados en la lista de medicamentos básicos de emergencia de GEA.
- h. Enfermedades Preexistentes
- i. Mujeres en estado de gestación, partos.
- j. Consultas Médicas

9. Exclusiones Generales

No son objeto de los servicios las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

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