

## Seguro De Hospitalización

Código SBS: AE2036400022. Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias.

Póliza No: 34-29952

Solicitud-Certificado N°: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros (LA COMPAÑÍA)	
Nombre: Chubb Peru S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro	Teléfono: 417-5000
Correo electrónico: <a href="mailto:atencion.seguros@chubb.com">atencion.seguros@chubb.com</a>	Página Web: <a href="http://www.chubb.com/pe">www.chubb.com/pe</a>

Datos generales de la Solicitud-Certificado	
VIGENCIA : 1 AÑO (12 MESES)	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA
INICIO DE VIGENCIA :	FIN DE VIGENCIA :

Contratante/Comercializador	
RAZON SOCIAL: CMAC Huancayo S.A	RUC: 20130200789
DIRECCIÓN: Cal. Real Nro. 341 Int. 343	Teléfono: (64) - 481000

ASEGURADO TITULAR (CLIENTE DEL CONTRATANTE)		
NOMBRES Y APELLIDOS		
DOCUMENTO:	FECHA NAC:	SEXO:
DOMICILIO:		
DISTRITO:		
PROVINCIA:	DEPARTAMENTO:	
TELÉFONO:	NACIONALIDAD	

BENEFICIARIOS		
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%

PLAN DE PAGO	
TIPO DE CUENTA:	N DE CUOTAS:
APORTE MENSUAL	TOTAL DE CUOTAS PACTADAS
El aporte mensual incluye IGV y 3% de cargos de emisión	FECHA DE PAGO:

Pago a Beneficiarios:
<b>Para las coberturas Renta Hospitalaria por Enfermedad:</b> El ASEGURADO.
<b>Para la cobertura de Muerte Accidental (Indemnización por Sepelio):</b> El pago se ejecutará a los Beneficiarios elegidos por el ASEGURADO en arriba. En caso el ASEGURADO TITULAR no haya designado a sus BENEFICIARIOS, éstos serán sus herederos legales. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentaje, el beneficio otorgado se repartirá en partes iguales. Los beneficios serán abonados al tutor, representante legal o curador acreditado para los beneficiarios menores de edad o mayores de edad declarados incapaces, según corresponda.

Coberturas , Sumas Aseguradas y Límites	
Coberturas	Sumas Aseguradas y Límites
<p><b>Renta Hospitalaria por Enfermedad o Accidente:</b> La COMPAÑÍA pagará el 100% del Beneficio indicado en el presente documento, por cada día de 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, por enfermedad o accidente, si como consecuencia de ellas, haya sido necesaria la hospitalización del ASEGURADO debidamente certificada por un médico, <b>sin considerar convalecencia</b>, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.</p> <p><b>Para los efectos de esta Póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente. Asimismo, se considera que una misma enfermedad o accidente que sobrepase los 365 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo en la vigencia siguiente, en caso de renovación de la Póliza.</b> El seguro sí cubrirá cualquier otra enfermedad o accidente que se produzca en la renovación.</p> <p><b>La Renta Hospitalaria no se pagará si el ASEGURADO no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.</b></p> <p><b>La hospitalización de un ASEGURADO que comience mientras su póliza esté vigente, y que se deba a la misma causa o causas relacionadas a una hospitalización anterior por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo esta misma cobertura y que no esté separada por un periodo de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior. En este caso, se considerará que la última hospitalización ha ocurrido durante el mismo periodo del evento asegurado, o ha sido resultado de la misma lesión física, con el propósito de determinar el periodo máximo de indemnización y el beneficio máximo anual pagadero bajo esta cobertura.</b></p> <p><b>Se consideran como hospitalizaciones separadas aquellas separadas por un periodo de doce (12) meses o más, con el propósito de determinar el beneficio máximo anual pagadero con arreglo a esta cobertura. El cálculo de los doce meses se hará desde la fecha de ingreso de la primera hospitalización hasta la fecha de ingreso de la siguiente hospitalización.</b></p>	<p>S/100 por cada 24 horas de internamiento.</p> <p><b>Máximo 365 días de internamiento.</b></p>
<p><b>Muerte Accidental (Indemnización por Sepelio):</b> Producido un accidente cubierto por el presente seguro y siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas se manifiesten a más tardar dentro de un año de producido el accidente, la COMPAÑÍA pagará por la Muerte Accidental del ASEGURADO.</p> <p>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. El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO que pueda resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.</p>	<p>S/1,000</p>

Prima
<p><b>Prima Comercial: S/5.51</b>  <b>Prima Comercial + IGV: S/6.50</b></p> <p><b>Forma de pago (marcar opción elegida):</b></p> <p>Con cargo en cuenta (            )  Efectivo (            )</p> <p>La prima comercial incluye:</p> <p>- Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 33.98%</p>

**En caso haber elegido el cargo en cuenta:**

- El ASEGURADO autoriza el cargo de la prima en la cuenta designada por éste en la fecha de cargo más próxima a a afiliación y en la periodicidad pactada previamente.
- De no encontrar saldo en la cuenta designada o si no se pudiera realizar el cobro en la misma, el ASEGURADO autoriza a que se proceda con el cargo respectivo en cualquier de sus cuentas con éste donde mantenga saldo acreedor.
- En caso de extravío, pérdida, robo, cambio de la tarjeta de donde se realiza el cargo de la prima, el ASEGURADO está obligado a informar a la COMPAÑÍA. Asimismo, EL ASEGURADO autoriza a que el cargo de la prima continúe realizándose en el nuevo número de tarjeta emitida con la entidad financiera de la tarjeta original.
- EL ASEGURADO declara que el cargo es una facilidad de pago que no limita sus responsabilidades del pago oportuno de prima, por lo que si la COMPAÑÍA no usase las facultades antes expuestas no será responsable de la suspensión, resolución y/o extinción del microseguro.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo y en la periodicidad pactada en el acápite anterior. La prima considera los impuestos vigentes al momento de su emisión. Las primas se calcularán según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

**Edades Límite**

Edad Mínima de Ingreso	: 18años
Edad Máxima de Ingreso	: 64años
Edad Máxima de Permanencia	: 69 años con 364 días, <b>en tanto no haya venido renovando su seguro durante cinco (5) años consecutivos.</b>

**Descripción del Interés Asegurado**

Otorgar una renta al ASEGURADO que se encuentre hospitalizado a causa de un accidente o enfermedad cubierta por la póliza y bajo los términos de su plan de seguro.

**Exclusiones**

**Quedan excluidas de cobertura de esta Póliza los siniestros que sean consecuencia de lo siguiente:**

**Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Enfermedad o Accidente:**

- Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el ASEGURADO en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.**
- 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.**
- Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza.**
- Curas de Reposo.**
- Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.**
- Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.**
- Condiciones médicas o enfermedades preexistentes, definidas como tal en el artículo de definiciones de las Condiciones Generales.**
- Exámenes médicos de rutina.**
- Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.**
- Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**
- Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**
- Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos descritos en las Definiciones.**

**Para la cobertura de Muerte Accidental (Indemnización por Sepelio):**

- Suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.**
- 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.**
- Detonación, reacción o 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 relacionados con la seguridad de las personas; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o mediante indicios razonables como 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, ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.**
- h) **Lesiones preexistentes al momento de contratar este seguro, entendiéndose como tal a toda lesión producida con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza.**
- i) **La práctica de deportes peligrosos. Ejemplos: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros, cacería de fieras, motociclismo y deportes de invierno.**
- j) **El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo. Ejemplo: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.**
- k) **Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, y asimismo como empleado de una aerolínea que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.**
- l) **Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo, insolación o congelación. Esta póliza se rige por las disposiciones legales peruanas vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente. Para efectos de esta póliza se utiliza 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.**
- m) **Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento.**
- n) **Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.**
- o) **Las hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.**

#### **Derecho de Arrepentimiento**

El 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 de la Solicitud-Certificado; que nosean 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.

En caso el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total, o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada, en un plazo máximo de treinta (30) días a partir del ejercicio de su derecho de arrepentimiento.

#### **Derecho de Resolución sin Expresión de Causa**

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada a LA COMPAÑÍA. El artículo 9º de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establece este derecho.

#### **Aceptación de cambios de condiciones contractuales, durante la vigencia de la Solicitud-Certificado**

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 por escrito a la COMPAÑÍA 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 proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

### **Terminación del Seguro**

El contrato de seguro, terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO Titular.
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia, salvo que haya venido renovando su seguro por 5 años consecutivos.
- c) Al vencimiento del plazo de la presente Solicitud-Certificado, sin que se hayan renovado por decisión del ASEGURADO Titular.

En todos los supuestos de terminación la COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se obliga a devolver la prima por el periodo no devengado en un plazo máximo de 30 días calendario a partir de la fecha de configuración del supuesto de terminación.

### **Renovación Automática**

El seguro se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza y mientras el ASEGURADO no haya cumplido la edad límite de permanencia. No se emitirán documentos de renovación ya que la Póliza originalmente entregada al CONTRATANTE constituye evidencia de la validez de la cobertura.

Cuando la Aseguradora considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento de la póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la póliza para manifestar su rechazo en la propuesta de la Aseguradora. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Aseguradora. En este último caso, la Aseguradora debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

Cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva e ininterrumpida tendrá derecho a continuar renovando el contrato de seguro indefinidamente, con coberturas no menores a las pactadas anteriormente, salvo el ajuste de primas que la COMPAÑÍA podrá realizar en base a los criterios de actualización por siniestralidad, edad alcanzada, gastos de proveedores médicos y los que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

### **Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura**

**Aviso de Siniestro:** Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Póliza, deberá darse aviso de este por cualquiera de los medios de comunicación pactados con la COMPAÑÍA o del Comercializador, dentro de un lapso máximo de treinta (30) días siguientes a la fecha de conocido el suceso o 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 11.11 del artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.



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

**Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Enfermedad o Accidente:**

- a) Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización; emitido por la Institución Hospitalaria.
- b) Recetas médicas; emitidas por la Institución Hospitalaria.
- c) Resultados de exámenes y procedimientos médicos, de haberse solicitado; emitidos por la Institución Hospitalaria;
- d) Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias; y
- e) Documento de identidad del ASEGURADO.
- t) Historia Clínica del ASEGURADO emitida por el hospital correspondiente.

**Para la cobertura de Muerte Accidental (Indemnización por Sepelio):**

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso de tenerlo físicamente;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad del solicitante de la cobertura;
- e) Atestado Policial completo, en caso corresponda;
- t) Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda;
- g) Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.
- h) Copia Literal de la Inscripción Definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos que designe a los solicitante de la cobertura;

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.

Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación e información presentada, 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 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.

**Cooperación:** En caso de una solicitud de cobertura en virtud de la presente póliza, el ASEGURADO no sólo procederá a dar aviso a la COMPAÑÍA, sino que adoptará y permitirá que se adopten todas las medidas que fueren razonables para reducir al mínimo las consecuencias de la enfermedad o lesión que motivó la hospitalización. Igualmente, el ASEGURADO está obligado a obtener la autorización correspondiente, para que todos los médicos que estén atendiendo o hubiesen atendido tanto a él como a cualquiera de las personas Aseguradas, proporcionen a la COMPAÑÍA información sobre el estado físico, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con la persona Asegurada. La COMPAÑÍA a su propio costo tendrá derecho a examinar por sus médicos a cualquier ASEGURADO inscrito en la presente póliza, y el mismo se obliga a someterse a dichos exámenes, haya habido solicitud de cobertura o no.

**Lugares Autorizados para solicitar la cobertura**

La COMPAÑÍA/ EL CONTRATANTE, cuyos datos se encuentran en la primera parte de la presente Solicitud Certificado.

**Medios Habilitados para presentar consultas y/o reclamos:**

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO 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:

- En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de la COMPAÑÍA ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 (\*).
- Escribiendo a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto: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](http://www.chubb.com/pe) opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
- 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 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**

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](http://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: (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](http://www.sbs.gob.pe)

INDECOPI: Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja- Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe).

**Importante**

- La información contenida en este documento es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la recepción de dicha solicitud.
- Las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al Comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- La COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SES N° 3274-2017.
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima.
- **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.**
- **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.**

**Domicilio y Comunicaciones**

La COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales, considerándose como tal el uso de correos electrónicos si es que fue pactado como medio de comunicación.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para este contrato de seguro.

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito o por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la solicitud de seguro (electrónicas o telefónicas), con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

**Solicitud de Cobertura Fraudulenta**

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho previsto en este seguro:

- Si el ASEGURADO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.
- Si en cualquier tiempo, el ASEGURADO y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con representación o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Cobertura.
- Si la pérdida ha sido causada voluntariamente por el ASEGURADO, o con su complicidad o con su consentimiento.

**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 reveladas por los exámenes correspondientes.

**ASEGURADO Titular:** Titular de la Póliza y obligado al pago de la prima.

**Condición Médica Pre-existente (pre-existencia):** cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud o contratación del seguro.

**Enfermedad:** Cualquier alteración de la salud del ASEGURADO que le ocasione reducción de su capacidad funcional y de la cual se origina un diagnóstico que la define, certificado por un médico durante la vigencia de la Póliza.

**Hospitalización:** internamiento de una persona dentro de una institución hospitalaria, un mínimo de 24 horas continuas, bajo supervisión de médico autorizado. **No se considerará hospitalización el internamiento del paciente por un periodo inferior a 24 horas.**

**Institución Hospitalaria:** Establecimiento legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos: a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería. **Para los efectos de esta póliza no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**



**Lesión Corporal Accidental:** Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico, sufrido por el ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza y que sea base para la solicitud de una cobertura, de acuerdo a los términos de esta Póliza.

**Paciente Interno:** Persona cuyo ingreso a una institución hospitalaria se realiza por recomendación de un médico, con la finalidad de prestarle atención médica en relación con una enfermedad o lesión cubierta por esta póliza.

**Pre-existencias:** cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud o contratación del seguro. El tratamiento de las mismas se detalla en el artículo 14 de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

**Ocupación o Actividad de Riesgo:** Toda aquella actividad que implica un peligro para la salud o integridad física de la persona, y que la realiza como su trabajo permanente.

**Médico Colegiado:** Persona con formación profesional en medicina y que cuenta con una licencia que le autoriza a ejercer la profesión.

**Renta Hospitalaria:** Corresponde a la indemnización pagadera por cada 24 horas de hospitalización de un ASEGURADO en una Institución Hospitalaria a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierta por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en el presente documento.

#### Medios de Comunicación Pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

#### Declaración jurada y autorización para revelar información médica

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.

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

#### Aceptación de las condiciones planteadas

El ASEGURADO declara haber recibido y tomado conocimiento directo de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y Resumen Informativo, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato. Sin perjuicio de ello, el ASEGURADO declara que ha sido informado de que puede acceder a los citados documentos en nuestra página web: <http://www.chubb.pe>.

#### Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, 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 la COMPAÑÍA comunique sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe). Esta autorización incluye compartir información con terceros para fines estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

El ASEGURADO acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por LA COMPAÑÍA para realizar estudios estadísticos y de siniestralidad, remitir información sobre sus 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 la COMPANIA.

Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, cuyo listado completo se encuentra en la página [web www.chubb.com/pe](http://web.chubb.com/pe), respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

EL ASEGURADO AUTORIZA: ( ) Sí ( ) No  
(marcar con una X)

EL ASEGURADO manifiesta que tiene conocimiento sobre sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignando derechos y medio de contacto; nombre y apellidos, tipo y número de documentos de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos mediante comunicación dirigida a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com)

La COMPAÑÍA 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**.

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.



**Juan Carlos Puyó de Zavala**  
**EL ASEGURADO**  
**LA COMPAÑÍA**

**ASEGURADO**