

Seguro Desgravamen

Solicitud-Certificado No. _____

Póliza N° 44 – 277109

Código SBS N°: VI2037410010 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros (LA COMPAÑÍA)	
Nombre: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros Dirección: Amador Merino Reyna N°267 Oficina 402, San Isidro Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	RUC: 20390625007 Teléfono: 417-5000 Página web: www.chubb.com/pe
Datos del Seguro	
Tipo de Seguro: Individual Vigencia: La cobertura del seguro se inicia desde el momento en que el crédito haya sido desembolsado al ASEGURADO, extendiéndose hasta la cancelación del crédito.	
Datos del CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR	
Razón Social: Financiera QAPAQ S.A. Dirección: Av. Pershing N° 455, Urb Country Club Provincia: Lima Teléfono: (51-1) 205-4320	RUC: 20521308321 Distrito: Magdalena del Mar Departamento: Lima Página Web: www.qapaq.pe
Datos del ASEGURADO	
Tipo y Número de Documento de Identidad: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Domicilio (Calle, N°, distrito, provincia, departamento): Teléfono: Profesión u Ocupación: Relación con el CONTRATANTE: Prestario	
Beneficiarios	
El Beneficiario es la entidad financiera que respalda el crédito por el total del valor de la suma asegurada a la fecha de siniestro (sin incluir intereses compensatorios ni moratorios, penalidades, comisiones o gastos).	
Requisitos de Asegurabilidad	
Edad Mínima de Ingreso: 18 años Edad Máxima de Ingreso: 70 años y 364 días Edad Máxima de Permanencia: 75 años y 364 días	
Descripción del Interés Asegurable	
Cubrir la muerte del ASEGURADO quien presenta un crédito con el CONTRATANTE.	
Coberturas, Sumas Aseguradas	
Coberturas (*)	Suma Asegurada (S/)
Muerte Natural	El Saldo Insoluto del crédito al momento del siniestro (no incluye intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos); hasta un máximo de S/ 150,000 (o su equivalente en moneda extranjera) por Asegurado. El límite máximo asegurable aplica para la sumatoria de una o varias Solicitudes – Certificado de este tipo de producto adquiridas por el mismo ASEGURADO.
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	
(*) Las coberturas son excluyentes entre sí	

Seguro Desgravamen

Solicitud-Certificado No. _____

Póliza N° 44 – 277109

Código SBS N°: VI2037410010 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros (LA COMPAÑÍA)	
Nombre: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros Dirección: Amador Merino Reyna N°267 Oficina 402, San Isidro Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	RUC: 20390625007 Teléfono: 417-5000 Página web: www.chubb.com/pe
Datos del Seguro	
Tipo de Seguro: Individual Vigencia: La cobertura del seguro se inicia desde el momento en que el crédito haya sido desembolsado al ASEGURADO, extendiéndose hasta la cancelación del crédito.	
Datos del CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR	
Razón Social: Financiera QAPAQ S.A. Dirección: Av. Pershing N° 455, Urb Country Club Provincia: Lima Teléfono: (51-1) 205-4320	RUC: 20521308321 Distrito: Magdalena del Mar Departamento: Lima Página Web: www.qapaq.pe
Datos del ASEGURADO	
Tipo y Número de Documento de Identidad: Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Domicilio (Calle, N°, distrito, provincia, departamento): Teléfono: Profesión u Ocupación: Relación con el CONTRATANTE: Prestario	
Beneficiarios	
El Beneficiario es la entidad financiera que respalda el crédito por el total del valor de la suma asegurada a la fecha de siniestro (sin incluir intereses compensatorios ni moratorios, penalidades, comisiones o gastos).	
Requisitos de Asegurabilidad	
Edad Mínima de Ingreso: 18 años Edad Máxima de Ingreso: 70 años y 364 días Edad Máxima de Permanencia: 75 años y 364 días	
Descripción del Interés Asegurable	
Cubrir la muerte del ASEGURADO quien presenta un crédito con el CONTRATANTE.	
Coberturas, Sumas Aseguradas	
Coberturas (*)	Suma Asegurada (S/)
Muerte Natural	El Saldo Insoluto del crédito al momento del siniestro (no incluye intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos); hasta un máximo de S/ 150,000 (o su equivalente en moneda extranjera) por Asegurado. El límite máximo asegurable aplica para la sumatoria de una o varias Solicitudes – Certificado de este tipo de producto adquiridas por el mismo ASEGURADO.
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	
(*) Las coberturas son excluyentes entre sí	

Prima Comercial y Forma de Pago**Tasa Comercial Mensual por Crédito****Tasa Neta Mensual (*):** 0.128%**Tasa Bruta Mensual (*):** 0.132%

(*) Aplica sólo Cargo de Emisión. No aplica IGV.

Fórmula de Cálculo de Prima Comercial:**Prima Única = (Monto Inicial del Crédito x Tasa Bruta Mensual x [(Fecha Final - Fecha Inicial + 1) x (Factor de Pago - Factor de Descuento) + Factor de Pago x 30])**

- Fecha Final: es la fecha de finalización del cronograma de pagos inicial del crédito
- Fecha Inicial: es la fecha de inicio del cronograma de pagos inicial, que equivale a la fecha de desembolso del crédito.
- Factor de Pago: es 0.020223 y corresponde al factor diario generado por el financiamiento del seguro.
- Factor de Descuento: es 0.000015225 y corresponde al descuento al optar por el seguro financiado.

Forma de Pago: Con cargo al Crédito**Periodicidad de Pago:** Pago Único Adelantado

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 50.43% sobre prima comercial

Detalle de Coberturas

Muerte Natural o Muerte Accidental: En caso de muerte natural o muerte accidental del ASEGURADO durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro de la Póliza, por cada ASEGURADO, en función al Saldo Deudor, y siempre que se cumpla lo siguiente: (i) que la póliza y el certificado (de ser aplicable) se encuentre(n) vigente(s); (ii) que EL CONTRATANTE hubiera venido declarando los datos del ASEGURADO y que hubiera venido efectuando el pago de la prima a LA COMPAÑÍA, (iii) que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza, y (iv) que EL ASEGURADO no hubiere superado la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (01) año luego de producido un accidente cubierto bajo esta póliza. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.

LA COMPAÑÍA cubrirá el fallecimiento que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

El seguro brinda cobertura en territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, en función al Saldo Deudor, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia del seguro, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente, y siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas se manifiesten a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente: (i) que la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia; (ii) que el seguro principal esté vigente a la fecha de ocurrido el siniestro, y (iii) que la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones del seguro.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente cubierto por la póliza.

La COMPAÑÍA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

Se brinda cobertura en el territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro, en función al Saldo Deudor, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, alguna enfermedad que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente: (i) que la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia; (ii) que el seguro esté vigente a la fecha de ocurrido el siniestro, y (iii) que la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por una enfermedad cubierta por esta póliza.

Se brinda cobertura en el territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

Exclusiones**El presente seguro no tiene exclusiones.****Medios de Comunicación Pactados**

Comunicación física, electrónica y telefónica.

Autorización Acceso a Historia Clínica

Si bien EL ASEGURADO o en su caso el BENEFICIARIO, es el responsable de proporcionar toda la documentación e información necesarias en caso de solicitud de cobertura, con la suscripción del presente documento, EL ASEGURADO brinda su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que Chubb Seguros Perú S.A y/o la ENTIDAD FINANCIERA que desembolsa el crédito (esta última en su calidad de Beneficiario de la Póliza de Seguro y solo con la finalidad de gestionar la solicitud de cobertura), pueda solicitar a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, la exhibición y entrega de su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en poder de éstos, autorizando desde ya a dichos establecimientos de salud a la entrega de su información.

Derecho de resolver el Contrato sin Expresión de Causa

De acuerdo al Artículo 18° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida, el ASEGURADO puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita.

Derecho de arrepentimiento

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Solicitud-Certificado, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado en el caso que no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la Solicitud-Certificado, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Dicha devolución la efectuará la COMPAÑÍA a los treinta (30) días de haber realizado la solicitud.

Derecho del Contratante de Aceptar o No Modificaciones a las Condiciones Contractuales 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.

En los seguros grupales, la COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar Cobertura

1. **Aviso del siniestro:** EL CONTRATANTE y/o los beneficiarios deberá(n) dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario desde el conocimiento del mismo, o de conocido el beneficio, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 20.11 del artículo 20° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.
2. **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá(n) presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada). El CONTRATANTE y/o los beneficiarios podrá(n) presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente

En caso de Muerte Natural:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder.
- b) Acta o Partida de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.

En caso Muerte Accidental, adicionalmente se deberá presentar:

- a) Copia Certificada del Atestado Policial Completo;

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 y/o solicitante, según corresponda;
- b) Resultado de examen toxicológico (de haberse realizado);
- c) Certificado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, COMAFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación);
- d) Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante;
- e) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE; y

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO y/o solicitante, según corresponda;

- b) Certificado de Invalidez Total y Permanente por enfermedad, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, COMAFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación);
- c) Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante; y
- d) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.

En todos los casos, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de ejecutar una prueba de polígrafo en la fecha establecida para la entrevista la cual deberá ejecutarse dentro primeros 20 días desde que se entrega la información completa establecida en póliza.

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 ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso el 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 la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento 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.

Medios Habilitados para presentar Consulta o Reclamos

Lugares Autorizados para Solicitar la Cobertura:

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR / el CORREDOR DE SEGUROS.

Medios habilitados para Presentar Consultas y/o Reclamos:

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pueden 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. 417-5000 (*).
- b. Escribiéndonos a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección www.chubb.com/pe opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
- c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 399-1212 (**).

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

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro.
- Detalle del reclamo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de Atención: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

(**) Horario de Atención: De lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm

Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias y/o Consultas

- **Defensoría del Asegurado:** En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o 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.
- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:** Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: 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

Autorización Acceso a Historia Clínica

Si bien EL ASEGURADO o en su caso el BENEFICIARIO, es el responsable de proporcionar toda la documentación e información necesarias en caso de solicitud de cobertura, con la suscripción del presente documento, EL ASEGURADO brinda su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que Chubb Seguros Perú S.A y/o la ENTIDAD FINANCIERA que desembolsa el crédito (esta última en su calidad de Beneficiario de la Póliza de Seguro y solo con la finalidad de gestionar la solicitud de cobertura), pueda solicitar a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, la exhibición y entrega de su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en poder de éstos, autorizando desde ya a dichos establecimientos de salud a la entrega de su información.

Definiciones

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes.

No se consideran como Accidentes los llamados “**accidentes médicos**”: **infarto de miocardio, edema agudo, trombosis, ataque epiléptico, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, accidente cerebro vascular; así como los casos de negligencia o impericia médica. Tampoco será considerado como Accidente aquellos sucesos originados como repercusión o como consecuencia de eventos, episodios o crisis de estos llamados “accidentes médicos”.**

Capacidad de Trabajo: Capacidad del ASEGURADO para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las Normas para la evaluación y calificación del grado de Invalidez del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N°232-98-EF/SAFP y/o sus normas modificatorias y/o complementarias.

Deportes notoriamente peligrosos: Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comporta una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican.

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Enfermedades preexistentes al inicio del seguro, entendiéndose como tal cualquiera condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocida y formalizada por las entidades competentes.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una Enfermedad presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocida y formalizada por las entidades competentes.

Muerte Natural: Es el deceso del ASEGURADO por cualquier causa, con excepción de Suicidio y de lo indicado en Muerte Accidental.

Muerte Accidental: Se entiende por muerte accidental aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Saldo Deudor: Es el capital que el ASEGURADO adeuda al CONTRATANTE. También llamado Saldo Insoluto. Salvo estipulación en contrario en el presente documento, no incluye intereses compensatorios, moratorios ni portes ni comisiones u otros gastos.

Importante

1. La información contenida en este documento es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en el presente documento y Cláusulas Generales de Contratación comunes a los seguros de Vida.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro colectivo a la COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
3. En el caso que este seguro se comercialice a través de un comercializador, la COMPAÑÍA se hace responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador con motivo de la comercialización del seguro, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden, de conformidad con el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por Resolución SBS N°4143-2019. Asimismo, las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a Chubb Seguros Perú S.A.
4. De igual manera, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a la COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización. En el caso de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N°3274-2017 y sus normas modificatorias.
5. El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
6. Dentro de la vigencia del contrato de seguro el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

Solicitud de Cobertura Fraudulenta

El Asegurado / Beneficiario perderá el derecho a ser indemnizado, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquier ASEGURADO / BENEFICIARIO, o terceras personas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

En caso exista más de un Asegurado / Beneficiario, la actuación dolosa o engañosa de uno no afectará el derecho de los demás Beneficiarios, salvo que éste actúe debidamente facultado en representación de éstos.

Declaraciones

El ASEGURADO declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales (cláusulas adicionales) del seguro

que solicita, accediendo a la página web de la COMPAÑÍA: www.chubb.com/pe, así como a la de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradora Privada de Fondos de Pensiones: www.sbs.gob.pe.

Autorización Datos Personales

CHUBB incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

EL ASEGURADO acepta expresamente que sus datos personales puedan ser cedidos a terceros, sean entidades y/o personas naturales o jurídicas, vinculados o no a **CHUBB**, para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, según el listado referencial que se encuentra en la página web www.chubb.com/pe, respetando la legislación peruana sobre protección de datos personales.

EL ASEGURADO autoriza, acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales incluirá la posibilidad de realizar estudios estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes, remitir información sobre productos y servicios a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita, así como el flujo transfronterizo de la información a otras entidades ubicadas en Estados Unidos, con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de **CHUBB**.

Los datos personales proporcionados seguirán siendo de titularidad exclusiva de **CHUBB**, tiene carácter confidencial y están protegidos por la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N°016-2024-JUS.

CHUBB declara que los datos personales han sido obtenidos cumpliendo con la normativa vigente y que cuenta con el consentimiento previo, expreso, libre e informado de los titulares de dichos datos; o, en su defecto, se encuentra dentro de las excepciones al consentimiento contenidas en el artículo 14° de la Ley de Protección de Datos Personales.

La finalidad del tratamiento de los datos personales es únicamente para realizar procesamiento de datos y permitir la ejecución del contrato, conforme a los servicios estipulados en el presente Contrato. En ningún caso, los datos podrán ser utilizados para fines distintos sin la debida autorización de **CHUBB**.

Para la ejecución del tratamiento se deberá contar con los siguientes datos personales:

- Nombre completo.
- Documento de identidad.
- Información médica, cuando corresponda.

CHUBB se compromete a:

- Custodiar y proteger los datos personales proporcionados u obtenidos, implementando las medidas de seguridad técnicas, organizativas y jurídicas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
- Utilizar los datos personales exclusivamente para la ejecución de los servicios objeto del contrato, sin aplicarlos para fines propios o distintos a los establecidos.
- No transferir, comunicar ni ceder los datos personales a terceros, salvo que se requieran para la ejecución contractual. Asimismo, se prohíbe la copia o reproducción de la información, salvo que sea estrictamente necesaria para la ejecución de los servicios.
- No realizar transferencias internacionales de datos personales, salvo que sea necesario para la ejecución contractual. En caso de que dicha transferencia sea necesaria, deberá garantizar que el país de destino cuente con un nivel de protección adecuado, conforme a la Ley N°29733 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°016-2024-JUS y que se suscriban los acuerdos necesarios para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos.
- Asegurar que el acceso a los datos personales esté limitado únicamente al personal cuya intervención sea necesaria para la prestación de los servicios, informándoles de las medidas de seguridad y el deber de confidencialidad que deben observar, incluso después de finalizada la relación contractual.
- Aceptar la realización de controles, comprobaciones y auditorías que se considere necesarios a efectos de verificar el cumplimiento de lo establecido en el presente Contrato.
- En caso se detecte cualquier incidente de seguridad que implique un acceso no autorizado, pérdida, alteración o divulgación indebida de datos personales, deberá notificarlo de manera inmediata y dentro de un plazo máximo de 24 horas. Asimismo, deberá proporcionar un informe detallado sobre las causas del incidente, las medidas correctivas adoptadas y cualquier otra información relevante que se requiera.
- Canalizar cualquier solicitud de ejercicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición).

El ASEGURADO autoriza voluntariamente el uso y tratamiento de sus datos personales (marcar con una X):

Sí () No ()

EL ASEGURADO ha sido informado y conoce sobre el ejercicio de los derechos ARCO (acceso, rectificación, oposición y cancelación) de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignando su nombre y apellidos, tipo y número de documento de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a legal.peru@chubb.com

CHUBB declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP-PJP N° 4036.

que solicita, accediendo a la página web de la COMPAÑÍA: www.chubb.com/pe, así como a la de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradora Privada de Fondos de Pensiones: www.sbs.gob.pe.

Autorización Datos Personales

CHUBB incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

EL ASEGURADO acepta expresamente que sus datos personales puedan ser cedidos a terceros, sean entidades y/o personas naturales o jurídicas, vinculados o no a **CHUBB**, para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, según el listado referencial que se encuentra en la página web www.chubb.com/pe, respetando la legislación peruana sobre protección de datos personales.

EL ASEGURADO autoriza, acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales incluirá la posibilidad de realizar estudios estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes, remitir información sobre productos y servicios a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita, así como el flujo transfronterizo de la información a otras entidades ubicadas en Estados Unidos, con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de **CHUBB**.

Los datos personales proporcionados seguirán siendo de titularidad exclusiva de **CHUBB**, tiene carácter confidencial y están protegidos por la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N°016-2024-JUS.

CHUBB declara que los datos personales han sido obtenidos cumpliendo con la normativa vigente y que cuenta con el consentimiento previo, expreso, libre e informado de los titulares de dichos datos; o, en su defecto, se encuentra dentro de las excepciones al consentimiento contenidas en el artículo 14° de la Ley de Protección de Datos Personales.

La finalidad del tratamiento de los datos personales es únicamente para realizar procesamiento de datos y permitir la ejecución del contrato, conforme a los servicios estipulados en el presente Contrato. En ningún caso, los datos podrán ser utilizados para fines distintos sin la debida autorización de **CHUBB**.

Para la ejecución del tratamiento se deberá contar con los siguientes datos personales:

- Nombre completo.
- Documento de identidad.
- Información médica, cuando corresponda.

CHUBB se compromete a:

- Custodiar y proteger los datos personales proporcionados u obtenidos, implementando las medidas de seguridad técnicas, organizativas y jurídicas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
- Utilizar los datos personales exclusivamente para la ejecución de los servicios objeto del contrato, sin aplicarlos para fines propios o distintos a los establecidos.
- No transferir, comunicar ni ceder los datos personales a terceros, salvo que se requieran para la ejecución contractual. Asimismo, se prohíbe la copia o reproducción de la información, salvo que sea estrictamente necesaria para la ejecución de los servicios.
- No realizar transferencias internacionales de datos personales, salvo que sea necesario para la ejecución contractual. En caso de que dicha transferencia sea necesaria, deberá garantizar que el país de destino cuente con un nivel de protección adecuado, conforme a la Ley N°29733 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°016-2024-JUS y que se suscriban los acuerdos necesarios para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos.
- Asegurar que el acceso a los datos personales esté limitado únicamente al personal cuya intervención sea necesaria para la prestación de los servicios, informándoles de las medidas de seguridad y el deber de confidencialidad que deben observar, incluso después de finalizada la relación contractual.
- Aceptar la realización de controles, comprobaciones y auditorías que se considere necesarios a efectos de verificar el cumplimiento de lo establecido en el presente Contrato.
- En caso se detecte cualquier incidente de seguridad que implique un acceso no autorizado, pérdida, alteración o divulgación indebida de datos personales, deberá notificarlo de manera inmediata y dentro de un plazo máximo de 24 horas. Asimismo, deberá proporcionar un informe detallado sobre las causas del incidente, las medidas correctivas adoptadas y cualquier otra información relevante que se requiera.
- Canalizar cualquier solicitud de ejercicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición).

El ASEGURADO autoriza voluntariamente el uso y tratamiento de sus datos personales (marcar con una X):

Sí () No ()

EL ASEGURADO ha sido informado y conoce sobre el ejercicio de los derechos ARCO (acceso, rectificación, oposición y cancelación) de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignando su nombre y apellidos, tipo y número de documento de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a legal.peru@chubb.com

CHUBB declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP-PJP N° 4036.

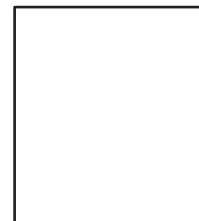
En caso de incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, la parte responsable asumirá íntegramente cualquier reclamo, denuncia, proceso judicial o procedimiento administrativo iniciado en su contra, incluyendo el pago de indemnizaciones, multas, costas y costos que pudieran derivarse de dicho incumplimiento.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero. Las obligaciones establecidas en esta cláusula permanecerán vigentes durante la ejecución del Contrato y después de su finalización, en lo que respecta a la confidencialidad y tratamiento de los datos personales.



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

Firma del ASEGURADO



Huella Digital

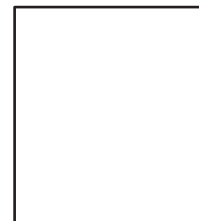
En caso de incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, la parte responsable asumirá íntegramente cualquier reclamo, denuncia, proceso judicial o procedimiento administrativo iniciado en su contra, incluyendo el pago de indemnizaciones, multas, costas y costos que pudieran derivarse de dicho incumplimiento.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero. Las obligaciones establecidas en esta cláusula permanecerán vigentes durante la ejecución del Contrato y después de su finalización, en lo que respecta a la confidencialidad y tratamiento de los datos personales.



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

Firma del ASEGURADO



Huella Digital