

Microseguro de Muerte Accidental

Solicitud - Certificado N°:

Código SBS: AE2036100129

Póliza No: 31-173660

Compañía de Seguros (LA COMPAÑÍA)	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC : 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro	
Teléfono: 417-5000 / Fax 221-3313	
Página Web: www.chubb.com/pe	Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com

Contratante	
Denominación o Razón Social: CMAC Huancayo S.A	
Distrito: Huancayo	Provincia: Huancayo
Página Web: www.cajahuancayo.com.pe	Departamento: Junín
Denominación o Razón Social: CMAC Huancayo S.A	

Condiciones para ser Asegurado	
Edad Mínima de Ingreso: 18 años	Edad Máxima de Ingreso: 64 años y 364 días
Edad Máxima de Permanencia: 69 años y 364 días	

Descripción del Interés Asegurado
Proteger al ASEGURADO contra riesgos accidentales

Beneficiario(s)
Para la cobertura de Muerte Accidental, Auxilio Educativo, Desamparo Familiar Súbito e Indemnización por Sepelio por Accidente: Se pagará a los beneficiarios listados en el cuadro. En caso de no designarse Beneficiario(s) de este seguro, la indemnización se pagará a los herederos legales del Asegurado. En caso de designarse a más de un beneficiario y de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales. En caso de no designarse Beneficiario(s) de este seguro, la indemnización se pagará a los herederos legales del Asegurado. En caso de designarse más de un beneficiario y de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales. Para las demás coberturas: EL ASEGURADO

Coberturas**	Plan Plus
Muerte Accidental(*): LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO el importe señalado en la Solicitud-Certificado o Póliza Simplificada, según corresponda; cuando durante la vigencia de la póliza, EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de un Accidente, según los términos y condiciones establecidos en el presente documento. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia de las lesiones originadas por el Accidente.	S/21,400
Invalidez Total y Permanente por Accidente(*): En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del microseguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por este microseguro.	S/21,400
Auxilio Educativo: En caso el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del microseguro, Chubb Seguros Perú pagará la renta mensual temporal señalada en la Solicitud-Certificado, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones. Esta cobertura cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de Chubb Seguros Perú que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.	S/300 por mes 12 meses
Desamparo Familiar Súbito: En caso que el ASEGURADO y su Cónyuge o Concubina(o) declarada(o) expresamente en la Solicitud - Certificado de Seguro, fallezcan a consecuencia de un mismo accidente y siempre que ambos fallecimientos ocurran dentro del plazo de veinticuatro (24) horas de ocurrido dicho accidente, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, en los plazos y términos que se señalan en la misma , siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones. Esta cobertura será indemnizada siempre y cuando existan hijos menores de edad al momento del fallecimiento de ambos padres y en favor de estos.	S/2,000
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad: La COMPAÑÍA pagará el Beneficio indicado en el presente documento por cada día de internamiento del ASEGURADO superior a 24 horas en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 60 días por año sin considerar convalecencia, si como consecuencia de una enfermedad o accidente ha sido necesaria su hospitalización, debidamente certificada por un médico, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.	S/100 por días Máximo 60 días por cada año de vigencia

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente: En caso que el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, ya sea que este haya ocurrido en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA pagará hasta el límite establecido en la Solicitud-Certificado o , los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes que fueren necesarios para su curación; siempre y cuando las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de esta Cláusula Adicional y siempre que el ASEGURADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro seguro. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro seguro, y los gastos no cubiertos por dicho seguro, serán reembolsados por LA COMPAÑÍA hasta el límite señalado en la Solicitud-Certificado o Póliza Simplificada.	Hasta S/2,500
Indemnización por Sepelio por Accidente: LA COMPAÑÍA pagará a EL BENEFICIARIO el importe señalado en la Solicitud-Certificado o Póliza Simplificada, según corresponda; cuando durante la vigencia de la póliza, EL ASEGURADO fallezca como consecuencia de un Accidente, según los términos y condiciones establecidos en el presente documento. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia de las lesiones originadas por el Accidente.	S/1,000

(*)Las coberturas son excluyentes entre sí

(**) La cobertura Desmembramiento por Accidente señaladas en las Condiciones Generales del producto no aplica para este Microseguro

Primas

Prima Comercial Anual: S/66.10

Prima Comercial Anual + IGV: 78.00

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 40.78%

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor: 4.85%/ J0830

Periodicidad de Pago: Anual

Forma de pago: Con Cargo en Cuenta () Efectivo ()

Exclusiones

Queda excluido de cobertura los eventos que ocurran a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

Para las coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidental, Auxilio Educativo, Desamparo Familiar Súbito, Reembolso de Gastos Médicos por Accidente e Indemnización por Sepelio por Accidente:

- Preexistencias, de acuerdo a la definición de la póliza.
- Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes o reglamentos públicos,
- Suicidio consciente y voluntario, dentro de los 02 (dos) primeros años de vigencia del seguro o intento de suicidio estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- Homicidio causado por un beneficiario de este seguro, dejando a salvo el derecho de los demás beneficiarios.
- Accidentes ocurridos durante la participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- Accidentes ocurridos durante la práctica de los siguientes deportes de alto riesgo: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.
- Accidentes ocurridos durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- Los accidentes que se produzcan bajo la influencia de alcohol o drogas.
- Lesiones inferidas al ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento
- Participación del ASEGURADO en huelga, motín, conmoción civil contra el orden público, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos, actos ilegales, delictivos o criminales.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad:

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, consciente y voluntario, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- 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, motín o conmoción civil.
- c) 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 Solicitud - Certificado / Póliza Simplificada.
- d) Curas de Reposo.
- e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- f) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacionen directamente con ellas.
- g) Condiciones médicas pre-existentes.
- h) Exámenes médicos de rutina.
- i) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- j) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- l) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones.

Pago de la Prima y Suspensión de Póliza

Se deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en la Solicitud-Certificado o Póliza Simplificada, según corresponda.

El incumplimiento de pago de la prima determina la suspensión automática del microseguro, sin necesidad de comunicación previa, desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un periodo de gracia en la Solicitud-Certificado o Póliza Simplificada, según corresponda. La COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida.

Resolución Automática por Falta de Pago de Prima

En caso el producto no cuente con un periodo de gracia detallado en la Solicitud-Certificado o Póliza Simplificada, entonces el microseguro quedará resuelto automáticamente a partir de la fecha de incumplimiento del pago de la prima, sin necesidad de comunicación previa por parte de la COMPAÑÍA.

Vigencia y Renovación Automática

Este microseguro tendrá una vigencia anual, contada desde la fecha de inicio de vigencia señalada en la Solicitud-Certificado o Póliza Simplificada, según corresponda y se renovará automáticamente por períodos iguales, siempre que se realice el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos del microseguro.

En caso la COMPAÑÍA considere necesario incorporar modificaciones en la renovación del microseguro deberá dirigir una comunicación al contratante, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato, detallando las modificaciones en caracteres destacados, la que se puede incluir como parte de la documentación enviada con la renovación.

El contratante cuenta con un plazo no menor a treinta (30) días, previos al vencimiento del contrato, para manifestar su rechazo con la propuesta. Ante el silencio del contratante, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones de la renovación.

En caso de rechazo del contratante a las modificaciones propuestas para la renovación, la COMPAÑÍA podrá optar por no renovar la Solicitud-Certificado o Póliza Simplificada, según corresponda, al término de la vigencia correspondiente.

Ajuste de la Prima y Modificación de Condiciones

Durante la vigencia del microseguro no se pueden modificar los términos de la póliza contratada sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien contará con un plazo de treinta (30) días para tomar una decisión respecto a las

modificaciones propuestas, a partir de la fecha en que reciba una comunicación de LA COMPAÑÍA, informando en caracteres destacados las modificaciones que se propone incorporar en el contrato de microseguro.

En los seguros de grupo, la COMPAÑÍA debe proporcionar la documentación suficiente al contratante para que este último haga de conocimiento de los asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, conforme a lo señalado en el párrafo anterior.

La falta de aceptación expresa de las modificaciones propuestas no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deben respetar los términos en los que el contrato fue inicialmente acordado hasta el fin de vigencia pactado, luego de lo cual no se renovará automáticamente el microseguro.

Terminación del Microseguro

La cobertura del presente microseguro terminará indefectiblemente para el ASEGURADO en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- c) La falta de pago de la prima, luego de vencido el periodo de gracia, siempre que se haya brindado uno.
- d) A solicitud expresa del ASEGURADO, en los términos señalados en el artículo 11°.
- e) Por dolo o fraude cometido por el ASEGURADO o CONTRATANTE.

En caso de terminación del microseguro, La COMPAÑÍA devolverá las primas no devengadas al ASEGURADO cuando corresponda en un plazo máximo de 30 días calendario desde configurado el supuesto de terminación.

Resolución del Seguro

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar, sin expresión de causa, la resolución de su microseguro, mediante cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del microseguro. La COMPAÑÍA deberá devolver la prima no devengada correspondiente ante tal situación, según corresponda.

Procedimiento para Solicitar la Cobertura en Caso de Siniestro

En caso de ocurrencia de un suceso que diera lugar a la solicitud de cobertura bajo este microseguro, el ASEGURADO deberá:

1. Aviso: Comunicar el siniestro a la COMPAÑÍA o EL COMERCIALIZADOR por cualquiera de los medios de comunicación pactados, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario siguientes a la fecha que tomó conocimiento del suceso o del beneficio, o, después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el ASEGURADO o BENEFICIARIO prueben su falta de culpa o que el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.
2. Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberán presentar a LA COMPAÑÍA o el COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada).

Para las coberturas de Muerte Accidental, Auxilio Educativo, Desamparo Familiar Súbito e Indemnización por Sepelio por Accidente:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido;
- b) Partida (o Acta) de Defunción del ASEGURADO emitido por RENIEC;
- c) Certificado de Defunción del ASEGURADO emitido por el médico o personas autorizadas por la autoridad sanitaria;
- d) Documento de identidad de los beneficiarios;
- e) Sucesión Intestada (cuando no se haya determinado Beneficiarios expresamente en la Póliza) emitida por SUNARP o Testamento;
- f) Informe Policial completo;
- g) Protocolo de Necropsia (cuando corresponda); emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación.
- h) Resultado de Dosaje Etílico (cuando corresponda);
- i) Resultado de Análisis Toxicológico (cuando corresponda).
- j) Historia Clínica del ASEGURADO, salvo indicación contraria de la COMPAÑÍA.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.

- b) Certificado médico con diagnóstico, emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud o entidad legal que la sustituya, en el cual se declare la condición de Incapacidad Total y Permanente.
- c) Historia Clínica del ASEGURADO, salvo indicación contraria de la COMPAÑÍA.

Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:

- a) Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió, lo cual deberá ser presentado por el ASEGURADO;
- b) Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.
- c) Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad:

- a) Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización, en caso corresponda.
- b) Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias.
- c) Demás documentos que certifiquen los servicios de hospitalización suministrados al ASEGURADO: historia clínica, orden de hospitalización, alta del paciente y receta médica.
- d) Documento de identidad del ASEGURADO.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a lo establecido en la legislación Peruana.

Pago de Beneficios

Al ocurrir un siniestro, debido a un riesgo cubierto por el presente seguro, Chubb Seguros Perú pagará a los beneficiarios la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado en un plazo máximo de veinte (20) días, contados desde la fecha en que ha recibido la información y/o documentación completa señalada en la Solicitud-Certificado, directamente o a través de un comercializador o corredor de seguros.

Beneficiarios

Para las coberturas de Muerte Accidental, Auxilio Educativo, Desamparo Familiar Súbito e Indemnización por Sepelio por Accidente serán beneficiarios de este seguro aquellas personas designadas en la Solicitud-Certificado. A falta de beneficiarios designados, Chubb Seguros Perú pagará los beneficios a los herederos legales del ASEGURADO en partes iguales. El ASEGURADO podrá modificar la designación de los beneficiarios en cualquier momento, mediante comunicación escrita cursada a Chubb Seguros Perú. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, el beneficiario será el ASEGURADO Titular

Derecho de Arrepentimiento

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de medios de sistema a distancia y/o a través de comercializadores; y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, el CONTRATANTE o ASEGURADO podrá resolver su microseguro, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la misma, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud. Para tal fin, EL CONTRATANTE o ASEGURADO que quiera hacer valer este derecho podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del microseguro

Atención de Consultas y Reclamos

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS 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 la oficina principal de LA COMPAÑÍA, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000.
- b. Escribiendo a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección <http://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

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de quince (15) días para resolver el reclamo presentado.

En los casos de reclamos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO por falta de pago de la indemnización, el trámite correspondiente deberá efectuarse a través del comercializador o del corredor de seguros o Chubb Seguros.

Definiciones

Para los efectos de esta Póliza los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado:

Accidente: Suceso externo, imprevisto, violento, involuntario, repentino y fortuito, , 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. **No se considera accidente el fallecimiento de EL ASEGURADO como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.**

Comercializador: persona natural o jurídica con la que la empresa celebra un contrato de comercialización con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros. Incluye la comercialización a través de bancaseguros

Condición Médica Pre-existente: Enfermedades o lesiones por las que el ASEGURADO haya recibido tratamiento médico o, en su caso, haya sido diagnosticada por un médico y que no haya sido resuelta en forma previa de la declaración jurada de salud.

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 esta Cobertura.

Exclusiones: Circunstancias o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro, pero que no están cubiertas por la Póliza.

Hospitalización: Reclusión de una persona dentro de una institución hospitalaria como paciente interno por un periodo superior a 24 horas bajo la supervisión de un médico autorizado.

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.

Invalidez Total y Permanente: Se considerará que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si presenta alguna de las siguientes condiciones:

- a) Estado absoluto e incurable de alienación mental (descerebramiento) que no permitiera al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida;
- b) Fractura incurable de la columna vertebral;
- c) Ceguera total de los 2 ojos;
- d) Ceguera total de 1 ojo y pérdida funcional de 1 miembro;
- e) Pérdida funcional de 2 o más miembros

Miembro: Se refiere a las manos, brazos, pies y piernas

Órgano: Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.

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 a una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta Cobertura.

Periodo de convalecencia: Periodo de recuperación de la salud prescrito por un médico, posterior a la ocurrencia de un accidente y/o enfermedad que requirió tratamiento médico hospitalario y durante el cual la persona debe permanecer en reposo.

Pérdida Funcional: Es la ausencia definitiva de toda capacidad de función o fisiológica del o de los órganos o miembros afectados, sin implicar su separación del organismo al cual pertenece.

Pérdida Total: Separación (cercenamiento) completa y definitiva de un órgano o miembro del organismo al cual pertenece.

Preexistencia(s): condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, de conocimiento de EL ASEGURADO, y no resuelta en el momento previo a la suscripción del contrato. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud, lesión física o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el ASEGURADO fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro

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 lesión accidental cubierta por esta Póliza y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares.

Solicitud-Certificado: Documento que acredita la contratación de una póliza de grupo, el que debe estar suscrito por el Contratante y el Asegurado.

Suma asegurada: Monto máximo indicado en la Solicitud-Certificado y en las Condiciones Particulares, que deberá pagar LA COMPAÑÍA a favor de EL BENEFICIARIO, en caso de siniestro, conforme a los límites indicados en la póliza

Defensoría del Asegurado

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO tiene derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado ubicada en Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional, cuyo número telefónico y página web son 421-0614 y www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que pudieran surgir, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado. El fallo de la Defensoría no es vinculante para el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o, quien podrá acudir a las demás instancias judiciales y/o administrativas que considere conveniente.

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 microseguro:

- 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.

Importante

1. Este documento resume las Condiciones Generales de la Póliza N° 31-173660
2. El ASEGURADO tiene derecho a acceder al contenido de la póliza de seguro de grupo o colectivo o a solicitar copia de ella. La copia de la póliza debe ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la fecha en que la empresa o el comercializador reciben la solicitud del asegurado
3. Toda comunicación, reclamo o solicitud de cobertura dirigida al Comercializador sobre aspectos relacionados a los seguros contratados, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a Chubb Seguros Perú.
4. Todo pago realizado por el ASEGURADO al Comercializador con respecto a los seguros contratados se considerará abonado a Chubb Seguros Perú en la misma fecha de su realización.

5. Chubb Seguros Perú es responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de los seguros en que incurra el Comercializador y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los ASEGURADOS y/o beneficiarios.
6. El presente seguro forma parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o muerte accidental, creado mediante la Ley 29355.
7. Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que 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 tienen 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.

ASEGURADO