



**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN  
 PROGRAMA ASISTENCIAL  
 “BIENESTAR AÑOS DORADOS” – DINERS CLUB**

DATOS DEL PROGRAMA AÑOS DORADOS				
Plan	Años Dorados	Moneda	Soles	
DATOS DE LA COMPAÑÍA:				
Nombre o Razón Social: Corporación AGP Perú S.A.C				
Dirección: Calle Boulevard 180 oficina 1103			Provincia: Lima	
Distrito: Santiago de Surco				
Departamento: Lima			Teléfono: (01) 7339160	
DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR				
Nombre o Razón social	Diners Club Perú S A	RUC	20100118760	
Dirección	Av. Canaval y Moreyra Nro. 535 Urb. El Palomar			
Distrito	San Isidro	Provincia	Lima	
Departamento	Lima	Teléfono	(01) 6151111	
DATOS DEL AFILIADO TITULAR				
Apellido paterno	Apellido materno	Primer nombre	Segundo nombre	
Tipo de documento	Nº de documento	Género	Fecha de nacimiento	
<input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> C.E.		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	/ /	
Dirección del Domicilio	Nº / Mz. / Lt	Distrito	Provincia	Departamento
Teléfono fijo	Teléfono celular			
CONDICIONES DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL PROGRAMA				
No aplica límite de edad de ingreso o permanencia al programa.				
Por otro lado si el afiliado que haya cancelado o desafiliado al programa y desea adquirir un programa nuevo, tendrá acceso al saldo de los servicios pendientes por usar, de acuerdo con la fecha de inicio de vigencia del primer certificado adquirido.				
VIGENCIA DEL PROGRAMA				
Inicio: 30 días posteriores a la fecha de emisión del Certificado del Programa.				
Fin: Por pedido expreso y escrito del AFILIADO. O 3 cuotas impagas consecutivas				
Renovación: Anual automática.				
SERVICIOS INCLUIDOS (*)				
Cada uno de los servicios incluidos en el programa tiene un máximo de eventos al año por DNI, y un límite de uso por mes, especificados en este certificado.				

Seguimiento y apoyo al adulto mayor:	Máximo de Eventos al año por DNI	Modalidad:	Eventos incluido sin costo
Control y seguimiento recomendaciones médicas	24 (límite por mes: 2)	Tele consulta o agendamiento presencial	<b>SI</b>
Psicología / Trabajo social	6 (límite por mes: 2)	Tele consulta o agendamiento presencial	<b>SÍ</b>



Nutrición	6 (límite por mes: 2)	Tele consulta o agendamiento presencial	<b>SÍ</b>
<b>En caso de hospitalización o prescripción médica</b>	<b>Máximo de Eventos al año por DNI</b>	<b>Modalidad:</b>	<b>Eventos incluido sin costo</b>
Enfermería: Aplicación de sueros (**)	12 (límite por mes: 2)	Agendamiento presencial	<b>SÍ</b>
Enfermería: Aplicación de inyecciones (**)			
Enfermería: Toma de signos vitales (**)			
Enfermería: Toma de tensión arterial (**)			
Aux de enfermería: Cuidados adulto mayor: apoyo a cuidado personal	8 (límite por mes: 2)	Agendamiento presencial	<b>SÍ</b>
Fisioterapia	6 (límite por mes: 2)	Tele consulta o agendamiento presencial	<b>SÍ</b>
<b>Servicios Ambulatorios:</b>	<b>Máximo de Eventos al año por DNI</b>	<b>Modalidad:</b>	<b>Eventos incluido sin costo</b>
<b>Evaluación inicial</b>	2 (una por semestre)	Tele consulta o agendamiento presencial	<b>SÍ</b>
<b>En caso de enfermedad:</b>	16 (límite por mes: 2)	Tele consulta o agendamiento presencial	<b>SÍ</b>
Consulta médico general			
Consulta geriatría			
Consulta ginecológica			
Medicinas (*)	Incluye primera dosis de medicamentos sintomáticos (*) previa prescripción de nuestros médicos		
<b>Traslado <u>programado</u> en ambulancia básica</b>	2 (uno por semestre)	Agendamiento presencial (Hasta 40 km)	<b>SÍ</b>

## DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS:

1. Control y seguimiento recomendaciones médicas: Según el programa se realizará una llamada de control a cargo de nuestros ejecutivos de servicios para verificar que la salud de la persona de tercera edad esté bien, se podrá agendar servicios de ser necesario, de tener alguna novedad se reportará a la persona a cargo del adulto mayor.
2. Consultas de telemedicina: DESCRIPCIÓN: Toda consulta médica realizada a través de teléfono o video por un médico habilitado por la Autoridad Sanitaria Nacional y que forme parte de la red de prestadores de servicios de salud de LA COMPAÑIA.
3. Enfermería: Previa validación del cliente y presentación de orden médica, certificado o alta hospitalario enviado a nuestro correo gestionalcliente@solucioneslat.com, o llamando al (01) 641-9357 o escribir al whatsapp 970343992, al igual que la factura reciente de la compra de medicamentos y materiales. No incluye medicina continua, ni tratamiento de enfermedades crónicas, o quimioterapias, se coordinará la cita presencial se agendará con 48 horas de anticipación. (Inyectología, aplicación de sueros, toma presión arterial, toma de signos vitales).

**\*Se requiere que el beneficiario tenga óptimas condiciones en el servicio de internet.**

4. Fisioterapia: Previa validación del cliente y presentación de orden médica, certificado o alta hospitalario enviado a nuestro correo o, llamando al (01) 641-9357, o escribir al whatsapp 970343992, se coordinará la cita presencial se agendará con 48 horas de anticipación.
5. Evaluación inicial: DESCRIPCIÓN: Previa coordinación y agendamiento se realizará una consulta de telemedicina con medicina general para valorar al paciente y registrar sus principales novedades de salud.
6. Consultas médicas ambulatorias:

DESCRIPCIÓN: Toda consulta médica deberá llevarse a cabo en un consultorio habilitado por la Autoridad Sanitaria Nacional y que forme parte de la red de prestadores de servicios de salud de LA COMPAÑIA; el paciente deberá comentarle al médico toda su dolencia o el motivo de su consulta para que éste pueda responder satisfactoriamente a su patología y resolverla. Se pueden escoger las siguientes especialidades:

- a. Medicina General
- b. Ginecología
- c. Geriatría

Previa validación de beneficios, llamando al (01) 641-9357, o escribir al whatsapp 970343992, se coordinará la cita a través de telemedicina con 48 horas de anticipación de igual manera de requerir cita presencial se agendará con 48 horas de anticipación.

7. Entrega de la primera dosis de medicamentos sintomáticos de acuerdo al vademécum:  
DESCRIPCIÓN: En caso de que luego de la consulta exista prescripción médica, la misma deberá realizarse de manera individualizada y mediante prescripción médica emitida por nuestros profesionales de la salud legalmente facultados para hacerlo, se cubrirán exclusivamente la primera dosis de medicamentos que cuenten con registro sanitario, consten en el vademécum y siempre que los mismos hayan sido prescritas por nuestros profesionales de la salud, que formen parte de la red de prestadores de servicios de salud de LA COMPAÑIA. La entrega de medicamentos se podrá contratar de acuerdo a las especialidades de las consultas médicas ambulatorias seleccionadas o telemedicina, no aplica para medicina continua o tratamiento de pacientes crónicos.

8. Traslado **programado** en ambulancia de soporte básico: previa llamada y pedido del afiliado se coordinará el traslado hasta 40 km de distancia, el servicio se solicitará con 48 horas de anticipación para Lima metropolitana y con 72 horas para el resto del país\* (donde el servicio esté disponible).

**NOTAS: Las zonas de alto riesgo e inseguras quedan excluidas de este servicio, al igual que las zonas de poco acceso vial (sea por desastres naturales, construcciones, huelgas y cualquier otro impedimento de acceso).**

**Todos los servicios serán programados según disponibilidad de la red de y con al menos 48 horas de anticipación.**

**Los servicios serán entregados según los protocolos de la red de prestadores. El AFILIADO se compromete y acepta cumplir los protocolos del prestador (puntualidad y normas de atención).**

### BENEFICIARIOS

Beneficiario	<p>Persona designada solo por el titular pagador que pueda hacer uso del servicio. Si el titular nombra un beneficiario, este sería el único que pueda acceder al programa, quedando el titular solo como pagador del plan. NO existe cambio de beneficiario, salvo por fallecimiento del mismo.</p> <p>De requerirlo el titular se compromete a nombrar a su beneficiario posterior a la aceptación del plan, a través del correo: gestionalclienteperu@solucioneslat.com o vía telefónica al (01) 641-9357, o escribir al whatsapp 970343992 de la COMPAÑÍA. Adjuntando la foto del DNI por amabas caras o identificación oficial del beneficiario, en adición los datos que se necesitan del beneficiario son:</p>
	<p>Nombres y apellidos completos:                  Fechas de nacimiento:                  Tipo de documento:                  Número de documento:                  Género:                  Vínculo con el contratante:                  Dirección de domicilio:                  Distrito/Provincia/Departamento:                  Teléfono Fijo:                  Teléfono celular:                  Email:</p>

### PRECIO DEL PROGRAMA

	Precio comercial mensual
<b>PLAN AÑOS DORADOS</b>	S/ 39.99 incluye IGV

**Frecuencia de pago:** Mensual.

**Lugar y forma de pago:** Se cargará el importe del plan en la Tarjeta de Crédito Diners Club del AFILIADO, correspondiente al Plan elegido.

### (EXCLUSIONES)

- Participación directa o indirecta del AFILIADO en actos negligentes, ilegales, que transgredan normas reglamentarias, o constituyan delito.
- Uso voluntario de alcohol (por encima del límite legal vigente), drogas o sustancias tóxicas. La exclusión referida al uso voluntario de alcohol solo aplica cuando se haya producido un accidente de tránsito.
- Autolesiones o la participación del AFILIADO en actos criminales.
- Guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, insurrección, actos de terrorismo o pronunciamientos, manifestaciones y movimientos populares.
- Los fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico tales como inundaciones, terremoto, maremoto, granizo, vientos fuertes, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caída de cuerpos siderales y aerolitos, etc.
- La participación del AFILIADO en combates o actos criminales, salvo en caso de defensa propia.

## ¿QUÉ PASA SI NECESITO AYUDA O TENGO ALGUNA CONSULTA SOBRE EL PROGRAMA?

Las consultas y reclamos deberán presentarse a LA COMPAÑÍA por teléfono (01) 641-9357 (para Lima y demás provincias) o por correo electrónico a [gestionalclienteperu@solucioneslat.com](mailto:gestionalclienteperu@solucioneslat.com) o escribir al whatsapp 970343992. Las consultas serán atendidas oportunamente de acuerdo al caso concreto. La atención y respuesta a los reclamos se dará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde su recepción.

## ¿QUÉ HACER SI NECESITA UN SERVICIO?

El AFILIADO debe llamar al número (01) 641-9357 o escribir al whatsapp 970343992 y proporcionar todos los datos personales e información para el correcto agendamiento del servicio, en días laborables, de lunes a viernes de 9:00 am a 17:00 pm. Las citas se agendarán según disponibilidad de la red al menos con 48 horas de anticipación, según descripción de servicios.

Al momento de agendar y entregar el servicio, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de validar la identidad del titular y sus beneficiarios solicitando la foto del DNI o identificación oficial del titular y/o beneficiarios. La única manera de acceder a los servicios es previo agendamiento a través de LA COMPAÑÍA, NO existen reembolsos, ni el AFILIADO podrá agendar servicios de manera directa con la red.

Los servicios previamente agendados se podrán cancelar hasta 5 horas antes de la hora agendada.

## ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS CUALES SE PUEDE SUSPENDER MI CONTRATO DEL PROGRAMA ANTES DE FINALIZAR SU VIGENCIA?

- a) Incumplimiento del pago del programa por 3 cuotas consecutivas.
- b) Ejercicio del derecho de arrepentimiento.
- c) Por ejercicio por parte del AFILIADO titular, de su derecho legal de resolver el PROGRAMA sin expresión de causa, utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó para la contratación del PROGRAMA.
- d) Por muerte natural o accidental del AFILIADO.
- e) Por término de la vigencia pactada al inicio del contrato de PROGRAMA.
- f) Por incumplimiento en el pago del plan por noventa (90) días desde el vencimiento de la obligación de pago.

Cuando el PROGRAMA haya sido adquirido a través de EL COMERCIALIZADOR, fuera de promotor de venta o fuera de los establecimientos de LA COMPAÑÍA o del corredor, EL AFILIADO podrá ejercer su derecho de arrepentimiento, a fin de resolver el Certificado de PROGRAMA o Solicitud-Certificado sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes de recibido el Certificado de PROGRAMA o de firmada la Solicitud-Certificado.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por EL AFILIADO al Comercializador, por asuntos relacionados con el PROGRAMA, tienen el mismo efecto que tendría si se hubieran dirigido a LA COMPAÑÍA.
- EL AFILIADO tiene derecho a solicitar una copia del PROGRAMA al Comercializador o a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde que se solicitó.
- LA COMPAÑÍA podrá modificar las condiciones del Contrato de PROGRAMA durante la vigencia del mismo, con la aprobación previa y por escrito del COMERCIALIZADOR, y de acuerdo a la autorización dada por EL AFILIADO al firmar la solicitud de PROGRAMA. EL COMERCIALIZADOR tiene un plazo de treinta (30) días desde que le fueron comunicados los cambios para analizar la propuesta y tomar una decisión. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera resolución del PROGRAMA, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato fue acordado. Las modificaciones así aprobadas por EL COMERCIALIZADOR deberán ser comunicadas al asegurado con 45 días de anticipación a su fecha de aplicación, a fin de que pueda comunicar en este periodo su voluntad de resolver el Certificado.

## CLÁUSULAS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES (Ley No 29733 – DS N° 003-2013-JUS)

1. EL AFILIADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción del presente documento, que:

- (i) Los datos personales y sensibles (inclusive información de salud) que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de LA COMPAÑÍA, la cual utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y
- (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en (i), sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.
- (iii) LA COMPAÑÍA se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento PROGRAMA a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes.

2. EL AFILIADO autoriza en forma libre, expresa, informada e inequívoca a LA COMPAÑÍA, para que utilice sus datos personales y sensibles (incluye información de salud) para el desarrollo de sus actividades empresariales, tales como:

- (i) Campañas comerciales, trabajos estadísticos, análisis de mercado y cualquier otro uso referido a los productos y/o servicios presentes y futuros que ofrece LA COMPAÑÍA, distintos a los contratados como consecuencia de la celebración del presente documento. La autorización comprende además - siempre dentro de las actividades que desarrolla LA COMPAÑÍA - la posibilidad de transferir la información a terceros vinculados o no vinculados, a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de los datos personales de EL AFILIADO en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud; y
- (ii) Transferencia de datos personales y sensibles de EL AFILIADO a otras empresas del grupo económico al que pertenece LA COMPAÑÍA, y a sus socios comerciales, con la finalidad de que cada uno de ellos puedan informarle de los distintos productos y servicios que ofrecen.

3. Se establece que la autorización detallada en el numeral 2 precedente es facultativa para EL AFILIADO, es decir, el otorgamiento de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados en el presente documento no se encuentra condicionado a la obtención de dicho consentimiento; en consecuencia, si EL AFILIADO no desea otorgarlo, únicamente deberá solicitar a LA COMPAÑÍA, en este mismo acto, el formato de "Negación al consentimiento", de conformidad con lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley No. 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo No. 003-2013-JUS). En caso EL AFILIADO suscriba el presente documento sin negarse a otorgar su consentimiento, se reafirma la autorización brindada en el numeral 2 de la presente cláusula. Adicionalmente, EL AFILIADO se encuentra facultado a ejercer, en cualquier momento, los derechos previstos en dichas normas (información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, respecto de la utilización de sus datos), para ello, EL AFILIADO podrá presentar su solicitud mediante comunicación escrita en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA.

#### **DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- Declaro haber sido informado sobre las principales características del PROGRAMA ASISTENCIAL AÑOS DORADOS.
- Declaro conocer que el presente Certificado ha sido emitido sobre la base de la información proporcionada por EL AFILIADO a LA COMPAÑÍA y/o al Comercializador.
- Declaro haber sido informado que este Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares al momento de solicitar el programa
- Al utilizar los servicios médicos del programa, autorizo expresamente a LA COMPAÑÍA a mantener mi Historia Clínica.



Firma del AFILIADO		Representante de CORPORACION AGP S.A.C	
--------------------	--	--	---