

Señor(a).-

{{NOMCNTRTNTNTE}} {{APEPATCNTRTNTNTE}} {{APEMATCNTRTNTNTE}}

{{DIRECCION}}

{{DISTRITO}}-{{CIUDAD}}

Póliza N°: {{NUMPOL}}

Fecha de vigencia: {{FECINIVIGPOL}} – {{FECFINVIGPOL}}

Agente: S/I - Bs

Estimado(a)

¡Gracias por confiar en nosotros! Estamos felices de poder protegerte.

Como siempre, estamos comprometidos en proteger tu salud y la de quienes más quieres. Por eso, nuestra prioridad es que tú y tu familia reciban la mejor asistencia médica a través del seguro Onco Respaldo que acabas de adquirir con nosotros.

Son más de 900 mil asegurados que ya confían en nuestro respaldo Oncológico, por ser la empresa de seguros de salud que más clientes tiene en el país.

Además, formamos parte, de United Health Group (UHG), la empresa más grande de salud y bienestar del mundo. Y, por otro lado, de Credicorp, el grupo financiero más grande del Perú. Así, puedes tener la tranquilidad de que cuentas con el mejor respaldo en caso tengas que pasar por algún momento difícil referente al cuidado de tu salud.

Adjunto encontrarás tu póliza. Es importante que la leas con detenimiento, ya que encontrarás todos los detalles y alcances sobre las normas que regulan el contrato de tu seguro.

Nos despedimos con el compromiso de trabajar siempre a tu lado para brindarte el servicio que mereces.

Central de Información y Consultas Clientes (01) 513-5000

Central de Emergencias y Asistencias (01) 415-1515

#NoEstásSolo



Jorge Gomez
Gerente de Suscripción y
Productos de Salud

Certificado de SEGURO ONCOLÓGICO INDEMNIZATORIO
Póliza de Seguros N° {{NUMPOL}} – 1

Datos del Contratante

RUC 20100047218

Dirección: CALLE CENTENARIO NRO 156 URB LAS LADERAS DE MELGAREJO

BANCO DE CRÉDITO DEL PERÚ

Teléfono

Datos del titular de la tarjeta**Apellido Paterno:** {{APEPATCNTRTANTE}}**Nombres:** {{NOMCNTRTANTE}}**Nacionalidad:** PERUANA**Fec. Nacimiento:** {{Fecha Nacimiento}}**Dirección:** {{DIRECCION}}**Distrito:** {{DISTRITO}}**Provincia:** {{CIUDAD}}**Señas Particulares****Apellido Materno:** {{APEMATCNTRTANTE}}**D.N.I. ó C.E.** {{NUMDOCIDCNTRTANTE}}**Teléfono** {{TLFNOCNTRTANTE}}**Departamento:** {{DEPARTAMENTO}}**Profesión/Ocupación****Datos de los Asegurados (Titular y Dependientes)****Apellidos y Nombres**

{{DETALLE01}}

DNI ó CE

{{DETALLE02}}

Fecha de Nacimiento

{{DETALLE03}}

PRIMA COMERCIAL+ I.G.V.: S/. 12.99**Forma de Pago - cargo mensual en:** Cuenta**Fecha de Emisión de Póliza:** {{FECEMI}} **Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza:** {{FECINIVIGPOL}}**FECHA DE TÉRMINO:** De acuerdo a las condiciones de la póliza.**Jorge Gómez****Gerente de Suscripción y Productos de Salud**

PACIFICO Seguros, asegura a los asegurados mencionados en la presente póliza según condiciones y términos establecidos en el Condicionamiento General que obra en poder de BANCO DE CRÉDITO DEL PERÚ. Este certificado tendrá valor siempre y cuando esté vigente y sus primas se encuentran pagadas de acuerdo con las Condiciones Generales. Es responsabilidad del contratante de la póliza informar a Pacífico Seguros de cualquier cambio, renovación, bloqueo, suspensión, anulación u otra modificación sobre la cuenta o tarjeta de crédito donde se carga mensualmente este seguro.

Las comunicaciones cursadas por el asegurado a la empresa del sistema financiero, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a PACIFICO Seguros. Asimismo, los pagos efectuados por el contratante o asegurado a la empresa del sistema financiero, se consideran abonados a PACIFICO Seguros. La cancelación y/o expiración de la Tarjeta de Crédito que imposibilite el cobro de la prima constituye causal de resolución del seguro, de acuerdo a las condiciones generales de la póliza contratada. El asegurado tiene derecho a solicitar, copia de la póliza del seguro de grupo a la empresa, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el asegurado.

Empresa de Seguros: PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS Ruc: 20332970411. El Asegurado cuenta con la central de contacto de Pacífico Responde 513.5000 para todo reclamos o consulta. Defensoría del asegurado: www.defaseg.com.pe Telefax: 446-9158 Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima.

Página web: www.pacifico.com.pe**CÓDIGO SBS: AE2006410222**

COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y CONDICIONES DEL SEGURO

| Coberturas | Suma asegurada |
|---|----------------|
| Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer con excepción de cáncer cérvico uterino en etapa inicial | S/ 30,000 |
| Indemnización por Primer Diagnóstico de cáncer cérvico uterino en etapa inicial | S/ 8,000 |

CONDICIONES

Edad máxima de Ingreso del ASEGURADO TITULAR y DEPENDIENTES: 65 años

Edad máxima de permanencia: 70 años, salvo que hayan transcurrido cinco (5) años continuos e interrumpidos de seguro.

Periodo de carencia: 30 días. El diagnóstico de Cáncer debe ser efectuado luego del plazo señalado para que sea indemnizado.

Beneficios adicionales:

Médico en línea. (Según cláusula adicional)

Teleorientación (Según cláusula adicional)

PRIMA Y FORMA DE PAGO

PRIMA ANUAL POR ASEGURADO, SEGÚN TABLA ADJUNTA:

| Edad en años | Prima Anual |
|--------------|-------------|
| 0 – 70 años | S/. 12.99 |

FORMA DE PAGO: CARGO EN CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO DEL BCP

Nota: La edad alcanzada por el ASEGURADO y los DEPENDIENTES en cada facturación, determinará el monto de la prima a pagar. Las primas señaladas están sujetas a variación en el tiempo, incluyen IGV y derecho de emisión.

SEGURO ONCOLÓGICO INDEMNIZATORIO

CONDICIONES GENERALES

INTRODUCCIÓN

De conformidad con la Solicitud presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR, con la respectiva Declaración Jurada de Salud, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES, así como también en las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y Anexos que se adjunten; PACÍFICO SEGUROS, conviene en asegurar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y en caso los tuviere, a sus DEPENDIENTE(S) inscrito(s) en la Póliza, en adelante el ASEGURADO, contra el riesgo especificado en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Artículo 1°.- DEFINICIONES IMPORTANTES:

- **ASEGURADO:** Personas naturales que mantengan un crédito de cualquier naturaleza con el comercializador.
- **CÁNCER:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de células malignas con crecimiento descontrolado así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos. Se cubre el primer diagnóstico de cáncer.
- **DIAGNÓSTICO:** Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, incluyendo el informe histopatológico del paciente.
- **INDEMNIZACIÓN:** Monto máximo establecido como suma asegurada en esta póliza, en el que pagara PACIFICO SEGUROS al ASEGURADO como consecuencia de la activación de la cobertura.
- **INFORME ANÁTOMO-PATOLÓGICO HISTOLÓGICO:** Resultado histopatológico que define el diagnóstico de cáncer y es emitido por un médico anatómo patólogo, acreditado con número del Colegio Médico del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialidad (RNE).
- **SINIESTRO:** Suceso que obliga a PACIFICO SEGUROS a pagar el íntegro de la indemnización correspondiente de acuerdo al tipo de cobertura.
- **TRATAMIENTO POR CÁNCER:** Procedimiento médico o quirúrgico, esquema terapéutico o tecnología que haya sido ampliamente aceptado para tratar el cáncer.

Artículo 2°.- DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA:

PACIFICO SEGUROS pagará al contratante una indemnización sujeta a las condiciones hasta por el monto de la suma asegurada establecida en la solicitud de este documento, en caso sea diagnosticado por primera vez con la enfermedad de

cáncer durante la vigencia de la póliza, siempre que la causa de la enfermedad no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro.

Artículo 3°.- EXCLUSIONES:

PACIFICO SEGUROS no pagará la indemnización cuando el Cáncer ocurra como consecuencia de:

- a) **Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.**
- b) **Cáncer asociado a VIH/Sida.**
- c) **Cáncer preexistente y sus secuelas.**
- d) **Cualquier diagnóstico de Cáncer previo a la contratación del seguro.**

Artículo 4°.- TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

El término de la cobertura se producirá por:

- a) Pago del total de la indemnización establecida en esta Póliza Simplificada.
- b) Vencimiento del plazo establecido en la Póliza Simplificada.
- c) Dolo o fraude del CONTRATANTE o ASEGURADO, debidamente comprobado, en cuyo caso la Compañía comunicará por escrito o correo electrónico, con preaviso de 30 a la fecha de terminación de la cobertura. En este supuesto no habrá obligación de PACIFICO SEGUROS de devolver la prima recibida.
- d) De manera voluntaria por el ASEGURADO, previo aviso escrito, incluido por correo electrónico, de treinta (30) días a PACIFICO SEGUROS. PACIFICO SEGUROS devolverá la prima que hubiese recibido por el periodo no devengado de cobertura.
- e) Al cumplir el ASEGURADO la edad máxima de permanencia.

Artículo 5°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro o el certificado de seguro, según corresponda, desde el momento de su celebración, por cualquier causal existente a ese momento.

La Póliza o el certificado de seguro serán nulos por las siguientes causales:

- a) ***Ausencia de INTERÉS ASEGURABLE, actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o certificado de seguro al inicio de sus efectos, entendiéndose por INTERÉS ASEGURABLE lo señalado en el Glosario.***
- b) ***Inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato o certificado de seguro se había producido el SINIESTRO o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.***
- c) ***Reticencia y/o declaración inexacta, si media DOLO o CULPA INEXCUSABLE del CONTRATANTE o del ASEGURADO de circunstancia(s) por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso de reticencia y/o***

declaración inexacta de un ASEGURADO será nulo sólo su certificado de seguro, manteniéndose vigente el contrato de seguro. La invocación de esta causal de nulidad deberá ser realizada por medios fehacientes. PACÍFICO SEGUROS, cuenta con un plazo de 30 días para invocar la causal de nulidad observada, plazo que se computa desde que conoce la reticencia o declaración inexacta.

Efectos sobre la prima:

En caso de nulidad de la Póliza por las dos primeras causales descritas precedentemente PACÍFICO SEGUROS devolverá el importe de prima cobrada. En el caso de nulidad por reticencia y/o declaración inexacta del CONTRATANTE o ASEGURADO, las primas pagadas quedan adquiridas por PACÍFICO SEGUROS, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

Finalmente, en el caso de nulidad del Certificado de Seguro, PACÍFICO SEGUROS comunicará al CONTRATANTE sobre dicha nulidad, sin perjuicio de la comunicación realizada al ASEGURADO. En caso se produjera la nulidad del Contrato de Seguro, el CONTRATANTE será el encargado de comunicar este hecho a los ASEGURADOS, luego de recibir la comunicación de PACÍFICO SEGUROS.

Artículo 6°.- INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTOS

- f) Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del seguro se suspende automáticamente una vez que hayan transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.
- g) Antes del vencimiento de dicho plazo, PACÍFICO SEGUROS deberá comunicar de manera cierta al CONTRATANTE y/o al ASEGURADO a través de los medios y en la dirección previamente acordada, la suspensión de la cobertura del seguro como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. En dicha comunicación se indicará el plazo que dispone el CONTRATANTE y/o ASEGURADO para pagar la prima antes de la suspensión automática de la cobertura del seguro.
- h) La suspensión de la cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya pagado, proporcionalmente una prima igual o mayor al periodo corrido del contrato.
- i) PACÍFICO SEGUROS no será responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida.
- j) En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito al CONTRATANTE con treinta (30) días calendarios de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.
- k) En caso PACÍFICO SEGUROS no reclame el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para pagar la prima se entiende que el contrato se extinguió. Esta disposición operará inclusive si la cobertura se suspendió por efecto de falta de pago. PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima devengada.

Artículo 7°.- REHABILITACIÓN

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la póliza; y siempre que PACÍFICO SEGUROS no haya expresado su decisión de resolver el Contrato, el ASEGURADO

podrá solicitar la rehabilitación de la póliza previo pago de todas las primas impagas, intereses de mora y los gastos debidamente sustentados que origine la rehabilitación. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 0:00 horas del día siguiente a la fecha de pago, no siendo responsable PACÍFICO SEGUROS por siniestro alguno ocurrido durante la suspensión.

Artículo 8°.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

El ASEGURADO, deberá comunicar el siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio, según corresponda.

Ante la ocurrencia del siniestro, el ASEGURADO deberá enviar un correo electrónico al buzón reembolsosalud@pacifico.com. y adjuntar los siguientes documentos:

- a) Documento Nacional de Identidad / Carnet de Extranjería.
- b) Informe ORIGINAL anátomo-patológico-histológico (APH) de biopsia positivo, realizado por un médico patólogo acreditado con número del Colegio Médico del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialidad (RNE).
- c) Registro de indemnización de siniestro (RIS): formato para que señale los datos de la cuenta bancaria donde se abonará el monto a indemnizar.*

PACIFICO SEGUROS pagará la suma asegurada en caso se verifique el diagnóstico de la enfermedad de Cáncer, siempre que sea el primer diagnóstico que reciba el ASEGURADO durante la vigencia y en los términos establecidos en este documento.

En caso el resultado de APH no fuera concluyente de cáncer o se tratase de un tumor no biopsiable, Pacífico podrá solicitar: examen de marcador tumoral, examen inmunohistoquímico, tomografía, endoscopia y/o colonoscopia, para la aprobación de la cobertura.

PACIFICO SEGUROS, procederá con el pago de la indemnización dentro del plazo máximo de veinte (20) días contados desde la fecha en que recibió la documentación sustentatoria completa, la misma que está referida únicamente a la comprobación de la ocurrencia del siniestro cubierto.

* El Formato RIS lo encontrará en el siguiente enlace
<https://www.pacifico.com.pe/seguros/salud/documentos>

Artículo 9°.- ATENCIÓN DE QUEJAS O RECLAMOS:

Se cuenta con la Central de Información y Consultas de Pacífico Seguros al (01)513-5000 en Lima y/o con la central de consultas del Comercializador.

En todos los casos las quejas o reclamos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días calendario de presentado.

El ASEGURADO podrá optar por los mecanismos de solución de controversias que considere adecuado para hacer prevalecer sus derechos.

Artículo 10°.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE:

Cualquier controversia suscitada respecto de la validez, ejecución y/o pagos de la presente Póliza Simplificada deberá ser sometida a la jurisdicción de los Jueces y Tribunales que determinan las normas sobre la materia. Este contrato se regula por la legislación peruana.

Artículo 11°.- DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO, tiene derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO, entidad que procura resolver las controversias que surjan entre ellos y PACIFICO SEGUROS, de acuerdo a los términos del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO. Su oficina está ubicada en la calle Amador Merino Reyna N° 339 piso 9, distrito de San Isidro, Lima, teléfono 4210614, página web: www.defaseg.com.pe

Artículo 12°.- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En la oferta de seguros efectuada fuera del local de PACIFICO SEGUROS o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentimiento, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza Simplificada, utilizando el mismo canal y forma por el cual contrató el microseguro o mediante comunicación escrita dirigida al área de atención al cliente de PACIFICO SEGUROS. PACIFICO SEGUROS devolverá el monto de la prima recibida, dentro de los treinta (30) días siguientes de ejercido el derecho de arrepentimiento.

No obstante lo señalado en el párrafo anterior, El CONTRATANTE, podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro; y siempre que el seguro se encuentre vigente.

Artículo 13°.- REVISIÓN DE LOS SINIESTROS

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a hacer examinar a el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, por los médicos designados por ella, a costo de PACÍFICO SEGUROS y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier SINIESTRO.

El ASEGURADO está en la obligación de proporcionar los exámenes e informes médicos ampliatorios que se le requieran para la mejor evaluación del caso.

En ambos casos, los exámenes e informes deberán realizarse dentro de los 20 primeros días de los 30 días con los que cuenta PACÍFICO SEGUROS para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo del siniestro.

Artículo 14°.- SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

El ASEGURADO perderá el derecho a ser indemnizado, quedando PACÍFICO SEGUROS relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación emplean, con o sin su conocimiento, medios o documentos falsos y/o adulterados, para sustentar una solicitud de cobertura o para obtener, ya sea para sí o para terceros beneficios o coberturas del seguro otorgados por la presente Póliza.

En caso PACÍFICO SEGUROS, actuando de buena fe, atiende un SINIESTRO que posteriormente se determine que ha sido fraudulento, el ASEGURADO estará obligado a devolver el íntegro de lo indebidamente pagado conjuntamente con los intereses moratorios y/o compensatorios a las tasas de interés máximas permitidas por ley, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios, más los gastos que correspondan.

ARTÍCULO 15°.- CESION DE CARTERA

EL ASEGURADO declara conocer que PACIFICO SEGUROS tiene la facultad de ceder la cartera de seguros del que forma parte este producto de seguro, cumpliendo para ello de manera previa con el procedimiento establecido por el Reglamento de Cesión de Cartera de Pólizas de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 8420-2014, o la norma que la modifique.

A tal efecto, PACIFICO SEGUROS pondrá en conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, el inicio del proceso de cesión, a través de cualquiera de los medios de comunicación directos señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, otorgándole el plazo de sesenta (60) días para que se pronuncie, luego del cual se entenderá como aceptada la decisión por parte del contratante y/o asegurado, aun cuando no haya manifestado su consentimiento expreso.

Queda establecido que por tratarse esta póliza de un seguro de salud, la empresa cesionaria, es decir la que reciba la cartera de pólizas de seguros, considerará esta póliza como una renovación de contrato, siempre que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya renovado sucesiva e ininterrumpidamente su póliza en los últimos cinco (5) años.

Esta cláusula se incorpora con el objeto de que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO esté informado sobre la existencia del derecho de PACIFICO SEGUROS de efectuar una cesión de cartera de pólizas de seguro, la misma que se realizaría siguiendo estrictamente los requisitos señalados por la normatividad vigente. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho a no aceptar la cesión de cartera, en cuyo caso su contrato de seguro terminará a la finalización de su vigencia anual.

ARTÍCULO 16°.- BASE LEGAL

En todo lo no establecido en el presente contrato de seguro, le será de aplicación la Ley N° 29946 – Ley del Contrato de Seguro y sus normas reglamentarias; asimismo, en caso de discrepancia entre lo establecido en el presente contrato y la referida Ley, prevalecerán los términos de esta. Igualmente, le serán de aplicación supletoria al presente contrato la Ley N° 29571, que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor.

CLAUSULA ADICIONAL - TELEMEDICINA

ALCANCES

Esta cobertura se extiende a otorgar el servicio de orientación médica a través del aplicativo SANNA/DR. ONLINE para orientación y consejería médica de problemas de salud de baja complejidad (*) a cargo de médicos generales.

Este beneficio se activará a los 15 días de la contratación del SEGURO.

El asegurado deberá comunicarse primero a la central telefónica de PACIFICO ASISTE (01-4151515), por la cual médicos de medicina interna lo orientarán.

DETALLE DE LA COBERTURA

| Servicios | Copago | Límite de veces |
|---|--------|--------------------------|
| Videollamada a través del aplicativo SANNA/DR. ONLINE para orientación y consejería médica de problemas de salud de baja complejidad (*) a cargo de médicos generales. No incluye prescripción médica ni indicación de exámenes auxiliares. La videollamada tendrá una duración máxima de 20 minutos por atención, sujeto a programación de citas. | S/ 0 | Hasta 6 servicios al año |

Toda atención o cita para orientación a través de SANNA/DR. ONLINE se debe gestionar a través de la app o Web de SANNA. Puedes descargar la app de SANNA a través de Google play o App store, y registrarte para la creación de tu usuario, para ello debes contar con una PC o Laptop con conectividad a internet o un equipo móvil tipo smartphone con servicio de internet.

La atención será para todos los asegurados mayores de 18 a 70 años a nivel nacional de Lunes a Viernes de 9:00 a 21:00 hrs, excepto Sábados, Domingos y Feriados. El Servicio de Dr. Online no reemplaza una atención y/o consulta médica presencial.

(*) Servicios incluidos:

- Recomendación sobre dosis o forma de administración de medicamentos recetados previamente por un médico (sin modificación de tratamiento).
- Recomendación y orientación sobre efectos adversos o molestias paralelas causadas por tratamientos médicos.
- Orientación y explicación de informes y pruebas diagnósticas.
- Orientación al paciente hacia la elección de una consulta con especialidades médicas de acuerdo a los síntomas presentados.
- Orientación en problemas generales de salud tales como dolor de cabeza, reacciones alérgicas, dolor de espalda, resfríos, fiebre, contractura muscular, estreñimiento, y otros de baja complejidad que el médico considere pertinente; sin llegar a brindar un tratamiento médico específico.