

Lima, «TODAY»

Señor (a):

«**FORMALNAME**»

«ADDR1» «ADDR2»

«ADDR3»

«CITY»

«PROVINCE»

**Ref. : Seguro Multiprotección
Certificado N°: «POLICY»**

Estimado(a) Sr(a).

Con gran satisfacción le damos la bienvenida a Chubb Seguros Perú S.A. y le agradecemos la confianza depositada en nosotros.

Chubb Seguros Perú S.A. pertenece a Chubb Group y es una de las empresas de seguros más importantes del mundo. Cuenta con gran experiencia brindando protección y seguridad a millones de personas.

Nuestro compromiso a partir de hoy, es darle el servicio y la atención que usted merece.

Le informamos que su **Seguro Multiprotección**, le brinda las siguientes coberturas:

- Muerte Accidental
- Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad
- Renta Hospitalaria por Accidente

Asimismo, le adjuntamos a la presente carta:

- **Solicitud-Certificado de su seguro Multiprotección.**

Si tiene alguna consulta sobre su seguro no dude en comunicarse con nosotros al número 399-1212 de lunes a viernes de 9 a.m. a 6 p.m.

Agradecemos nuevamente su preferencia y le reiteramos nuestro compromiso para seguir siendo su mejor elección.

Cordialmente,



Juan Carlos Puyó de Zavala
Gerente General

CB_PAP530

Seguro Multiprotección (Seguro de Accidentes Personales)

Solicitud – Certificado N°: «Policy»

Póliza N° 31/0101872

Código SBS: AE2036100143 Adecuado a la Ley 29946 y sus Normas reglamentarias

Compañía de Seguros

Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Domicilio: Ca. Amador Merino Reyna N° 267, Of 402 San Isidro, Lima	Teléfono: (51-1) 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Pag. web: www.chubb.com/pe

Contratante / Comercializador

Razón Social: Banco Internacional del Perú - Interbank	RUC: 20100053455
Domicilio: Av. Carlos Villaran Nro. 140, La Victoria, Lima	Teléfono: (51-1) 219-2000
	Página web: www.interbank.pe

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos: «FORMALNAME»	Doc. de Identidad: «PERSONALID»
Dirección: «ADDR1» «ADDR2»	Fecha de Nacimiento: «DOB»
Relación con el Contratante: «POLREF(3)»	Sexo: «SEX_MI(PAP530)»
Teléfono: «PHONE»	Correo elec: «EMAILADDR»

Encargado del Pago de Primas

Nombres y Apellidos: «PAYERFORMALNAME»	Teléfono: «PAYERPHONE»
Dirección: «PAYERADDR1» «PAYERADDR2»	
Doc. de Identidad: «PAYERPERSONALID»	

Beneficiarios

Nombres	Apellidos	Doc. Identidad	Fecha de Nac.	Parentesco	%

Para las coberturas de Muerte Accidental, los Beneficiarios serán las personas designadas en la Solicitud - Certificado. A falta de Beneficiarios designados, Chubb Seguros Perú pagará los beneficios a los Herederos Legales del ASEGURADO.

Para las coberturas de Renta Hospitalaria por Accidente e Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, el Beneficiario será el mismo ASEGURADO.

Vigencia del Seguro

Fecha de emisión: «EFFDATE»

Inicio de vigencia: las 12 hrs. del «EFFDATE»

Fin de vigencia: las 12 hrs. del «TERMENDDATE» o cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

Renovación: Automática.

Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Accidental	S/ «BENAMT_MI(PAP530,P018)»
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	S/ «BENAMT_MI(PAP530,P024)»
Renta Hospitalaria por Accidente	S/ «BENAMT_MI(PAP530,P022)»
Prima Comercial + IGV (Mensual)	S/ «POSTTAXPREMIUM»

La prima comercial incluye:
 Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 25%

Pago de la Prima

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO/ENCARGADO DEL PAGO, las cuotas se cargarán mensualmente en su tarjeta/cuenta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación, según las fechas predeterminadas por el CONTRATANTE.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la tarjeta/cuenta designada o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar re-intentos de cargo en las siguientes fechas predeterminadas por el CONTRATANTE.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la cuota correspondiente, entonces se realizarán nuevos intentos en las siguientes fechas de cargo predeterminadas con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes al Seguro, la Solicitud Certificado se extinguirá a los noventa (90) días del incumplimiento de la primera cuota impaga.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO del pago oportuno de la prima.

Asistencias Adicionales

Asistencia Médica	Máximo de Cobertura por Evento	Máximo de Eventos al Año
Orientación Médica Telefónica y Vademecum Telefónico	Sin Límite	Sin Límite
Envío de Médico a Domicilio	Co Pago de S/. 30	Sin Límite
Traslado Médico Terrestre (Ambulancia) por Accidente o Enfermedad	Hasta S/. 450	2 Eventos
Asistencia Psicológica a consecuencia de un Accidente, Robo y/o intento de Robo	Hasta S/. 250	2 Eventos (Hasta 5 Sesiones)
Servicio de Traslado de Acompañante en caso de lesiones producto de un Accidente, Robo y/o Intento de Robo	Hasta S/. 250	2 Eventos
Reembolso de la Primera Atención Médica en caso de lesiones producto de un Accidente, Robo y/o intento de Robo	Hasta S/. 250	2 Eventos
Coordinación en la Compra de Medicamentos	Sin Límite	Sin Límite
Referencias de médicos especialistas, clínicas, hospitales, laboratorios y centros médicos	Sin Límite	Sin Límite
Asistencia Legal	Máximo de Cobertura por Evento	Máximo de Eventos al Año
Asistencia Legal Telefónica en lo Civil, Penal y Familiar	Sin Límite	Sin Límite
Servicio de Referencia y Coordinación	Monto Máximo de Cobertura por Evento	Máximo de Eventos al Año
Coordinación con veterinarios, alimento para mascotas, vacunas.	Sin Límite	Sin Límite
Coordinación para el servicio de empleadas(os) para el hogar, niñeras, jardineros, técnicos para el hogar.		
Coordinación con centros culturales, restaurantes, cines.		
Coordinación con serenazgo, policía, bomberos. Coordinación de taxis.		
Asistencia de Sepelio		
Se otorga un valor agregado del Seguro al brindar las siguientes Asistencias, ante las consecuencias de lesiones producidas por un accidente que provoque la muerte del ASEGURADO:		
-Trámites en general de sepelio		
-Asistencia del Director Funerario		
-Ataúd de madera		
-Capilla Ardiente		
-Arreglos Florales.		
-Traslado, conducción e instalación del servicio		

Para hacer uso de las Asistencias Médica, Legal y Servicio de Referencia y Coordinación, el ASEGURADO podrá comunicarse al número 613-1397.

Edad Mínima de Ingreso	: 18 años
Edad Máxima de Ingreso	: 64 años con 364 días
Edad Máxima de Permanencia	: 69 años con 364 días

Exclusiones

Queda excluido de la cobertura de Muerte Accidental, los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Suicidio, 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.
- c) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva, independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente 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) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- g) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, en los términos señalados en el artículo de definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.
- i) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en actividades competitivas o deportivas de manera profesional.
- j) El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO. Ejemplos: ser minero, bombero, vigilante, miembro de las fuerzas armadas o policiales.
- k) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación, asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- l) Accidentes de tránsito bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. 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. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no está referida únicamente al accidente de tránsito.
- m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
- n) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- o) Las consecuencias de hernias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.
- p) Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.
- q) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
- r) Apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos.

Queda excluido de la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente, las lesiones o enfermedades que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, 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.
- c) Condiciones médicas pre-existentes, entendiéndose como tales las definidas en el artículo de definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

Para el caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se excluye de cobertura la invalidez del ASEGURADO que ocurra a consecuencia de, o en relación a:

- a) Menoscabos físicos pre-existentes y/o congénitos al inicio de la cobertura.
- b) Lesiones autoinfligidas.
- c) Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial.
- d) Servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- e) Liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).
- f) Ataques terroristas con armas no convencionales: nucleares, biológicas, químicas y radiactivas (NBQR).
- g) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- h) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- i) Participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- j) Participación en deportes notoriamente peligrosos: inmersión y caza submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo, parapente, saltos al vacío desde puntos elevados, esquí acuático y sobre nieve, boxeo, rugby, fútbol americano, carreras de caballo, corrida de toros y cacería de fieras.
- k) Los accidentes que se produzcan bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes, salvo cuando EL ASEGURADO hubiera sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo el fallecimiento.

Para el caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, se excluye de cobertura la invalidez del ASEGURADO que ocurra a consecuencia de, o en relación a:

- a) Enfermedades pre-existentes y/o congénitas al inicio de la presente Cláusula Adicional y que hayan ocasionado menoscabos en la capacidad física del ASEGURADO antes del inicio de la misma.
- b) El uso de drogas y/o estupefacientes.
- c) El abuso de alcohol.

Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

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

Aviso del siniestro: Comunicar a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de conocido el suceso, o desde que tomó conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso

fortuito o imposibilidad de hecho.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberán presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada):

- Para la cobertura de Muerte Accidental:
 - a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerlo físicamente;
 - b) Partida o Acta de Defunción;
 - c) Certificado Médico de Defunción completo;
 - d) Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;

- e) **Atestado Policial Completo, según corresponda;**
- f) **Protocolo de Necropsia completo, según corresponda; y**
- g) **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.

- **Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:**
 - a) **Documento de identidad del ASEGURADO;**
 - b) **Atestado Policial completo o Parte Policial, en caso corresponda;**
 - c) **Resultado de examen toxicológico, en caso corresponda;**
 - d) **Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito;**
 - e) **Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente (si se indicara) y sus consecuencias conocidas o probables; y**
 - f) **Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez, otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa y del Interior y el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir este tipo de documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente.**
- **En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:**
 - a) **Documento de identidad del ASEGURADO;**
 - b) **Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez, otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa y del Interior y el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir este tipo de documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente.**
 - c) **Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante.**
 - d) **Historia Clínica (en caso que el formato Declaración Médica no fuese suficiente para evaluar el siniestro).**
- **Para la Cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente:**
 - a) **Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización;**
 - b) **Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias;**
 - c) **Documento de identidad del ASEGURADO.**

En caso el ASEGURADO haya fallecido antes del cobro de la indemnización, se encontrará facultado para realizar el trámite de cobertura el BENEFICIARIO (Herederero Legal) quien deberá presentar adicionalmente:

- d) **Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que lo designe, según corresponda;**
- e) **Documento de identidad del BENEFICIARIO (Herederero Legal).**

Podrá presentarse los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

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

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

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares o el ASEGURADO, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo bancaseguros, el Encargado del Pago/ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del certificado de seguro, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto proporcional de la prima recibida, de ser el caso. Para tal fin, el Encargado del Pago/ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver el certificado de seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación. En caso el Encargado del Pago/ASEGURADO ejerza este derecho luego de haberse pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución proporcional de la prima pagada al Encargado del Pago/ASEGURADO dentro de los treinta (30) días siguientes.

Derecho de Resolver el Contrato sin Expresión de Causa

El CONTRATANTE puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada con no menos treinta (30) días calendario de anticipación.

Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato

El CONTRATANTE tiene derecho a ser informado sobre las modificaciones a las condiciones contractuales que le proponga la COMPAÑÍA, durante la vigencia del contrato. La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE, sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación. EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a la COMPAÑÍA por escrito dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada. En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato. La COMPAÑÍA entregará al CONTRATANTE la documentación suficiente para poner dichas modificaciones en conocimiento del Asegurado.

Lugares Autorizados para Solicitar la Cobertura

La COMPAÑÍA / El COMERCIALIZADOR, cuyos datos se encuentran en la primera parte de la presente Solicitud-Certificado.

Medios Habilitados para Presentar Consultas y/o Reclamos

El ASEGURADO / Beneficiario / Encargado del Pago 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:

- a. En forma verbal o por escrito (carta simple) en nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf (51-1) 417-5000 (*).
- b. Escribiéndonos a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de

- c. Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección: www.chubb.com/pe opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.
- d. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 417-5000 (*).

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

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.

- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro
- Detalle del reclamo.

Una vez presentado el reclamo se le asigna un número de caso para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo. El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias

Defensoría del Asegurado:

En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el ASEGURADO y/o Beneficiario puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Telefax: 01 421- 0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional, Lima.

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

Importante

- No aplican deducibles ni franquicias.
- La información contenida en esta Solicitud - Certificado es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en el Resumen Informativo, Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- El ASEGURADO/Encargado de Pago tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro Colectivo a Chubb Seguros Perú o al COMERCIALIZADOR, 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/Encargado de Pago.
- Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO al COMERCIALIZADOR, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a Chubb Seguros Perú. Asimismo, los pagos efectuados por el ASEGURADO o Encargado del Pago al COMERCIALIZADOR, se consideran abonados a Chubb Seguros Perú.
- **Cargas: El presente producto presenta obligaciones a cargo del ASEGURADO/Encargado del Pago cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.**
- **Agravación del Riesgo: Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO/Encargado del Pago se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.**

Medios de Comunicación Pactados

Comunicación física o electrónica.

Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El ASEGURADO y/o el Encargado del Pago acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento. Se precisa que las comunicaciones telefónicas sólo procederán en caso no se haya pactado, o la norma no requiera, que la comunicación deba ser realizada por escrito.

Declaración Jurada y Autorización para Revelar Información Médica

El ASEGURADO declara bajo juramento que goza de buena salud y que las respuestas proporcionadas en esta Solicitud son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad efectuada con dolo o culpa inexcusable anula el Seguro y en consecuencia toda obligación de Chubb Seguros Perú S.A. Asimismo, reconozco que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud No. 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

Autorización de Uso de Datos Personales

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

Aceptación de las Condiciones Planteadas

El ASEGURADO declara y firma el presente documento en señal de haber tomado conocimiento directo de la Solicitud - Certificado y del Resumen Informativo, y a cuyas estipulaciones queda sometido este seguro.

Fecha de Emisión: «EFFDATE»



EL COMERCIALIZADOR

CHUBB SEGUROS PERÚ

ASEGURADO