

## Multiseguro Emprendedor – Hospitalización Soles, Dólares

**Certificado De Seguro N° XXXX**

**Póliza No: XXXX**

**Código SBS: AE2036400088 Adecuado a la Ley 29946 y normas reglamentarias**

### Empresa de Seguros (La Compañía)

**Nombre:** Chubb Seguros Perú S.A

**Dirección:** Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima

**Correo Electrónico:** [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com)

**RUC:** 20390625007

**Teléfono:** 417-5000;

**Página web:** www.chubb.com/pe

### Contratante (Persona Jurídica)

**Razón Social o Denominación Social:**

**Dirección:**

**Provincia:**

**Teléfono:**

**RUC:**

**Distrito:**

**Departamento:**

### Contratante (Persona Natural)

**Nombre:**

**Nacionalidad:**

**Dirección:**

**Provincia:**

**Teléfono:**

**DNI / CE:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Distrito:**

**Departamento:**

**Correo Electrónico:**

### Asegurado

**Nombre:**

**Nacionalidad:**

**Dirección:**

**Provincia:**

**Teléfono:**

**Relación con el Contratante**

**DNI / CE:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Distrito:**

**Departamento:**

**Correo Electrónico:**

### Beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Relación con el Asegurado	Porcentaje

### Cobertura del Seguro

Vigencia del seguro: Anual

Periodo de Carencia: XXXX

Fecha de inicio: Las 12 hrs. del (dd/mm/aaaa)

Fecha de fin: Las 12 hrs. del (dd/mm/aaaa) o cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero, salvo que el certificado se haya venido renovando automáticamente en forma sucesiva e ininterrumpida durante un periodo de cinco (5) años

**Prima**

Prima Comercial: XX  
 Prima Comercial +IGV: XXX

La prima comercial incluye:

- Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)
- Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)
- Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

TCEA XX% (en caso de prima fraccionada)  
 Lugar y forma de pago de la prima: XXX

**Descripción del interés asegurado**

<b>Cobertura</b>	<b>Suma Asegurada</b>
Renta por Hospitalización	XXXXX
Renta por Cuidados Intensivos	XXXXX
Muerte Accidental	XXXXX

**Beneficios adicionales**

XXX  
 XXX  
 XXX

**Exclusiones**

**Para las coberturas de Renta por Hospitalización y Renta por Cuidados Intensivos**

- a) **Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el ASEGURADO en su sano juicio, 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, ley marcial, 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 Póliza y/o Certificado de Seguro.**
- 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 relacione directamente con ellas.**
- g) **Condiciones médicas pre-existentes, en los términos definidos en el artículo de Definiciones de las Condiciones Generales.**
- 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 de las Condiciones Generales.**

**Para la cobertura de Muerte Accidental**

- a) 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, o las que ocurran como consecuencia directa o indirecta de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o guerra.**
- b) Duelo concertado, suicidio o intento de suicidio, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.**
- c) Participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos.**
- d) Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca a través de indicios razonables que se ha tratado de legítima defensa.**
- e) Participación del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.**
- f) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de vehículos motorizados (automóviles, motocicletas, lanchas o avionetas).**
- g) Participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.**
- h) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.**
- i) La práctica de deportes peligrosos. Ejemplos: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, box, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros y cacería de fieras.**
- j) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo. Ejemplos: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión o similares, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.**
- k) Desempeñarse 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 de tránsito. 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. El límite de alcohol señalado es aplicable a cualquier accidente, no está referido únicamente al accidente de tránsito.**
- m) Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.**
- n) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.**
- o) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.**
- p) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.**
- q) Enfermedades de cualquier especie, sean ellas corporales o psíquicas, aunque sean una consecuencia de intoxicaciones, de picaduras o mordeduras de insectos, de impresiones ni de las dolencias provenientes del ejercicio de una profesión u oficio determinado, que se conoce con el nombre de enfermedades profesionales.**

**Derecho de arrepentimiento:**

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros; el ASEGURADO TITULAR tiene derecho de arrepentimiento para resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este

derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del Certificado de Seguro, siempre que el Certificado de Seguro no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. Para tal fin de deberá seguir el procedimiento establecido en el artículo 17° a las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

**Derecho de resolución sin expresión de causa:**

El ASEGURADO puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 9° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establece este derecho.

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

El CONTRATANTE y ASEGURADO tienen derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el artículo 15° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

**Aviso de Siniestro y procedimiento para solicitar la Cobertura**

**Para las coberturas de Renta por Hospitalización y Renta por Cuidados Intensivos:**  
**En caso de hospitalización del ASEGURADO, este deberá cumplir con lo siguiente:**

- 1. Aviso del Siniestro:** Dar aviso por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de una hospitalización que origine una indemnización cubierta por este seguro o de conocido el beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de caso fortuito, fuerza mayor 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.
- 2. Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:
  - a) Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización;
  - b) Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias;
  - c) Documento de identidad del ASEGURADO.

**Para la cobertura de Muerte Accidental:**

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, los BENEFICIARIOS o Herederos Legales deberán cumplir con lo siguiente:

- 1. Aviso del Siniestro:** Dar aviso por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios siguientes a la fecha de conocido el suceso, o de conocido el beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de caso fortuito, fuerza mayor 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.
- 2. Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberán presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). Los BENEFICIARIOS o herederos legales podrán presentar los

**documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:**

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tengan en su poder;**
- b) Partida o Acta de Defunción;**
- c) Certificado Médico de Defunción completo;**
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda;**
- e) Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que designe a los Herederos Legales, según corresponda;**
- f) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, en caso corresponda;**
- g) Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda; y**
- h) Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.**

**En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes**

**En caso que 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.**

**El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora 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. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.**

El presente seguro no obliga a la COMPAÑÍA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑÍA al lugar donde se encuentre el cuerpo del ASEGURADO, en caso sea necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.

## Información Adicional

### **Medio y Plazo establecido para el aviso del siniestro:**

Se señala en el procedimiento para solicitar la cobertura, arriba indicado

### **Lugares autorizados para solicitar la cobertura:**

La COMPAÑÍA  
El Comercializador (dirección)

### **Medios habilitados para presentar 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:

- 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](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”.
- 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, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro
- Detalle del reclamo

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(\*) Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

#### **Instancias habilitadas para reclamos y/o denuncias**

- Defensoría del Asegurado Telefax: 01 421-0614
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Teléfono 630 9005,
- INDECOPI: Teléfono 224 7777

#### **Importante**

---

- **Cargas:**
  - **El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se 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.**
- No aplican deducibles ni franquicias.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro Colectivo a la COMPAÑÍA (Chubb Seguros Perú), la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- 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 SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador, queda establecido que 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 y/o ASEGURADO al comercializador se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA, en la misma fecha de su realización.

Fecha de emisión: XXXX

Firma del Funcionario autorizado de la COMPAÑÍA