

CONDICIONADO DEL SERVICIOS DEL PROGRAMA "ASISTENCIA CHIP"
SUSCRITO ENTRE IMPULSA 365 y CHUBB

1. INTRODUCCION.

CHUBB con su programa "**ASISTENCIA CHIP**", le brinda Asistencia en Medical y Chequeo General, ante cualquier eventualidad las 24 horas del día, los 365 días del año. Con tan sólo una llamada al **613-1358**, dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier problema, sujetándose para ello al presente contrato.

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

2.1 DEFINICIONES.

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

- A) CHUBB.**
- B) I365: IMPULSA 365 SAC**
- C) AFILIADO**: Es la persona física **AFILIADO DE CHUBB** que se haya afiliado a "**ASISTENCIA CHIP**". Dentro de este rubro se entenderán como Beneficiarios del **AFILIADO** el cónyuge, hijos y/o dependientes menores de 18 años que vivan permanentemente y bajo la dependencia económica del **AFILIADO**, quienes podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el **AFILIADO** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.
- D) TITULAR: AFILIADO** principal de **CHUBB**.
- E) NUEVOS SOLES**: La moneda en curso legal en la República del Perú
- F) SERVICIOS**: Los servicios de asistencia contemplados en "**ASISTENCIA CHIP**" y que se refiere el presente documento.
- G) SITUACIÓN DE ASISTENCIA**: Todo hecho o acto del hombre, accidente, avería o falla de un vehículo de un **AFILIADO** ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el documento, que den derecho a la prestación de los **SERVICIOS**.
- H) ACCIDENTE**: Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales a un **AFILIADO**, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad) que ocurra a un **AFILIADO** durante la vigencia del presente documento.
- I) FAMILIAR**: Cónyuge, hijos menores de 18 años y empleada del hogar.
- J) FECHA DE INICIO**: Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece **IMPULSA 365** estarán a disposición de los **AFILIADOS** de **CHUBB**.

- K) PAÍS DE RESIDENCIA:** La república del Perú.
- L) REPRESENTANTE:** Cualquier persona, sea o no acompañante del **AFILIADO** que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.
- M) RESIDENCIA PERMANENTE:** El domicilio habitual que en el Perú manifieste tener un **AFILIADO** en el contrato de crédito que respecto de alguna de las tarjetas de crédito que maneja **CHUBB** y que haya celebrado con esta empresa o cualquier otro domicilio que el **AFILIADO** haya notificado a **CHUBB** con posterioridad a la firma del mencionado contrato de crédito, domicilio que será considerado como el del **AFILIADO** para los efectos de los servicios de asistencia materia del presente documento, especialmente para los servicios denominados como “**KILÓMETRO CERO**”.
- N) EQUIPO MÉDICO:** Es el personal médico y demás equipo asistencial de **IMPULSA 365**, o subcontratado por **IMPULSA 365**, apropiado para prestar servicios de asistencia pre-hospitalaria en urgencia médica a un **AFILIADO**.
- O) TERRITORIALIDAD:**
Lima Metropolitana, Callao y Balnearios
 Por el Norte: Hasta la Variante de Ancón.
 Por el Sur: Hasta Villa el Salvador (en verano se amplía hasta Asia).
 Por el Este: Hasta Chosica.
 Por el Oeste: Hasta la Punta.
Provincias: El radio de acción será de 40km. a la redonda, partiendo del centro de cada ciudad.
 Por el Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote y Huaraz.
 Por el Sur: Chincha, Pisco, Ica, Arequipa, Juliaca, Puno y Tacna.
 Por el Este: Huancayo, Huánuco y Cuzco.

3. BENEFICIOS.

3.1 SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA (Extensivo a Padres y empleada del hogar que vivan con el titular)

A) ORIENTACIÓN MEDICA TELEFÓNICA - 24 HORAS

En caso de que el **AFILADO** requiera de una consulta telefónica con un medico ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), **IMPULSA 365** gestionará y coordinará un enlace telefónico con un médico especialista en medicina general para que absuelva su consulta. Este servicio se brindará las 24 horas del día. **IMPULSA 365** no se hace responsable por el diagnóstico que se brinde o el mal manejo de la orientación brindada. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

B) TELEMEDICINA (MEDICINA GENERAL, PEDIATRÍA Y GINECOLOGÍA)

En caso de que el TITULAR requieran de una consulta médica por video llamada ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA gestionará la habilitación de un consultorio virtual con un médico en las especialidades de Medicina General y Ginecología.

Este servicio se brindará las 24 horas del día. **El servicio aquí indicado se realizará: 4 EVENTOS AL AÑO SIN COSTO.** Posterior a esta cantidad de eventos, cada consulta por telemedicina tendrá un co-pago de S/ 30.00. Para hacer uso de la telemedicina el TITULAR deberá comunicarse previamente con la central de emergencias y solicitar la cita

IMPORTANTE: el TITULAR debe previamente llamar a la central para que le enviemos luego del triaje telefónico un link por mail o por sms para la videoconsulta.

El servicio de Telemedicina podrá recetar medicamentos, pero solo estarán incluidos hasta el máximo en cobertura en la consulta a domicilio.

C) TRASLADO MÉDICO (AMBULANCIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE):

En caso de que el **AFILIADO** sufra una enfermedad grave o accidente automovilístico que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización, **IMPULSA 365** gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, **IMPULSA 365** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de: **S/. 550.00 SOLES POR EVENTO, 4 EVENTOS POR AÑO.**

D) ENVIO DE TERAPEUTA FISICO A DOMICILIO:

En caso de que el **AFILIADO** sufra una enfermedad o padecimiento y necesite de la ayuda y rehabilitación de un terapeuta físico, **IMPULSA 365** gestionará y cubrirá el costo del traslado del personal quien determinará cuantas sesiones son necesarias y realizará la rehabilitación adecuada a la residencia del **AFILIADO**, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO** siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

Las visitas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por **IMPULSA 365** , no están cubiertas, y **IMPULSA 365** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el beneficiario o terceros. **CO PAGO DE S/. 35.00 NUEVOS SOLES POR HORA Y 4 EVENTOS POR AÑO**

E) ENVÍO DE MÉDICO GENERAL A DOMICILIO:

En caso de que el **AFILIADO** sufra una enfermedad o padecimiento del momento y que requiera la evaluación o diagnóstico de un Médico General, **IMPULSA 365** gestionará y cubrirá el costo del traslado del médico a la residencia del **AFILIADO**, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO** siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por **IMPULSA 365**, no están cubiertas, y **IMPULSA 365** no se responsabiliza por los servicios

médicos contratados directamente por el beneficiario o terceros. **CO PAGO DE S/. 35.00 NUEVOS SOLES Y SIN LÍMITE DE EVENTOS**

F) ENVÍO DE ASESOR MEDICO (PARA RECOMENDACIÓN DE ESPECIALIDADES SEGÚN DIAGNÓSTICO; LECTURA DE ANÁLISIS):

En caso de que el **AFILIADO** necesite una lectura de análisis o desee saber a qué especialidad médica acudir, **IMPULSA 365** gestionará y cubrirá el costo del traslado de un Asesor Médico (doctor en medicina general) a la residencia del **AFILIADO**, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO** siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por **IMPULSA 365**, no están cubiertas, y **IMPULSA 365** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el beneficiario o terceros. **CO PAGO DE S/. 50.00 NUEVOS SOLES Y SIN LÍMITE DE EVENTOS**

G) PAGO DE MEDICAMENTOS SEGÚN INDICACION MEDICA (CONDICIONADO A LA VISITA DEL MEDICO A DOMICILIO)

En caso de que el **AFILIADO** requiera de la entrega de medicamentos luego de la visita por parte de nuestro medico a domicilio **IMPULSA 365** cubrirá la entrega o el reembolso de dichos medicamentos. El servicio aquí indicado se realizará con un límite: **DE S/. 50 NUEVOS SOLES POR EVENTO CON UN MAXIMO DE 2 EVENTOS POR AÑO.**

H) SALA DE URGENCIAS POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD GRAVE (CHUBB):

En caso de que el **AFILIADO**, requiera atención por alguna lesión producto de un accidente o enfermedad grave que ponga en riesgo la vida del paciente, y requiera atención médica, este podrá atenderse en el centro médico de su preferencia y posteriormente solicitar el reembolso de la primera atención médica. Para este reembolso tendrá que comunicarse con **IMPULSA 365** quien solicitará el sustento de los gastos incurridos en la atención médica y el diagnóstico del médico tratante. **Con un límite máximo de S/500.00 NUEVOS SOLES POR EVENTO CON UN MAXIMO DE 1 EVENTO POR AÑO**

I) SEGUNDA OPINION MÉDICA:

Cuando un beneficiario padezca una enfermedad diagnosticada como de pronóstico fatal, incurable o que compromete gravemente su calidad de vida, o bien cuando el tratamiento propuesto conlleva un elevado riesgo vital, el mismo podrá solicitar a través de la Central de Asistencias una segunda opinión médica en el extranjero para que un profesional médico estudie la información procedente de su historia clínica y emita el informe respectivo, que será enviado al solicitante. Se incluyen los gastos de envío de la historia clínica y el costo cobrado por el profesional médico para estudiar el caso. La segunda opinión médica se realiza con los siguientes fines:

- Confirmación diagnóstica de enfermedad degenerativa progresiva sin tratamiento curativo del

sistema nervioso central, de una enfermedad neoplásica maligna, excepto cánceres de piel que no sean melanoma.

- Confirmación de alternativas terapéuticas en todas las neoplasias malignas, incluyendo cánceres de piel, tanto al inicio, como a la recidiva o en el momento de aparición de metástasis.
- Propuesta terapéutica para enfermedad coronaria avanzada de angioplastia múltiple o simple frente a cirugía cardíaca coronaria convencional.
- Propuesta de cirugía coronaria convencional en situación de riesgo, con o sin circulación extracorpórea, frente a revascularización transmiocárdica con láser, neoangiogénesis o trasplante.
- En cardiopatía congénita con indicación de cierre o ampliación de defecto congénito por técnica de cardiología intervencionista frente a cirugía convencional.
- Confirmación diagnóstica de tumoración cerebral o raquimedular.
- Propuesta de tratamiento quirúrgico en escoliosis de grado mayor idiopática o no idiopática.
- Confirmación de diagnóstico de enfermedad rara. Se entenderá por enfermedad rara: aquella enfermedad con peligro de muerte o invalidez crónica, incluidas las de origen genético, que tiene una prevalencia baja, es decir, menor de cinco casos por cada diez mil habitantes.
- Confirmación de alternativas terapéuticas en todas las neoplasias malignas de piel, tanto al inicio como a la recidiva o en el momento de aparición de la metástasis.
- Confirmación diagnóstica de parálisis cerebrales infantiles.
- Confirmación de alternativas terapéuticas en epilepsia refractaria a tratamiento.
- Confirmación de intervención quirúrgica en los casos de accidentes cerebrovasculares y lesiones tromboembólicas arteriales como alternativa a otro tratamiento.
- Confirmación diagnóstica o de alternativas terapéuticas sobre patologías oftálmicas que provoquen disminución de la agudeza visual óptima igual o inferior a 0,1 bilateral (Escala de Schnellen) o disminución del campo visual bilateral hasta ser igual o inferior a 10º.
- Confirmación de alternativa terapéutica quirúrgica en el aneurisma de aorta.
- Confirmación de alternativas terapéuticas quirúrgicas en cardiopatía isquémica.
- Confirmación de alternativas terapéuticas en pacientes incluidos en protocolo de trasplantes.
- Propuesta de tratamiento quirúrgico en patologías de la columna vertebral con afectación medular y, en su caso, afectación radicular que afecte gravemente la calidad de vida de los pacientes previamente intervenidos por alguno de los siguientes

Procedimientos:

Reapertura de sitio de laminectomía.

Otra exploración y descompresión del canal espinal.

Excisión o destrucción de lesión de médula espinal/meninges espina.

Excisión.o destrucción de disco intervertebral no específica.

Artrodesis vertebral.

Refusión vertebral.

Fusión vertebral circunferencial, acceso con incisión única.

Inserción de dispositivo de fusión vertebral intersomático.

Condiciones médicas que califican:

Propuesta de tratamiento quirúrgico en patologías del aparato locomotor que comprometa gravemente la calidad de vida de los pacientes previamente intervenidos por alguno de los siguientes procedimientos:

Sustitución total de cadera.

Sustitución total de rodilla.

Cáncer de Seno, Cáncer de Colón, Leucemia Infantil, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Estómago, Cáncer de Hígado, Cáncer de Riñón, Leucemia en Adultos, Melanoma, Derrame Cerebral, Defectos Congénitos Enfermedad de Lyme Esclerosis Múltiple, SIDA, Sordera, Neuroblastoma, Enfermedad Neuro-motora,

Tumor Benigno en Cerebro, Cáncer de Próstata, Defectos Cardiacos en Niños, Cáncer Uterino, Cáncer de Cerebro, Cáncer Pancreático, Cáncer de Vejiga, Linfoma de Non-Hodgkin, Distrofia Muscular, Endometriosis, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad Severa Cardíaca ... y otras basadas en requerimientos Servicios disponibles para diagnósticos probables, así como definitivos.

Para acceder al servicio, el Titular del Beneficio de la Asistencia deberá solicitar a nuestra asistencia el servicio de segunda opinión médica, el Titular del Beneficio de la Asistencia deberá enviar los documentos con el primer diagnóstico y su historia médica vía correo electrónico. Se le indica al Titular del Beneficio de la Asistencia que estos datos están amparados por la cláusula de confidencialidad y que sólo serán manejados por el personal médico del Proveedor y por el especialista que efectúe el análisis para entregar la Segunda Opinión Médica.

Este servicio de asistencia proporciona al Titular del Beneficio de la Asistencia el contacto con un especialista para confirmar el diagnóstico y/o las posibilidades terapéuticas.

Una vez que el equipo médico del Proveedor recibe la información y analiza los datos, seleccionará el especialista apropiado para realizar la revisión, pudiendo ser este especialista nacional o extranjero dependiendo del diagnóstico inicial y de las posibilidades evaluadas por el Titular del Beneficio de la Asistencia antes de solicitar la Segunda Opinión Médica. Si es necesario, el Proveedor coordinará la traducción de la información médica a través de profesionales especializados. Si el caso amerita ser revisado por más de un especialista, se coordinará el envío a todos ellos de la información médica. **Con un límite máximo de S/100.00 NUEVOS SOLES POR EVENTO CON UN MAXIMO DE 1 EVENTO POR AÑO Servicio solo para el titular con un periodo de carencia de 6 meses.**

J) ATENCIÓN MEDICA AMBULATORIA EN MEDICINA GENERAL, GINECOLOGÍA, UROLOGÍA Y PEDIATRÍA.

Otorgada por un médico en la especialidad de Medicina General, **Ginecología, Urología y pediatría.** que incluye un conjunto de actividades mediante las cuales se evalúa el estado de salud y los factores de riesgos, con el objeto de detectar precozmente circunstancias o patologías que puedan alterar su desarrollo y salud, el presente plan y/o cobertura no limita el número de atenciones médicas o consultas, pero el **TITULAR** o **AFILIADO** solo tendrá derecho a utilizar este servicio con un intervalo de siete (7) días por consulta y receta médica. El asegurado pagará un CO-PAGO S/. 30.00 y tendrá cobertura hasta 6 eventos al año

*No se cubren enfermedades pre-existentes.

***Reembolso de Consultas Médicas General:** Solo se procederá a reembolsar hasta un máximo de S/.15.00 (Quince y 00/100 nuevos soles) por consulta y sólo en aquellos casos donde no exista Red de Centros Médicos Afiliados*, hasta un máximo de cuatro (4) eventos por año. En ningún caso se reembolsará la entrega de medicinas.

***Red de Proveedores para Atenciones Médicas:** Las prestaciones Médicas otorgadas el Plan, estarán dadas únicamente por la Red de Proveedores médicos proporcionada por RED SALUD.

K) ENTREGA MEDICAMENTOS GENERICOS (DERIVADOS DE LA CONSULTA MEDICA AMBULATORIA)

El **TITULAR** y/o **AFILIADO** tendrá derecho a recibir los medicamentos en su presentación genérica, que le hayan sido prescritos por el médico de la Red de Centros Médicos Afiliados, hasta por un **máximo de S/.50.00 Cincuenta y 00/100 nuevos soles**) como importe máximo a cubrir en cada receta y hasta 4 eventos al año. Si el importe de la receta excede los S/.50.00 (Cincuenta y 00/100 nuevos soles), el **TITULAR** y/o **AFILIADO** tendrá la posibilidad de cancelar el diferencial de la cobertura y/o el costo total de la receta.

L) PRUEBA COVID ANTÍGENA (CARENCIA 3 MESES)

En caso de que el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** requiera el descarte de prueba Covid por ser sintomático o haber tenido contacto con alguna persona que dio positivo Covid, el **AFILIADO Y/O SUS BENEFICIARIOS** pasara por un triaje médico para que a través de **I365** se coordine la prueba necesaria (Antígeno ó Molecular). El servicio aquí indicado se realizará: **HASTA S/. 150.00 Y UN (1) EVENTO AL AÑO.**

3.2. CHEQUEO GENERAL (SOLO TITULAR)

En caso que el **AFILIADO**, requiera el servicio de chequeo general, podrá acceder a todos los servicios siguientes:

Examen Físico Completo:

Examen general: Piel, anexos, tejido graso, sistema osteo -muscular.

Examen regional: Cuello, tiroides, tórax, pulmones, abdomen y renal.

Índice de masa corporal.

Análisis Clínico

Hemograma Completo

Grupo sanguíneo y RH

Colesterol y Triglicéridos

Radiografía de Tórax

Examen Odontológico

Examen Oftalmológico

Este servicio se realizará solo en Lima Metropolitana y de acuerdo a la programación disponible, **con un co-pago de S/.60.00 POR EVENTO CON UN MAXIMO DE 1 EVENTO POR AÑO. Servicio solo para el titular con un periodo de carencia de 3 meses.**

4. CASOS DE EXCEPCIÓN:

No son objeto de los **SERVICIOS**, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- A) La mala fe del **AFILIADO** comprobada por el personal de **IMPULSA 365** .
- B) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- C) Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- D) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- E) La energía nuclear radiactiva.
- F) Enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos, enfermedades Pre existentes y de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje. siempre y cuando el viaje no sea mayor a 60 días
- G) La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- H) Enfermedades mentales.
- I) La adquisición y uso de prótesis o anteojos.
- J) El embarazo.
- K) Prácticas deportivas en competencia.
- L) El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia del **AFILIADO** en el procedimiento.
- M) La falta de cooperación del **AFILIADO** para la recuperación de la caución exhibida por la empresa.
- N) Queda entendido que el **AFILIADO** podrá optar únicamente por una de las coberturas brindadas a partir del **KILÓMETRO SESENTA**, según sea su situación, o a conveniencia del mismo.

IMPULSA 365 avisará a **CHUBB** de los servicios improcedentes por las causas arriba citadas para verificar si éste autoriza la prestación del servicio por la calidad del cliente de que se trate siempre y cuando que por circunstancias de la hora y el día se pueda comunicar inmediatamente, de lo contrario se reportará al día siguiente hábil por escrito.

7. EXCLUSIONES:

- A) Las situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los Beneficiarios contra de la prescripción del médico de cabecera o durante viajes de duración superior a sesenta (60) días naturales, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.
- B) Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- C) Cuando el Beneficiario no se identifique como **AFILIADO** de **CHUBB**.
- D) Cuando el Beneficiario incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

8. EXCLUSIONES GENERALES:

Los servicios de emergencia sólo se prestarán en el lugar de residencia habitual del **AFILIADO**. Excluyendo locales comerciales, oficinas, así como otras viviendas propiedad del afiliado. Asimismo, será excluyente del servicio:

- a) Daños intencionales, así como los causados por guerra, rebelión, asonada, motín, protesta, paro y situaciones que alteren la seguridad pública.
- b) Daños por terremoto, erupción volcánica, inundación, erupción, y cualquier fenómeno natural.
- c) Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los trabajos.
- d) En caso que el costo del servicio de emergencia exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el afiliado.

8. OBLIGACIONES DEL AFILIADO:

Con el fin de que el **AFILIADO** pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- A) Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **IMPULSA 365**.
- B) Dar aviso oportuno a **IMPULSA 365** del cambio de **RESIDENCIA PERMANENTE DEL TITULAR**. Queda entendido que en caso de que el **TITULAR** establezca su residencia permanente en un lugar distinto al territorio del Perú, la relación entre **IMPULSA 365** y el **AFILIADO** se tendrá por extinta, con lo cual **IMPULSA 365** se verá liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados en el presente contrato y el **AFILIADO** se verá liberado de su obligación de pagar las cuotas necesarias para recibir los servicios aquí establecidos.

Identificarse como **AFILIADO** ante los funcionarios de **IMPULSA 365** o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

9. PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ASISTENCIA:

- A)** El **AFILIADO** deberá llamar a la Central de Emergencia **613-1358**.
- B)** Seguidamente, deberá identificarse con el nombre del **AFILIADO**, DNI, teléfono y dirección para la validación respectiva.
- C)** El **SERVICIO** se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables.
- D)** En el caso de los beneficios adicionales, el **AFILIADO** deberá abonar el importe por concepto de deducibles y/o gastos no cubiertos que correspondan según las condiciones establecidas en la póliza que tenga contratada.

10. SUBROGACIÓN.

IMPULSA 365 quedará subrogada hasta el límite del costo de los servicios prestados al **AFILIADO** de las sumas pagadas por dicha compañía, en relación con los derechos que tenga el **AFILIADO** para el cobro de indemnizaciones al responsable del accidente o enfermedad que haya dado lugar a la prestación de los servicios contemplados en el presente documento.

11. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Queda entendido que **IMPULSA 365** podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.