

**Seguro de Protección Familiar
(Familia Segura Accidentes)**

Póliza No: 31 - 0166299
Código SBS: AE2036100117 Adecuado a la Ley 29946
y sus normas reglamentarias

Solicitud-Certificado de Seguro No:

Empresa de Seguros (La Compañía)	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Of. 402 San Isidro	Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

Datos Generales del Certificado de Seguro	
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte de EL CONTRATANTE	
Fin de vigencia: Las 12hrs. / / o ante la ocurrencia de los supuestos establecidos en el presente documento, lo que ocurra primero.	
Renovación: Facultativa	Vigencia: Anual / Bianual, según plan elegido.

Contratante	
Razón Social: Financiera QAPAQ S.A.	RUC: 20521308321
Dirección: Av. Pershing N° 455, Urbanización Country Club	Distrito: Magdalena / Departamento: Lima
Provincia: Lima / Teléfono: (51-1) 205-4320	Correo Electrónico:

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

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

Requisitos para ser Asegurado	
Se podrá asegurar bajo esta póliza como Asegurado cualquier persona natural que cumpla con las siguientes condiciones (El Asegurado Titular además deberá contar con un crédito con el CONTRATANTE):	
• Edad mínima de ingreso: 18 años	• Edad máxima de permanencia: 69 años con 364 días
• Edad máxima de ingreso: 65 años con 364 días	

Beneficiarios			
Nombres y Apellidos	Relación con el ASEGURADO Titular	% de Participación	Dirección

En caso de no designarse Beneficiario(s) de este seguro, la indemnización se pagará a los Herederos Legales del ASEGURADO. En caso de designarse más de un beneficiario y, de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales.

Descripción del Interés Asegurable
Brindar cobertura a los ASEGURADOS en caso de fallecimiento por accidente de acuerdo a lo establecido en la Póliza.

**Seguro de Protección Familiar
(Familia Segura Accidentes)**

Póliza No: 31 - 0166299
Código SBS: AE2036100117 Adecuado a la Ley 29946
y sus normas reglamentarias

Solicitud-Certificado de Seguro No:

Empresa de Seguros (La Compañía)	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Of. 402 San Isidro	Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

Datos Generales del Certificado de Seguro	
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte de EL CONTRATANTE	
Fin de vigencia: Las 12hrs. / / o ante la ocurrencia de los supuestos establecidos en el presente documento, lo que ocurra primero.	
Renovación: Facultativa	Vigencia: Anual / Bianual, según plan elegido.

Contratante	
Razón Social: Financiera QAPAQ S.A.	RUC: 20521308321
Dirección: Av. Pershing N° 455, Urbanización Country Club	Distrito: Magdalena / Departamento: Lima
Provincia: Lima / Teléfono: (51-1) 205-4320	Correo Electrónico:

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

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

Requisitos para ser Asegurado	
Se podrá asegurar bajo esta póliza como Asegurado cualquier persona natural que cumpla con las siguientes condiciones (El Asegurado Titular además deberá contar con un crédito con el CONTRATANTE):	
• Edad mínima de ingreso: 18 años	• Edad máxima de permanencia: 69 años con 364 días
• Edad máxima de ingreso: 65 años con 364 días	

Beneficiarios			
Nombres y Apellidos	Relación con el ASEGURADO Titular	% de Participación	Dirección

En caso de no designarse Beneficiario(s) de este seguro, la indemnización se pagará a los Herederos Legales del ASEGURADO. En caso de designarse más de un beneficiario y, de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales.

Descripción del Interés Asegurable
Brindar cobertura a los ASEGURADOS en caso de fallecimiento por accidente de acuerdo a lo establecido en la Póliza.

Coberturas, Sumas Aseguradas y Primas					
Planes	Coberturas	Suma Asegurada	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV	Marcar con una "X" la opción elegida
Plan Anual: Asegurado Titular	Muerte Accidental	S/1,000.00	S/91.53	S/108.00	()
	Renta para el Hogar (*)	S/200.00			
Plan Anual: Asegurado Titular + 01 Asegurado Adicional	Muerte Accidental	S/1,000.00	S/152.54	S/180.00	()
	Renta para el Hogar (*)	S/200.00			
Plan Bianual: Asegurado Titular	Muerte Accidental	S/1,500.00	S/162.72	S/192.00	()
	Renta para el Hogar (*)	S/250.00			
Plan Bianual: Asegurado Titular + 01 Asegurado Adicional	Muerte Accidental	S/1,500.00	S/274.58	S/324.00	()
	Renta para el Hogar (*)	S/250.00			

(*) La cobertura de Renta para el Hogar se brindará solo durante los dos (2) primeros meses desde el inicio de vigencia de la Solicitud-Certificado.

Periodicidad de pago: Prima Única Adelantada.

Forma de Pago: Con cargo al crédito.

La prima comercial incluye: Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros/ otro comercializador: 45.14%.

Asistencias

ASISTENCIA MÉDICA - FINANCIERA QAPAQ			
SERVICIOS			
Asegurados	Detalle de Servicios	Monto Máximo en Soles	Máximo de Atenciones por Año
ASEGURADO TITULAR	Atención médica ambulatoria a cuadro cerrado por Medicina General	100% Servicio	6 atenciones
	Medicamentos genéricos derivados de la consulta médica ambulatoria	100% Servicio	6 atenciones
	Servicio de envío de Médico a domicilio - Medicina General	Copago S/ 30.00	6 atenciones
	Enfermera a Domicilio (Servicio por procedimiento)	Copago S/ 25.00	6 atenciones
	Orientación médica telefónica las 24h, los 365 días del año	100% Servicio	Sin límite
	TELESALUD - Servicio de TeleSalud brindado por Medico General, servicios: ✓ Triaje Médico ✓ Diagnóstico médico de enfermedades de bajo complejidad ✓ Prescripción de medicamentos derivados del diagnóstico ✓ Lectura de exámenes de laboratorio ✓ Consejos para la buena salud y prevención de enfermedades.	100% Servicio	03 atenciones
	✓ Descuentos en nuestra red de Prestadores de Salud en consultas por Especialidad, exámenes de laboratorio y exámenes de imágenes (Rayos X y Ecografías)	Hasta 30% dscto	Sin Límite
Asegurados	Detalle de Servicios	Monto Máximo en Soles	Máximo de Atenciones por Año
ASEGURADO TITULAR+ 01 ASEGURADO ADICIONAL (**)	Atención medica ambulatoria a cuadro cerrado, Medicina General	100% Servicio	7 atenciones
	Medicamentos genéricos derivados de la consulta médica ambulatoria	100% Servicio	7 atenciones
	Servicio de envío de Médico a domicilio - Medicina General	Copago S/ 30.00	7 atenciones
	Enfermera a Domicilio (Servicio por procedimiento)	Copago S/ 25.00	7 atenciones
	Orientación médica telefónica las 24h, los 365 días del año	100% Servicio	Sin límite
	TELESALUD - Servicio de TeleSalud brindado por Medico General, servicios: ✓ Triaje Médico ✓ Diagnóstico médico de enfermedades de bajo complejidad ✓ Prescripción de medicamentos derivados del diagnóstico ✓ Lectura de exámenes de laboratorio ✓ Consejos para la buena salud y prevención de enfermedades.	100% Servicio	03 atenciones
	Descuentos en nuestra red de Prestadores de Salud en consultas por Especialidad, exámenes de laboratorio y exámenes de imágenes (Rayos X y Ecografías)	Hasta 30% Dscto.	Sin Límite

(**) El total de atenciones son utilizables en su totalidad por el Asegurado Titular y Asegurado Adicional declarado en el presente documento. Esto es, componen la totalidad de atenciones a solicitarse entre todos y no por cada uno de ellos.

Para hacer uso de los beneficios de cada plan se requiere siempre que el Asegurado Titular, como el Asegurado Adicional declarado en el presente documento residan en el territorio nacional.

LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SON PRESTADOS A TRAVÉS DE LA RED ASISTENCIAL DE VDR ASISTENCIAS S.A.C, MEDIANTE LA CENTRAL TELEFÓNICA: (01) 476-1610 la cual opera en los horarios de lunes a viernes de 09:00 a.m. a 06:00 p.m., a excepción del servicio orientación médica telefónica, que opera las 24h, los 365 días del año.

Todos los servicios de asistencia se deben coordinar directamente con VDR ASISTENCIAS S.A.C. No se aceptarán solicitudes de reembolso de gastos.

Detalle de las Coberturas

Muerte Accidental: Encaso de muerte por accidente del ASEGURADO, se pagará al Beneficiario la Suma Asegurada indicada en el presente documento. El seguro cubre el riesgo de muerte accidental 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.

Renta para el Hogar: En caso el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, ya sea que el accidente haya ocurrido en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA pagará la renta mensual temporal conforme a lo establecido en el presente Documento, a los BENEFICIARIOS que hayan sido designados, siempre y cuando las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones en el presente Documento.

Esta cobertura 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.

Exclusiones

Queda excluido de la cobertura de Muerte Accidental y Renta para el Hogar los siniestros que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Suicidio, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, consciente y voluntario.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil, o las que ocurran como consecuencia de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o guerra.
- c) Detonación, reacción o 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 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) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de vehículos motorizados (automóviles, motocicletas, lanchas o avionetas).
- g) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, en los términos señalados en el artículo de definiciones de este condicionado.
- h) Participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- i) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- j) La práctica de deportes peligrosos: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, box, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros y cacería de fieras.
- k) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión o similares, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
- l) Desempeñarse como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, y asimismo como empleado de una aerolínea que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- m) Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.
- n) Estado etílico del ASEGURADO, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente, o cuando el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de drogas o estupefacientes. 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.
- o) En estado de sonambulismo, insolación o congelación.
- p) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a

indemnización.

- q) Los denominados "accidentes médicos": apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos.
- r) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan; vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- s) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
- t) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- u) Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO Titular tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Solicitud-Certificado, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, siempre que el seguro no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO Titular que quiera hacer valer su derecho de resolver su Solicitud-Certificado, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. En caso el ASEGURADO Titular ejerza este derecho luego de 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.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

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

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales (durante la Vigencia del Contrato)

El CONTRATANTE tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el artículo 14° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales

Terminación del Seguro

El contrato de seguro terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) La muerte del ASEGURADO Titular. La muerte de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia. El cumplimiento de la edad límite de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
- c) Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, en caso ésta no haya sido renovada.
- d) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

Beneficiarios

Al fallecimiento del ASEGURADO, debido a un riesgo cubierto por la presente póliza, la COMPAÑÍA pagará a LOS BENEFICIARIOS designados la suma asegurada. La suma asegurada será entregada a los BENEFICIARIOS en un solo monto, salvo que el ASEGURADO hubiese acordado con la COMPAÑÍA otra forma.

Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

Para las coberturas de Muerte Accidental y Renta para el Hogar:

- 1) **Aviso del Siniestro:** Dar aviso por cualquiera de los medios de comunicación pactados, a la COMPAÑÍA o COMERCIALIZADOR acerca de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso o de conocido el beneficio, o después de dicho plazo, 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.
- 2) **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA y/o COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada).
 - a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tenga en su poder;
 - 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 inscripción definitiva del Acta de Sucesión Intestada o Testamento, expedida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos, que designe a el/los Heredero(s) Legal(es) o Beneficiario(s), según corresponda.
 - f. Copia Certificada del Atestado Policial Completo, en caso corresponda;
 - g. Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda; y
 - h. 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 siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente o documento que estime necesario, además y sin

perjuicio de los mencionados, así como aclaraciones o precisiones adicionales que sean necesarias para la evaluación del siniestro correspondiente, dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro. Los documentos podrán presentarse en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente.

El presente seguro no obliga a la COMPAÑIA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑIA 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.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

La COMPAÑIA / El COMERCIALIZADOR

Medios habilitados para presentar consultas 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:

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

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

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro. Número de Póliza y/o Certificado de Seguro contratado con Chubb Seguros Perú (solo 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 09:00 am a 06:00 pm.

Instancias habilitadas para que el ASEGURADO presente reclamos y/o denuncias, según corresponda

- Defensoría del Asegurado:** En tanto el monto del siniestro no supere los US\$ 50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Telefaxis: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna N°307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional.
- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:** Plataforma de Atención al Usuario, Teléfono: (01) 200-1930 en Lima o 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), 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

Cargas

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se 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.

Domicilio y Comunicaciones

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

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑIA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para este contrato de seguro.

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

Autorización de uso de datos personales

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

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

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

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

El ASEGURADO AUTORIZA: Sí _____

No _____ (marcar con una X)

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

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.

Importante

- La información contenida en este Documento es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales. No son oponibles al ASEGURADO los contenidos que no le hayan sido informados en el presente documento.
- 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 calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO, salvo rechazo de la solicitud por parte de la COMPAÑÍA.
- 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 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 Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias
- **Deducibles, Franquicias o Copago: No aplican**

Fecha de emisión: _____



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

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

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

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

EL ASEGURADO AUTORIZA: Sí _____

No _____ (marcar con una X)

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

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.

Importante

- La información contenida en este Documento es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales. No son oponibles al ASEGURADO los contenidos que no le hayan sido informados en el presente documento.
- 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, salvo rechazo de la solicitud por parte de la COMPAÑÍA.
- 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 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 Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias
- Deducibles, Franquicias o Copago: No aplican

Fecha de emisión: _____



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

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

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

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

EL ASEGURADO AUTORIZA: Sí _____

No _____ (marcar con una X)

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

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.

Importante

- La información contenida en este Documento es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales. No son oponibles al ASEGURADO los contenidos que no le hayan sido informados en el presente documento.
- 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, salvo rechazo de la solicitud por parte de la COMPAÑÍA.
- 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 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 Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias
- Deducibles, Franquicias o Copago: No aplican

Fecha de emisión: _____



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

Firma del ASEGURADO

CONDICIONADO GENERAL DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA

El presente documento regula los términos y condiciones de los diferentes servicios de asistencia en favor de LOS ASEGURADOS de Chubb Seguros Perú S.A (en adelante "**LOS AFILIADOS**").

Importante:

- El servicio será prestado a través de la Red Asistencial de VDR ASISTENCIAS, mediante nuestra Central Telefónica de VDR ASISTENCIAS (01) 476-1610.
- Todos los trámites se deben coordinar directamente con VDR ASISTENCIAS, no se aceptarán solicitudes de reembolso de gastos realizados, cuando el Cliente realiza el servicio de forma particular, **de igual forma con la medicación.**
- El Cliente Beneficiario declara que antes de su aceptación ha tomado conocimiento directo de todos los artículos del Condicionado General. Se considera "Adicional" al cónyuge, hijos(as) mayores de 18 años o padres debidamente declarados en la Solicitud-Certificado del SEGURO. Solo puede declararse un dependiente para acceder a los beneficios del servicio de asistencia.

Detalle de los Servicios de Asistencias Médicas y Territorialidad:

Las Asistencias detalladas en el presente documento, serán brindadas únicamente a Nivel Nacional (dentro del territorio peruano). Es por ello que para hacer uso de los beneficios del Plan, se requiere siempre que los ASEGURADOS residan en el territorio nacional.

Procedimiento para la activación de los Servicios Médicos:

Los servicios deberán ser solicitados a través del número de asistencia de la central telefónica de VDR Asistencias **(01) 476-1610**, el cual se encuentra disponible de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm., a excepción del servicio orientación médica telefónica, que opera las 24h, los 365 días del año.

- El Cliente se comunicará a la central de operaciones de VDR Asistencias, para solicitar cualquiera de los ítems de la asistencia antes mencionadas.
- Toma de información y solicitud de servicios por parte de un agente de la central de operaciones.
- Verificación de requisitos necesario para prestación de la asistencia
- Realización de triaje médico telefónico para determinar la asistencia necesaria para el Cliente.
- Comunicación con el Cliente para indicar el procedimiento de entrega de medicamentos genéricos en Inkafarma y/o Mifarma

1. **Atención médica ambulatoria a cuadro cerrado por Medicina General:** Brindará al Titular y/o Adicional declarado consultas médicas a través de su línea exclusiva de call center en coordinación con nuestra red médica a nivel nacional gestionando su cita al (01) 476-1610 en los horarios de lunes a viernes de 09:00 a.m. a 06:00 p.m. La Asistencia se brindará al 100%, sin costo alguno por evento. El servicio de nuestro plan médico comprende los procedimientos del plan a cuadro cerrado atendidas por Medicina General.

Solo a través de esta vía podrá obtener los servicios asistenciales adquiridos, por ningún motivo el Titular y/o Adicional declarado se acercará directamente a la Clínica, Centro médico, consultorio particular si es que no tiene una autorización previa a través de nuestro sistema de gestión de citas médicas.

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

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

*Los exámenes médicos adicionales, así como las derivaciones a especialidades médicas serán asumidas por el Titular y/o Adicional.

N° de Eventos:

- Plan Asegurado Titular: 06 atenciones al año.
- Plan Asegurado Titular + 01 Adicional: 07 atenciones al año.

2. **Medicamentos genéricos derivados de la consulta médica ambulatoria:** El presente Plan de Asistencia Médica, **cubre medicamentos en su presentación genérica hasta 10 días continuos de tratamiento que le hayan sido prescritas en la atención médica ambulatoria por Medicina General, Ginecología, Urología, Pediatría y Gastroenterología**, los cuales serán recetados mediante vademécum propio (fuente oficial que contiene los principios activos de los medicamentos que se comercializan actualmente en el territorio nacional, así mismo es utilizado para corroborar que el medicamento prescrito no cuenta con restricciones de uso o comercialización) por el médico tratante el cual establecerá la cantidad y días a suministrar. La Asistencia se brindará al 100% sin costo alguno por atención por Titular y/o Adicional. El Cliente deberá coordinar a la central telefónica (01) 476-1610, de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm para el recojo de medicinas en cadenas de farmacias MiFarma y/o Inkafarma, portando receta médica original y DNI. La receta médica tiene una validez de siete días naturales desde la fecha de la prescripción médica. **No aplica reembolso para recetas médicas.**

N° de Eventos:

- Plan Asegurado Titular: 06 atenciones al año.
- Plan Asegurado Titular + 1 Adicional: 07 atenciones al año.

3. **Servicio de envío de Médico a domicilio - Medicina General:** Se dará solo en Medicina General **sujeto a un copago por atención de S/ 30.00 soles por consulta realizada, no incluye medicamentos.** Se encuentra excluido todo gasto adicional que origine la visita del médico a domicilio. Para hacer uso del servicio el Titular y/o Adicional deberá llamar a la central telefónica de VDR Asistencias (01) 476-1610 en el horario de lunes a

viernes de 09:00 a 06:00 pm. El servicio se brindará de acuerdo con la urgencia médica determinada en el triaje telefónico y según disponibilidad del médico teniendo como horario máximo de atención el sábado hasta el mediodía.

N° de Eventos:

- Plan Titular Asegurado Titular: 06 atenciones al año.
- Plan Titular Asegurado Titular + 01 Adicional: 07 atenciones al año.

4. **Enfermera a Domicilio (Servicio por procedimiento):** Interviene en la aplicación de tratamientos ambulatorios específicos recetados al paciente. El tiempo máximo que podrá permanecer la enfermera es de una hora. **Está sujeto a un copago por atención de S/ 25.00 soles por consulta realizada.** El Titular y/o Adicional deberá presentar su diagnóstico y tratamiento médico a la Enfermera. **Se encuentra excluido todo gasto adicional que origine la visita de la enfermera a domicilio.**

Se coordinará el servicio en el horario de lunes a viernes de 09:00 a 06:00 pm., comunicándose con la central telefónica de VDR Asistencias (01) 476-1610. El servicio se brindará según disponibilidad teniendo como horario máximo de atención el sábado hasta el mediodía. Los servicios por brindar son los siguientes:

Colocación de vía endovenoso	Curas quirúrgicas locales 1 a 4 puntos
Aplicación intramuscular / Subcutánea	Curas quirúrgicas de gran extensión 5 a 10 puntos
Colocación de enema rectal	Control de funciones vitales
Administración de tratamiento endovenoso	Colocación cateterismo vesical
Cura de ulcera por presión 1° y 2°	Baño en cama

N° de Eventos:

- Plan Asegurado Titular: 06 atenciones al año.
- Plan Asegurado Titular + 01 Adicional: 07 atenciones al año.

5. **Orientación médica telefónica las 24h, los 365 días del año:** Servicio operativo las 24 horas al día los 365 días del año, tiene como finalidad brindar respuestas a las inquietudes y consultas efectuadas por los Titular y/o Adicional en cualquier edad (niños, adultos y adultos mayores) según su estado y condición física actual, en búsqueda de soluciones a su enfermedad, dolencia, signo o síntoma, pudiendo llegar a brindar al Titular y/o Adicional un diagnóstico presuntivo de lo detallado por él mismo (traje médico) evaluando riesgos y posibles complicaciones del Titular y/o Adicional para poder así llegar a realizar la derivación correspondiente como: utilización de medios físicos, derivación de consultas ambulatorias por medicina general/especialidades, servicios de ambulancia por urgencia médica, servicios domiciliarios (enfermera, médico, fisioterapeuta) entre otros. **El servicio se prestará solo como orientación o guía, el profesional médico en línea que brinda el servicio en ningún momento dará un diagnóstico definitivo, recetará medicamentos, ni asegurará la duración del proceso de la enfermedad o molestia al Titular y/o Adicional vía telefónica. El servicio se brindará las 24 horas los 365 días del año; para ello deberá comunicar a nuestra central telefónica (01) 476-1610. La Asistencia se brindará al 100% sin costo alguno por evento.**

N° de Eventos:

- Plan Asegurado Titular: Sin Límite.
- Plan Asegurado Titular + 01 Adicional: Sin Límite.

6. **TeleSalud:** En caso se requiera de una consulta telefónica con un médico ante cualquier molestia que sufriera (siempre que no sean emergencia), se gestionará y coordinará una video llamada mediante WhatsApp o Zoom con un especialista en Medicina General para que absuelva su consulta. Tiene como ventaja realizar respuestas a las inquietudes y consultas efectuadas del cliente que pueda decidirse a qué especialidad recurrir para la dolencia o malestar que presentan, siempre que no sea una emergencia, recibiendo atención personalizada y una respuesta rápida y eficaz por parte de profesionales.

Para hacer uso de la telemedicina el Titular y/o Adicional deberá contar con una conexión estable a internet y comunicarse previamente con la central de emergencias y solicitar la cita.

Servicio disponible a través de nuestra central telefónica (01) 476-1610, en los horarios de lunes a viernes de 09:00 am. a 06:00 pm. VDR Asistencias brinda el servicio al 100% sin costo alguno, teniendo 3 atenciones al año.

En caso el médico crea conveniente emitir un descanso médico, lo gestionará dentro de la Receta médica.

*Los exámenes médicos adicionales, así como las derivaciones a especialidades médicas serán asumidas por el Titular y/o Adicional.

N° de Eventos:

- Plan Asegurado Titular: 03 atenciones al año.
- Plan Asegurado Titular + 1 Adicional: 03 atenciones al año.

7. **Descuentos en nuestra red de Prestadores de Salud:** VDR Asistencias a través de su Red de Prestadores de Salud brindará descuentos hasta el 30% en atención ambulatoria por Especialidad, exámenes de laboratorio y exámenes de imágenes (Radiografía y Ecografía). Para solicitar el servicio el Titular y/o Adicional deberá comunicarse a la central de VDR Asistencias (01) 476-1610 de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm.

N° de Eventos:

- Plan Asegurado Titular: Sin Límite.
- Plan Asegurado Titular + 1 Adicional: Sin Límite.

8. Exclusiones:

- Cuando el Titular al momento de contratar el servicio directamente o a través de un tercero no cumpla con los rangos de edad.
- Suicidio, guerra, guerra civil, sedición, rebelión cualquier acto terrorista, erupción volcánica o Atenciones de similar naturaleza.
- Asistencia por la ingesta voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica
- Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario
- Los relativos al embarazo, parto y sus complicaciones

- Quedan excluidos los servicios médicos de medicina alternativa y/o complementaria, tales como cuidados particulares de enfermería para casos hospitalarios o domiciliarios. Atenciones y/o tratamientos brindados por personas que no sean médicos, llámese procedimientos médicos a los que el Cliente se somete de manera voluntaria.
- Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico - quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes.
- Cuando el Cliente o Representante Familiar no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el servicio, o bien incurra en falsedad de declaraciones.