

Lima, «TODAY»

«ADDR1» «ADDR2»  
«ADDR3»  
«CITY»  
«PROVINCE»

Ref. : Seguro de Accidentes Personales  
Póliza N°: «POLICY»

Estimado (a) Sr(a). «FORMALNAME»,

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

Ya se encuentra cubierto por el Seguro de Accidentes Personales, sus coberturas son las siguientes:

- Muerte Accidental
- Invalidez Total y Permanente por Accidente
- Invalidez Parcial Permanente por Accidente
- Gastos de Curación por Accidente (Gastos Médicos por Accidente)
- Gastos de Sepelio por Accidente
- Renta Hospitalaria por Accidente
- Traslado de Restos Mortales (Repatriación de Restos por Muerte Accidental)
- Incapacidad Temporal por Accidente

Le informamos que adjunto a la presente carta se encuentran los siguientes documentos con las nuevas condiciones contratadas:

- Condiciones Generales y Particulares.
- Resumen Informativo de la póliza.
- Cláusulas Adicionales
- Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- Listado de Clínicas

Nuestro compromiso a partir de hoy es darle el servicio y la atención que merece, si tiene alguna consulta sobre su seguro de **Accidentes Personales**, no dude en comunicarse con nosotros través de nuestros siguientes canales de atención:



399-1212



atencion.seguros@chubb.com



www.chubb.com/pe

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

Cordialmente,

Juan Carlos Puyó de Zavala  
Gerente General

**Seguro de Accidentes Personales**

**Condiciones Particulares**

Código SBS: AE2036100143. Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias  
 Póliza N° 31-168453

**Compañía de Seguros**

<b>Nombre:</b> Chubb Seguros Perú S.A.	<b>RUC:</b> 20390625007
<b>Dirección:</b> Calle Amador Merino Reyna N° 267, Ofic. 402, San Isidro, Lima	<b>Teléfono:</b> (51-1) 417-5000
<b>Correo electrónico:</b> atencion.seguros@chubb.com	<b>Página Web:</b> www.chubb.com/pe

**Datos Generales de la Póliza (\*)**

Vigencia del Seguro (días):	62
Inicio de Vigencia:	01 de diciembre de 2023
Fin de Vigencia:	31 de enero de 2024, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero.
Renovación:	Facultativa

**(\*) El seguro solo brindará cobertura al ASEGURADO durante la vigencia prevista en el presente documento, para aquellos riesgos asegurados que se produzcan durante la ejecución de su servicio como Rider de Delivery Hero Perú S.A.C.**

**Contratante / Asegurado Titular**

Nombre	: «FORMALNAME»		
DNI / CE	: «PERSONALID»		
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento	: «DOB»
Dirección	: «ADDR1» «ADDR2»		
Distrito	: «ADDR3»	Provincia	: «CITY»
Departamento	: «PROVINCE»	Teléfono	: «PHONE»
Correo Electrónico:	«EMAILADDR»		

**Condiciones para ser ASEGURADO**

Podrán asegurarse bajo este seguro las personas que presten servicio de Riders a Delivery Hero Perú S.A.C. y que cuenten con los siguientes requisitos:

1. Que sean declarados por Delivery Hero Perú S.A.C.
2. Que cuenten con la calidad de Riders conforme a lo establecido en el presente seguro.
3. Que cumplan con las siguientes edades:
  - Edad de Mínima de Ingreso: 18 años
  - Edad Máxima de Ingreso: 75 años y 364 días
  - Edad Máxima de Permanencia: 78 años y 364

**Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites**

Coberturas (*)	Beneficio	Límites
Muerte Accidental	S/105,531.00	-----
Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/105,531.00	-----
Invalidez Parcial Permanente por Accidente	S/105,531.00	-----
Gastos de Curación por Accidente (Gastos Médicos por Accidente)	<b>Hasta</b> S/21,834.00	<b>Hasta 180 días</b>
Gastos de Sepelio por Accidente	S/14,556.00	-----
Renta Hospitalaria por Accidente	S/73.00 <b>por día</b>	<b>Máximo cobertura de hasta 30 días 3 días de deducible</b>
Traslado de Restos Mortales (Repatriación de Restos por Muerte Accidental)	S/14,556.00	-----
Incapacidad Temporal por Accidente	S/40.00 <b>por día</b>	<b>Máximo cobertura de hasta 30 días 3 días de deducible</b>

Condiciones Especiales	Beneficio	Límites
Asistencia Sanitaria por Accidente (**)	<b>Hasta</b> S/18,195.00	-----
Muerte Accidental adicional por Orfandad (***)	S/52,766.00	-----

- (\*) Para acceder a las coberturas, los riesgos asegurados deben producirse como consecuencia y en la ejecución de los servicios del ASEGURADO como rider de Delivery Hero Perú S.A.C.; esto quiere decir que solo tendrán cobertura aquellos riesgos sufridos durante el servicio de delivery. Asimismo, se podrá acceder a las coberturas en la medida que se hayan efectuado los pagos de la prima establecida dentro del plazo correspondiente.
- (\*\*) Se otorga esta condición especial como adicional a la suma asegurada de la cobertura de Gastos de Curación por Accidente para cubrir medicamentos relacionados al siniestro, hasta el límite establecido. El Pago Adicional por Gastos de Curación por Accidente comprende los gastos en medicamentos a causa del accidente atendido por emergencia. Para esta condición especial, será de aplicación los mismos términos y condiciones establecidos para la cobertura de Gastos de Curación por Accidente.
- (\*\*\*) Se otorga adicionalmente como suma asegurada extra a la cobertura de Muerte Accidental. Para su aplicación, es indispensable que Asegurado tenga a la fecha de ocurrido el siniestro, hijos menores de edad. Para esta condición especial, será de aplicación los mismos términos y condiciones establecidos para la cobertura de Muerte Accidental.

**Beneficiarios**

Para la cobertura de Muerte Accidental, Gastos de Sepelio por Accidente y Traslados de Restos Mortales, los Beneficiarios serán los Herederos Legales del ASEGURADO.

Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente, Invalidez Parcial y Permanente por Accidente, Gastos de Curación por Accidente, Renta Hospitalaria por Accidente e Incapacidad Temporal por Accidente, así como para la Asistencia Sanitaria por Accidente, el Beneficiario será el mismo ASEGURADO.

Para la condición de Muerte Accidental adicional por Orfandad, los Beneficiarios serán los Herederos Legales menores de edad del ASEGURADO.

**Primas**

La prima comercial a pagar se calculará de la siguiente forma:

$22.6861 / 30.42 \times \text{total de días declarado}$

Siendo:

22.6861 = Prima comercial mensual

30.42 = Días promedio por mes en un año

Prima Comercial + IGV :  $22.6861 / 30.42 \times \text{total de días declarado} \times 1.18$

La prima comercial incluye: Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: 24.27% / J0045

#### Forma de pago de la prima

La prima será descontada por Delivery Hero Perú S.A.C., identificado con RUC 20551348041, de la cuenta designada por el Asegurado de acuerdo a la fórmula previamente señalada por cada servicio realizado.

#### En caso de pago con cargo en Cuenta

- El CONTRATANTE autoriza el cargo de la prima en la cuenta designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación de acuerdo al monto y periodicidad señalado en el presente documento.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

#### Medios de comunicación pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

#### Importante

- 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 banca seguros 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.
- El comprobante de pago se remitirá de forma mensual al correo electrónico declarado por el ASEGURADO.

#### Declaración

El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR declara haber recibido y tomado conocimiento directo de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y Resumen Informativo, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato.

Fecha de Emisión de la Póliza: «TODAY»



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

## Seguro de Accidentes Personales

### Resumen Informativo

---

#### A. Información General

**1. Ubicación, teléfono y correo electrónico, o medio de contacto vía web de la Compañía.**

Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro  
Teléfono: (51-1) 417-5000 (para Lima y Provincias)  
Correo: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com)  
Web: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

**2. Denominación del producto.**

Seguro de Accidentes Personales

**3. Monto, Lugar y forma de pago de la prima.**

Según lo determinado en el Condicionado Particular.

**4. Vigencia:** Según lo determinado en el Condicionado Particular.

**5. Medio y plazos establecidos para el aviso del siniestro.**

El BENEFICIARIO deberá comunicarse con la COMPAÑÍA o al Comercializador, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del suceso, o desde que toma conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

**6. Lugares autorizados por la empresa para solicitar la cobertura del seguro.**

La COMPAÑÍA:

Denominación Social: Chubb Seguros Perú S.A  
Dirección: Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402. San Isidro, Lima  
Web: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)  
Teléfono: (51-1) 399-1212 ó (51-1) 417-5000 (para Lima y Provincias)

**7. Medios habilitados por la COMPAÑÍA para presentar consultas y/o reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.**

El CONTRATANTE, 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 nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf (51-1) 417-5000(\*)
- Escribiéndonos 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 y número de Póliza de Seguro contratado con Chubb Seguros Perú (aplicable sólo para clientes).
- Detalle del reclamo.

Una vez presentado el reclamo se le asigna un número de caso para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los 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

## 8. Otras Instancias habilitadas para presentar 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 pueden 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: 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)

## 9. 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 COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

## B. Información de la Póliza de Seguro

### 1. Riesgos cubiertos.

#### Coberturas

- Muerte Accidental
- Invalidez Total y Permanente por Accidente
- Invalidez Parcial y permanente por Accidente
- Gastos de Curación por Accidente (Gastos Médicos por Accidente) (hasta 180 días)
- Gastos de Sepelio por Accidente
- Renta Hospitalaria por Accidente (hasta 30 días y 3 días de deducible)
- Traslado de Restos Mortales (Repatriación de Restos por Muerte Accidental)
- Incapacidad Temporal por Accidente (máximo 30 días con 3 días de deducible)

#### Condiciones Especiales:

- Asistencia Sanitaria por Accidente (\*)
- Muerte Accidental adicional por Orfandad (\*\*)

(\*) Se otorga adicionalmente como suma asegurada extra a la cobertura de Gastos de Curación por Accidente para cubrir medicamentos relacionados al siniestro, hasta el límite establecido. Este Pago Adicional por Gastos de Curación por Accidente comprende los gastos en medicamentos a causa del accidente atendido por emergencia. Para esta condición especial, será de aplicación los mismos términos y condiciones establecidos para la cobertura de Gastos de Curación por Accidente.

(\*\*) Se otorga adicionalmente como suma asegurada extra a la cobertura de Muerte Accidental. Para su aplicación, es indispensable que Asegurado tenga a la fecha de ocurrido el siniestro, hijos menores de edad. Para esta condición especial, será de aplicación los mismos términos y condiciones establecidos para la cobertura de Muerte Accidental.

### 2. Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura principal de Muerte Accidental los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de:

- a) Suicidio, consciente y voluntario dentro de los dos (2) primeros años de vigencia de la póliza; intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.



- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto ilícito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que el mismo constituya delito o causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Por acto delictivo cometido por el beneficiario o heredero contra el ASEGURADO, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al beneficiario excluido.
- f) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- g) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, en los términos señalados en el artículo de definiciones de las Condiciones Generales.
- i) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en actividades competitivas o deportivas de manera profesional.
- j) El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO. Ejemplos: ser minero, bombero, vigilante, miembro de las fuerzas armadas o policiales.
- k) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación, asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de un accidente de tránsito, así como el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no está referida únicamente al accidente de tránsito.

El detalle de las exclusiones se podrá verificar en el artículo 7° de las Condiciones Generales.

### 3. Condiciones de acceso y límites de permanencia:

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier Persona Natural que cumpla con los siguientes límites de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia; indicados en las Condiciones Particulares de Seguro.

### 4. Existencia del Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el 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 Seguro, siempre que el Seguro 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 el seguro, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó su solicitud.

Véase el artículo 17° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

### 5. Derecho de resolver el contrato sin expresión de causa

El CONTRATANTE puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita quedando el Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda, resuelto de manera inmediata. Si la

COMPañÍA ejerce dicho derecho, deberá comunicarlo previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con no menos treinta (30) días calendario de anticipación.

Para tal efecto, deberá utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. El artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

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

El CONTRATANTE tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPañÍA durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el artículo 14° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

**7. Aviso del Siniestro y Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.**

En caso de siniestro, el BENEFICIARIO deberá cumplir con lo siguiente:

- 1) **Aviso del siniestro:** Dar aviso a la COMPañÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- 2) **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPañÍA o del COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El BENEFICIARIO podrá 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, de tenerlo físicamente;
  - b. Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC;
  - c. Certificado Médico de Defunción completo emitido por el MINSA;
  - d. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;
  - e. Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo emitido por la Policía Nacional del Perú, según corresponda;
  - f. Protocolo de Necropsia clínica o médico legal completo, cuando corresponda; y
  - g. Resultado de Dosaje Étlico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, cuando corresponda.

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.

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 étlico, y estos documentos no hayan sido presentados, serán requeridos dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que dispone la CIA para pronunciarse sobre la atención del siniestro y, en caso 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.

## Seguro de Accidentes Personales

### Condiciones Generales

---

#### Introducción

De conformidad con las declaraciones contenidas en la solicitud del seguro presentada por el Contratante y/o Asegurado, en adelante el ASEGURADO, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo estipulado tanto en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales, como en las presentes Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales, así como también en las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos y anexos adjuntos, Chubb Seguros Perú S.A, en adelante la COMPAÑÍA, conviene en amparar al ASEGURADO, contra los riesgos indicados a continuación.

#### Artículo 1º: 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:** Concepto referido tanto al Asegurado Titular como al Asegurado Adicional

**Asegurado Titular:** Se trata del Asegurado que se acoge a todas las coberturas -principales y adicionales previstas por la presente póliza.

**Deporte peligroso:** 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.

**Lesiones preexistentes:** Se entiende como tal, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro.

**Ocupación o Actividad de Riesgo:** Todo quehacer o trabajo, diario o de manera habitual, que es ejercido en condiciones de peligrosidad porque conlleva un daño para la salud o para la integridad física de la persona.

**Riders:** Son las personas naturales que prestan servicios independientes y no subordinados como Repartidores de Delivery Hero Perú S.A.C. y asegurados de esta póliza.

**Sonambulismo:** Estado de una persona que mientras está dormida tiene cierta aptitud para ejecutar algunas funciones tales como levantarse, andar y hablar.

#### Artículo 2º: Cobertura Principal - Muerte Accidental

En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza, ya sea que el accidente haya ocurrido en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, en los plazos y términos que se señalan en el mismo, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro.

Este seguro 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 LA COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.

El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

#### Artículo 3º: Coberturas Adicionales

Para los efectos del presente seguro, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá incluir las coberturas adicionales u opcionales, previo pago de la prima correspondiente, la misma que se encuentra indicada en la Solicitud del Seguro.

#### Artículo 4º: Indemnizaciones a Raíz de un mismo Accidente

Un mismo accidente no dará derecho acumulativo a indemnizaciones por Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, la COMPAÑÍA deducirá de la Suma Asegurada por Muerte Accidental la indemnización ya pagada por Invalidez Total y Permanente.

#### Artículo 5º: Condiciones para ser Asegurado

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier Persona Natural, que cumpla con los siguientes límites de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia. Los límites de asegurabilidad se encuentran establecidos en las Condiciones Particulares.

#### Artículo 6º: Duplicidad de Pólizas

El ASEGURADO no podrá tener contratada más de una póliza de este mismo seguro con la COMPAÑÍA. La COMPAÑÍA tendrá un plazo de 15 días desde la fecha de la contratación para verificar si el ASEGURADO cuenta con otra póliza de este seguro. En caso de que el ASEGURADO cuente con más de una póliza la COMPAÑÍA considerará que dicho CONTRATANTE y/o ASEGURADO está cubierto bajo la Póliza que proporcione el mayor Beneficio, en caso de tener sumas aseguradas diferentes. Cuando las coberturas contratadas sean idénticas, la COMPAÑÍA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso la COMPAÑÍA reembolsará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO la prima del seguro duplicado.

**Artículo 7°: Exclusiones**

Queda excluido de la cobertura los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de (para la cobertura de Muerte Accidental y su condición especial):

- a) Suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto ilícito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que estos constituyan un delito o causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Por acto delictivo cometido por el beneficiario o heredero contra el ASEGURADO, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al beneficiario excluido.
- f) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- g) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, en los términos señalados en el artículo de definiciones de este condicionado.
- i) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en actividades competitivas o deportivas de manera profesional.
- j) El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO. Ejemplos: ser minero, bombero, vigilante, miembro de las fuerzas armadas o policiales.
- k) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación, asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de un accidente de tránsito, así como el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no está referida únicamente al accidente de tránsito.
- m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
- n) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- o) Las consecuencias de hernias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.
- p) Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO
- q) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
- r) Apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos.

**Artículo 8°: Renovación Automática**

No aplica.

**Artículo 9°: Terminación del Seguro**

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

- a) La muerte del ASEGURADO.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- c) Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, en caso ésta no haya sido renovada.
- d) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

**Artículo 10°: Beneficios**

- 10.1. El ASEGURADO designará a sus Beneficiarios en la solicitud de seguro. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios. Para que sea válida la designación de un nuevo Beneficiario deberá constar en un endoso en la póliza o en un tercer documento legalizado por notario público.
- 10.2. El cambio de Beneficiarios será efectivo en a partir de la fecha de comunicación efectuada a la COMPAÑÍA, quien elaborará el endoso para dejar constancia de la modificación o registrará el documento legalizado efectuado por el ASEGURADO. Con antelación a la fecha del endoso la COMPAÑÍA no será responsable por continuar tomando como correcto los Beneficiarios nombrados anotados previamente.
- 10.3. La suma asegurada será pagada a los Beneficiarios cuya designación se encuentre en vigor al fallecimiento del ASEGURADO. Si uno de los Beneficiarios no viviera o no quisiera recibir su parte, ésta acrecentará la de los otros beneficiarios en partes iguales.
- 10.4. Los Beneficiarios no tienen ni transmiten derecho alguno si fallecen antes que el ASEGURADO. Por lo tanto, en caso de fallecimiento de los Beneficiarios antes que el ASEGURADO, o de no haberse designado Beneficiarios, la suma asegurada será pagada a los herederos legales del ASEGURADO.
- 10.5. En caso de duda sobre a quién o a quiénes debe efectuarse el pago, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante la autoridad judicial competente, a fin de que sea la autoridad judicial quién determine quiénes deben recibirla, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad con los Beneficiarios que aleguen derecho sobre la indemnización.

#### Artículo 11°: Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

En caso de siniestro, el BENEFICIARIO deberá cumplir con lo siguiente:

- 1) **Aviso del siniestro:** Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- 2) **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El BENEFICIARIO podrá 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, de tenerlo físicamente;
  - b. Partida o Acta de Defunción emitido por RENIEC;
  - c. Certificado Médico de Defunción completo, emitido por MINSA;
  - d. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;
  - e. Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo, emitido por la Policía Nacional del Perú; según corresponda;
  - f. Protocolo de Necropsia completo o médico legal completo, según corresponda; y
  - g. Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

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 que 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.

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 estos documentos no hayan sido presentados, serán requeridos dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que dispone la CIA para pronunciarse sobre la atención del siniestro y, en caso 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.

#### Artículo 12º: Pago de Beneficios

Comprobada la veracidad de los hechos y de los documentos presentados, y luego de haber verificado que la causa no se encuentra comprendida dentro de las Exclusiones, LA COMPAÑÍA procederá a pagar los beneficios estipulados en las Condiciones Particulares, en el plazo establecido en el artículo 11º del presente Condicionado General y las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.



## Invalidez Total y Permanente por Accidente

### Cláusula Adicional

---

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

#### Artículo 1º: Definiciones

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Cláusula Adicional:

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Para efectos de esta cobertura sólo se considerará que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Accidente si presenta alguna de las siguientes condiciones dentro del plazo de dos (2) años de ocurrido el accidente:

- a) Pérdida total de la visión de ambos ojos;
- b) Pérdida total de ambos brazos;
- c) Pérdida total de ambas manos;
- d) Pérdida total de ambas piernas;
- e) Pérdida total de ambos pies;
- f) Pérdida total de una mano y de un pie;
- g) Fractura incurable de la columna vertebral;
- h) Estado absoluto de descerebramiento ocasionado por accidente que no permita al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.

Lesión Pre-existente: cualquier condición de alteración del cuerpo o de la salud del ASEGURADO sufrida previamente, que le haya sido diagnosticada por un médico colegiado, debiendo ser la misma conocida por el ASEGURADO previamente a la contratación del seguro.

#### Artículo 2º: Descripción de la Cobertura

La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional. Esto se cumplirá siempre y cuando la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares para esta Cláusula Adicional, el seguro principal esté vigente y la causa de la Invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Cláusula Adicional.

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 esta Cláusula Adicional.

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

Esta Cláusula Adicional brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

**Artículo 3º: Exclusiones**

Rigen para la presente cobertura las Exclusiones establecidas para la Cobertura Principal en las Condiciones Generales.

Asimismo, se encuentran excluidas las lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro.

**Artículo 4º: Terminación de la Cláusula Adicional**

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la cobertura principal, cualquiera sea la causa, o cuando se alcance la edad máxima de permanencia del ASEGURADO, establecida en la Póliza.

**Artículo 5º: Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar La Cobertura**

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Cláusula Adicional, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

**Aviso:** 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 luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del 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.

**Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o 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) Documento de identidad del ASEGURADO;
- b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente (si es que se indicaran) y sus consecuencias conocidas o probables.
- c) 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 Invalidez Total y Permanente.

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

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento 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.

## Invalidez Parcial Permanente por Accidente

### Cláusula Adicional

---

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se registrará, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y registrará mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

#### Artículo 1º: Descripción de la Cobertura

Se entenderá por invalidez parcial permanente, únicamente los siguientes supuestos:

- a) El 50% de la suma asegurada por la pérdida total de:
  - la visión de un ojo, o
  - la audición completa de ambos oídos, o
  - un brazo o una mano, o
  - una pierna o un pie
- b) El 25% de la suma asegurada por la pérdida total de:
  - los dedos pulgar e índice de una mano, o
  - la audición completa de un oído.

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado. En caso de ocurrir más de un accidente, los porcentajes a indemnizar se calcularán aplicando los porcentajes indicados, sobre la suma asegurada y no sobre el saldo después de pagadas indemnizaciones anteriores. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de la invalidez por uno o más accidentes ocurridos durante la vigencia de esta cláusula adicional, no podrán en ningún caso exceder el 100% de la suma asegurada por concepto de esta cláusula adicional.

Si el asegurado posteriormente falleciera a consecuencia del accidente que originó la invalidez cubierta por esta cobertura adicional, se establece que las sumas que hayan sido pagadas por este concepto serán descontadas de las que corresponda pagar por la cobertura de fallecimiento por muerte accidental.

Solo podrán ser asegurados bajo la presente cláusula adicional las personas que se encuentren en el siguiente rango de edad:

- Edad máxima de ingreso: 64 años
- Edad máxima de permanencia: 65 años

#### Artículo 2º: Exclusiones

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en el artículo 4º de las Condiciones Generales de la cobertura principal, queda excluido de cobertura los accidentes y/o lesiones que ocurran a consecuencia de:

- a) Lesiones pre-existentes al momento de contratar esta cláusula adicional.
- b) Intento de suicidio.
- c) Accidentes ocurridos durante la participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- d) 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.
- e) 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.

#### Artículo 3º: Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Cláusula Adicional, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

**Aviso:** 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 luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del 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.

**Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos en 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) DNI del Asegurado
- b) Historia Clínica del Asegurado, en donde se pueda observar la fecha de configuración de la invalidez, en caso se solicitará esta cobertura.
- c) Certificado de Invalidez, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, AFP, INR, cualquiera de ellos), que establezca la pérdida total del órgano o miembro lesionado y la fecha de la configuración de la invalidez.
- d) El Atestado o Informe policial completo, en caso corresponda.

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

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento 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.

Gastos de Curación por Accidente (Gastos Médicos por Accidentes)

#### Cláusula Adicional Gastos de Curación por Accidente

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

#### Artículo 1° 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.

**Actividad de alto riesgo:** Todo quehacer o trabajo practicado en forma diaria o de manera habitual, que es ejercido en condiciones de peligrosidad porque conlleva un daño para la salud o para la integridad física de la persona.

**Deporte peligroso o de alto riesgo:** 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.

**Lesión Pre-existente:** Cualquier condición de alteración del cuerpo o de la salud del ASEGURADO sufrida previamente, que le haya sido diagnosticada por un médico colegiado, debiendo ser la misma conocida por el ASEGURADO previamente a la contratación del seguro.

#### Artículo 2° Descripción de la Cobertura

En caso el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, ya sea que éste haya ocurrido en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA cubrirá los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios y/o quirúrgicos que sean necesarios para el tratamiento de dichas lesiones, teniendo libertad el ASEGURADO de recurrir a cualquier establecimiento de salud, clínica, hospital o centro médico de la red de proveedores de la COMPAÑÍA señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza, hasta el límite establecido en dicho documento.

En caso el ASEGURADO recurra a un establecimiento de salud, clínica, hospital o centro médico fuera de la red de proveedores de la COMPAÑÍA, ésta reembolsará al ASEGURADO hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares, por los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación.

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO 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 las Condiciones Particulares.

El seguro cubre también las lesiones del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.



**Artículo 3° Exclusiones**

Quedan excluidos de cobertura los accidentes y/o lesiones que ocurran a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Lesiones pre-existentes al momento de contratar el seguro.
- 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) Radiación nuclear.
- d) Participación activa del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.
- f) Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- g) Intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, consciente y voluntario.
- h) Participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- i) Práctica de deportes peligrosos o de alto riesgo: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.
- j) Durante el desempeño de 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.
- k) Bajo la influencia de drogas, estupefacientes y/o alcohol, en este último caso en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente. Esta exclusión no está referida exclusivamente a accidentes de tránsito.

**Artículo 4° Terminación del Seguro**

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación de la(s) cobertura(s) principal(es), cualquiera sea la causa.
- b) La ocurrencia de un siniestro al ASEGURADO, que dé lugar a la indemnización de cualquiera de las coberturas previstas en esta Cláusula Adicional.

**Artículo 5° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura**

**Aviso:** El ASEGURADO se deberá poner en contacto con la COMPAÑÍA, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario, posteriores a la ocurrencia del accidente o de haber tomado conocimiento del beneficio o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

**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:

- Formato de declaración de accidente, o declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;
- Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, donde se indique el estado del ASEGURADO, el diagnóstico médico, y las consecuencias conocidas o probables.
- Denuncia Policial (de ser el caso).
- En el caso de accidentes de tránsito en los que el ASEGURADO sea el conductor del vehículo, denuncia policial y resultado de Dosaje Etílico;
- Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente sustentados con los comprobantes de pago respectivos y las órdenes médicas correspondientes.

Para aquellos casos en los que se requiera hospitalización dentro de la red de establecimientos de salud, clínicas, hospitales o centros médicos de la COMPAÑÍA, ésta emitirá la carta de garantía respectiva, debiendo enviársele la orden de hospitalización suscrita por el médico tratante y el presupuesto correspondiente.

Esta cobertura otorgada no podrá superar el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares.

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

En caso de 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.

#### Artículo 6° Beneficiarios

Serán beneficiarios de la cobertura que se brinda por esta Cláusula Adicional los mismos ASEGURADOS que requieran el reembolso de los gastos médicos incurridos a consecuencia de un accidente. En caso de fallecimiento del ASEGURADO antes de la entrega de la indemnización correspondiente, serán beneficiarios sus herederos legales.

## Gastos de Sepelio por Accidente

### Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

#### Artículo 1° Descripción de la Cobertura

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 siguiente cobertura: La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada, indicada en las Condiciones Particulares por el fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de un accidente cubierto por el presente seguro durante la vigencia de la póliza. El seguro cubre el riesgo de sepelio por muerte accidental hasta por un (1) año luego de producido el accidente. 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 el sepelio por la muerte del ASEGURADO que pueda resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

#### Artículo 2° Exclusiones

Queda excluido de cobertura el fallecimiento que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Suicidio, intento de suicidio, consciente y voluntario.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Detonación, 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 a través de indicios razonables que existió 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 pre-existentes al momento de contratar este seguro.
- i) La práctica de deportes peligrosos: 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: 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.

#### Artículo 3° Terminación del Seguro

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine la cobertura principal, cualquiera sea la causa.

**Artículo 4° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura**

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, los Beneficiarios deberán cumplir con lo siguiente:

1. Aviso del siniestro: Dar aviso por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario siguientes a la fecha del suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo tan pronto como sea posible, sin que esto signifique un plazo de vencimiento.
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):
  - a. Documento de identidad del ASEGURADO, de tenerlo físicamente;
  - 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. Copia literal de inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada, expedida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos, que designe a el/los Heredero(s) Legal(es) o Beneficiario(s), 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 examen toxicológico, en caso corresponda.

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

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

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

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento 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 si 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.

**Artículo 5° Definiciones**

**Deporte Peligroso:** Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comportan una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican.

**Ocupación o Actividad de Riesgo:** toda aquella actividad profesional, remunerada que comporte una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles en las que se ejerza.



## Renta Hospitalaria por Accidente

### Cláusula Adicional

---

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

#### Artículo 1° 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.

**Hospitalización:** Internamiento de una persona dentro de una institución hospitalaria como paciente interno, 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 Cláusula Adicional 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 Accidental:** Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico, sufrido por el ASEGURADO durante la vigencia de la Cláusula Adicional y que sea base para una solicitud de cobertura de acuerdo a los términos de esta Cláusula Adicional.

**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 Cláusula Adicional.

**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 Cláusula Adicional y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares.

#### Artículo 2° Cobertura

La COMPAÑÍA pagará el Beneficio señalado en las Condiciones Particulares, por cada día de 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 30 días por año y 3 días de deducible, sin considerar convalecencia, como límite máximo por accidente, si como consecuencia de él, haya sido necesaria la hospitalización del ASEGURADO debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.

Para los efectos de esta Cláusula Adicional, 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 un mismo 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 Cláusula Adicional, precisándose que sí estará cubierto cualquier otro accidente sufrido durante la vigencia de la Cláusula Adicional renovada.**

Esta cláusula adicional brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

#### Artículo 3° Beneficio Máximo Anual por Asegurado

LA COMPAÑÍA pagará por cada día de 24 horas continuas de hospitalización por accidente el beneficio indicado en las Condiciones Particulares, hasta un máximo de 30 días por año y 3 días de deducible por ASEGURADO o según lo indicado en los documentos indicados.



**Artículo 4° Exclusiones**

Quedan excluidos de cobertura de esta Cláusula Adicional las lesiones o enfermedades que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, consciente y voluntario.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Condiciones médicas pre-existentes, entendiéndose como tales las definidas en el artículo de definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

**Artículo 5° Terminación de la Cláusula Adicional**

Le serán aplicables las causales de terminación indicadas en el Condicionado General de la Póliza, o cuando se haga efectiva la indemnización que cubre la misma.

**Artículo 6° Beneficiarios**

Serán beneficiarios de esta cobertura los mismos ASEGURADOS que requieran internamiento en una institución hospitalaria. En caso de fallecimiento del ASEGURADO antes de la indemnización correspondiente, serán beneficiarios los herederos legales de éste.

**Artículo 7° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura**

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Cláusula Adicional, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

**Aviso:** Dar aviso por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de una hospitalización que origine una indemnización cubierta por esta Cláusula Adicional o desde que tenga conocimiento del beneficio o después de dicho término tan pronto como sea posible, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

**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.

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

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

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento al CONTRATANTE/ASEGURADO 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.

**Artículo 8° Otras Disposiciones****1. Atención y cuidado médico diario**

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.

## 2. Periodo de indemnización

La Renta Hospitalaria será computada desde la fecha de ingreso en la institución hospitalaria por un período que no exceda de los 30 días para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de un accidente.

## 3. Hospitalizaciones sucesivas

La hospitalización de un ASEGURADO que comience mientras su Cláusula Adicional 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 Cláusula Adicional y que no esté separada por un período 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 período del accidente, o ha sido resultado de la misma Lesión, con el propósito de determinar el período máximo de indemnización y el beneficio máximo anual pagadero bajo esta Cláusula Adicional.

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 Cláusula Adicional.

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.

## Traslado de Restos Mortales (Repatriación de Restos por Muerte Accidental)

### Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

#### Artículo 1° Descripción de la cobertura

El pago del traslado de los restos mortales hasta el país o región nacional de residencia habitual del ASEGURADO, así como proveer un ataúd común o una urna funeraria. Esta cobertura comprende el pasaje aéreo y embalsamamiento, hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares; o a su vez inhumación local, a petición de los deudos, hasta por el equivalente de la suma asegurada, en caso que se hubiese repatriado o trasladado.

#### Artículo 2° Exclusiones

Esta cobertura no cubre el fallecimiento del ASEGURADO si este fuere causado por:

- a) Suicidio consciente y voluntario del ASEGURADO, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (02) años.
- b) Lesiones autoinflingidas provocadas por el ASEGURADO estando en estado inconsciente
- c) 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.
- d) Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- e) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- f) 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.
- g) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- h) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- i) Condiciones Médicas pre-existentes, entendiéndose como tales a cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro y/o declaración jurada de salud contenida en la misma, de ser el caso.

#### Artículo 3° Terminación de la cobertura

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará en la fecha en que termine(n) la(s) cobertura(s) principal(es), cualquiera sea la causa.

#### Artículo 4° Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

1. **Aviso:** 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 calendarios siguientes a la fecha de conocido el suceso, o desde que tomó conocimiento del 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.
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 podrán presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

Para el caso de Traslados Internacionales:

- a) Las autorizaciones sectoriales correspondientes, según el país en que ocurra el fallecimiento.

Para el caso de Traslados Nacionales:

- a) Autorización Sanitaria para Traslado de Cadáver.

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

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

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento 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 o el ASEGURADO, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares o el ASEGURADO, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

## Incapacidad Temporal por Accidente

### Cláusula Adicional

---

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

#### Artículo 1° 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. **No se considera un accidente las situaciones médicas, súbitas, involuntarias, producidas por causa natural como síncope, accidente cerebro vascular, infarto de miocardio, trombosis, convulsiones, edema agudo de pulmón, etc. u ocasionadas en un acto médico tales como negligencia o impericia, que dejen o no secuelas orgánicas y/o de discapacidad en la persona.**

**Actividades Activas:** Es la capacidad mental y física de realizar las tareas habituales de su empleo; así como el encontrarse efectivamente laborando a la fecha de contratación del seguro. **Se considera que un ASEGURADO no se encuentra en capacidad mental y física de realizar sus tareas habituales si se ha ausentado más de 10 días consecutivos durante los tres meses previos a la contratación del seguro.** Las vacaciones se consideran actividades activas.

**Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por la presente Póliza y que se encuentra expuesta a los riesgos detallados en la misma.

**Deducible:** Es el importe de los gastos cubiertos que debe asumir el CONTRATANTE y/o ASEGURADO según corresponda, el mismo que está indicado en las Condiciones Particulares, Certificado o Solicitud-Certificado.

**Deporte peligroso:** 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.

**Incapacidad Temporal (IT) por Accidente:** Consiste en la pérdida o disminución de las funciones físicas o intelectuales de EL ASEGURADO por accidente que le impide ejecutar **durante el plazo establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, según corresponda;** las tareas propias de su profesión o actividad económica. Esta condición requiere de descanso médico recetado por el periodo de tiempo antes señalado, inmediatamente después ocurrido el accidente, por un médico colegiado, en cualquier institución hospitalaria o centro de salud como parte del tratamiento que recibe EL ASEGURADO para su recuperación. Esta incapacidad implica que si EL ASEGURADO continúa con sus actividades profesionales normales, repercutiría negativamente sobre la evolución favorable de su condición, tratamiento y recuperación.

**Preexistencia:** Condición de salud diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO. Asimismo, se considera preexistencia las secuelas producidas por un accidente previo a la contratación del seguro, independientemente de si el fallecimiento como consecuencia de este se produce durante la vigencia del seguro.

**Ocupación o Actividad de Riesgo:** Todo quehacer o trabajo, diario o de manera habitual, que es ejercido en condiciones de peligrosidad porque conlleva un daño para la salud o para la integridad física de la persona.

**Sonambulismo:** Estado de una persona que mientras está dormida tiene cierta aptitud para ejecutar algunas funciones tales como levantarse, andar y hablar.

#### Artículo 2° Descripción de la cobertura

LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO el valor diario previsto en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, según corresponda, si EL ASEGURADO sufre de una Incapacidad Temporal a consecuencia de un accidente, que le impida ejecutar las tareas propias de su profesión o actividad económica, **durante el plazo mínimo y máximo establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, según corresponda y**, y siempre que el Asegurado no haya causado directa o indirectamente la incapacidad.



Dicha incapacidad temporal debe ser diagnosticada por un profesional médico colegiado, siendo sustentada con los documentos requeridos en la presente cláusula.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Incapacidad Temporal sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente, de acuerdo a las definiciones previstas en el presente documento.

La COMPAÑÍA cubrirá la Incapacidad Temporal que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

Esta Cláusula Adicional brinda cobertura en el territorio nacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

### Artículo 3° Exclusiones

Rigen para la presente cobertura las Exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza para la cobertura principal y las siguientes exclusiones:

- a. Intento de suicidio consciente y voluntario dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura, lesiones, auto lesión.
- b. Lesiones producidas en guerras u operaciones bélicas como: motín, disturbios, conmoción civil, guerra civil, rebelión, insurrección, ley marcial o estado de sitio, acto de un enemigo extranjero a la nacionalidad del asegurado o al país en el que se produce el acto; derrocamiento del gobierno legalmente constituido; explosiones de armas de guerra; asalto que se demuestre posteriormente, más allá de toda duda razonable, que ha sido obra de agentes de un Estado extranjero a la nacionalidad del asegurado, esté o no declarada la guerra con dicho Estado.
- c. El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO. Ejemplos: ser minero, bombero, vigilante, miembro de las fuerzas armadas o policiales.
- d. Lesiones producidas por actividades terroristas o por agentes químicos o biológicos.
- e. Las radiaciones ionizantes o la contaminación por radiactividad de cualquier combustible o residuo nuclear procedente de la combustión de combustible nuclear, o las propiedades radiactivas, tóxicas, explosivas u otras propiedades peligrosas de cualquier componente nuclear.
- f. La exposición deliberada del asegurado a un peligro excepcional (excepto en un intento de salvar vidas humanas).
- g. Cualquier pérdida causada directa o indirectamente por la extorsión, secuestro y rescate o la detención ilegal del asegurado o el secuestro de cualquier aeronave, vehículo de motor, tren o embarcación en la que viaje el asegurado.
- h. Participación en deportes de riesgo como: boxeo; escalada, montañismo o escalada libre; vuelos, excepto como pasajero que paga una tarifa en una aeronave comercial con itinerario programado o en un avión o helicóptero propiedad del Asegurado o contratado para el transporte de empleados; todos los deportes profesionales; ala delta y parapente; carreras motorizadas de cualquier tipo; buceo en aguas profundas; paracaidismo; puenting; saltos de obstáculos, carreras de obstáculos, concursos hípicas o carreras planas con caballos.
- a. El embarazo, su interrupción o parto, así como los periodos de descanso obligatorio y voluntario que procedan por maternidad o paternidad y los derivados de sus complicaciones.
- j. Tratamientos y/o cirugías estéticas.
- k. Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, medicamentos no prescritos por un médico, sonambulismo o alcohol. Para la aplicación de esta última exclusión, se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre, así como el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no está referida únicamente al accidente de tránsito.
- l. Las producidas durante un desafío, lucha o riña, o en actos delictivos excepto caso probado de legítima defensa.
- m. Dolores de espalda, cefaleas y lumbalgias salvo que existan evidencias demostradas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammagrafías, scanners, T.A.C., etc.) y que sean causantes de la Incapacidad Temporal.
- n. Lesiones causadas bajo enfermedades psiquiátricas, mentales o nerviosas, incluyendo el estrés y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista.
- o. Preexistencias.
- p. Manipulación de explosivos o armas de fuego.
- q. Epidemias o pandemias declaradas por las entidades correspondientes.

### Artículo 4° Terminación de la cobertura

Le serán aplicables las causales de terminación indicadas en el Condicionado General de la Póliza.

Adicionalmente, el derecho a la indemnización cesará si el Asegurado puede reanudar o reanuda, aún de manera parcial e incluso a pesar de no haber alcanzado su total curación, alguna actividad lucrativa en su mismo puesto o en otro al que haya sido transferido al ser más compatible con sus actuales capacidades y aptitudes, y también si su estado pasa a ser de Incapacidad Total Permanente en los términos descritos por la normativa del Sistema Privado de Pensiones (SPP).

#### Artículo 5° Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

En caso de siniestro, el BENEFICIARIO deberá cumplir con lo siguiente:

- 1) Aviso del siniestro: Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- 2) Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El BENEFICIARIO podrá 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.
  - b. Certificado de incapacidad temporal emitido por Essalud o en su defecto emitido por médico tratante del ASEGURADO en formato oficial.
  - c. Original o copia legalizada del Informe del médico tratante sobre el accidente, según corresponda.
  - d. Atestado Policial Completo en el caso de accidentes en que haya presunta responsabilidad de terceros.
  - e. Resultado del examen de Dosaje Etílico emitido por la Sanidad Policial, en caso de accidente de tránsito, en el que el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo.
  - f. Entrevista al ASEGURADO, en caso de ser requerido por la COMPAÑÍA,
  - g. Historia Clínica del Asegurado, en caso de ser requerido solicitado por la COMPAÑÍA.

Durante la continuidad de la Incapacidad Total Temporal, la COMPAÑÍA podrá realizar consultas adicionales y hacer que el ASEGURADO sea examinado por sus propios consultores médicos. Asimismo, la COMPAÑÍA podrá solicitar informes médicos actualizados del médico o médicos tratantes con la frecuencia que pueda razonablemente requerir. Asimismo, el ASEGURADO autoriza para que la COMPAÑÍA acceda a su Historia Clínica.

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 que 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 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.

#### Artículo 6° Pago de Beneficios

Comprobada la veracidad de los hechos y de los documentos presentados, y luego de haber verificado que la causa no se encuentra comprendida dentro de las Exclusiones, LA COMPAÑÍA procederá a pagar a los beneficiarios indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, según corresponda, a más tardar dentro del plazo máximo de treinta (30) días de aprobado el siniestro.

Se pagará el siniestro en un solo acto, es decir, una vez se hayan determinado los "días totales" que el asegurado haya estado con incapacidad temporal.

**Artículo 7° Beneficiarios**

El beneficiario del presente seguro será el ASEGURADO, salvo disposición diferente en el Certificado de Seguro, Solicitud Certificado o Condiciones Particulares de la póliza.

**Artículo 8° 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.

**Artículo 9° Deducible, Número de Eventos y Periodo de Carencia**

En las Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de Seguro, según corresponda, se podrá establecer un deducible a cargo del ASEGURADO como condición previa para el pago de la cobertura.

Asimismo, la Compañía podrá, además, establecer en Condiciones Particulares, Solicitud Certificado o Certificado de Seguro un período de carencia o número máximo de eventos.

## Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales

### 1º: Definiciones

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguros:

**Asegurado:** Es la persona que está expuesta al riesgo asegurado y a cuyo favor se extiende el seguro. Generalmente es la misma persona que contrata la póliza. Figura como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**Beneficiario:** Persona designada en la póliza por el Contratante y/o Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establece.

**Certificado de Seguro:** Documento que se emite en el caso de seguros de grupo o colectivo, vinculado a una póliza de seguro determinada. Contiene los datos de identificación del Contratante y/o Asegurado y del interés asegurado y demás condiciones de aseguramiento relativas al riesgo individualizado.

**Cláusulas Adicionales:** Son aquellas condiciones especiales y opcionales a una o más pólizas, que permiten extender o ampliar las coberturas principales del producto de seguros, comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

**COMPAÑIA:** Chubb Seguros Perú S.A.

**Cláusulas Generales de Contratación:** Estipulaciones básicas establecidas por las empresas para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro.

**Condiciones Generales:** Conjunto de estipulaciones que recogen aspectos relativos a la extensión de la cobertura del seguro, riesgos excluidos, procedimiento para la solicitud de cobertura y de liquidación del siniestro, entre otros.

**Condiciones Particulares:** Estipulaciones del Contrato de Seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y del beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otras condiciones de aseguramiento. La Tabla de Beneficios, en caso hubiere, forma parte de las Condiciones Particulares.

**Condiciones Especiales:** Estipulaciones que modifican, extiende, excluyen o aclaran coberturas específicas aplicables a una póliza determinada.

**Contratante:** Es la persona que suscribe la póliza con la COMPAÑIA y generalmente la obligada al pago de la prima. Suele ser el mismo asegurado, pero puede tratarse de una persona distinta. Es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos que requiere asegurar, y el único que puede solicitar enmiendas a la póliza.

**Contrato de Seguro:** la COMPAÑIA se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar dentro de los límites pactados el daño producido al Asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas. El contrato de seguro está compuesto por las Cláusulas Generales de Contratación, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales y Endosos, de ser el caso.

**Convenio de Pago:** Documento en el que consta el compromiso por parte del Contratante y/o Asegurado de pagar la prima en la forma y plazos convenidos con la COMPAÑIA.

**Declaración de Salud:** Es el cuestionario que el Asegurado completa al momento de solicitarse el seguro, en el cual manifiesta si él, sus dependientes o parientes cercanos, padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio del seguro. Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a la COMPAÑIA adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo; por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas pueden determinar el rechazo de la reclamación y/o nulidad de la póliza, o la modificación de la misma. La COMPAÑIA se reserva el derecho de no asegurar a aquellas personas que considere estén en mal estado de salud, siempre que es seguro sea no masivo.

**Deducible:** Se refiere al importe de gastos cubiertos que será por cuenta del Asegurado y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en las Condiciones Particulares o en la Tabla de Beneficios de esta póliza.

**Endoso:** Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifica(n) alguno(s) de los términos y condiciones de la misma o se transmite a un tercero total o parcialmente los derechos, beneficios y/u obligaciones emanados de la póliza. El endoso surte efecto una vez que ha sido suscrito o aprobado por la COMPAÑÍA y el contratante.

**Exclusiones:** Son las causas, circunstancias, condiciones o hechos exceptuados de cobertura y que se encuentran expresamente indicados en la póliza en caracteres destacados.

**Fraccionamiento de Primas:** Constituye la facilidad de pago que otorga la COMPAÑÍA, mediante la cual se permite al Contratante y/o Asegurado pagar la prima correspondiente al período de vigencia de la póliza, en cuotas periódicas, según los términos acordados en el Convenio de Pago.

**Inicio de Vigencia:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujetos a los períodos de carencia establecidos en la póliza.

**Interés Asegurable:** Se entiende por el requisito que debe concurrir en quien desee asegurar un determinado bien, reflejado en su deseo sincero de que un siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

**Período de Carencia:** Período de tiempo que se estipula debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la póliza y aquella en que efectivamente entra en vigor la cobertura.

**Período de Gracia:** Período de tiempo dentro del cual a pesar de encontrarse la prima impaga, el Contratante y/o Asegurado gozará de cobertura, si es que así se ha establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En este caso, se puede pagar la prima vencida sin moras ni intereses. El plazo se cuenta a partir de la fecha de vencimiento de pago de la prima vencida más antigua.

**Período de Rehabilitación:** Período de tiempo dentro del cual el Contratante y/o Asegurado puede solicitar a la COMPAÑÍA la rehabilitación de la póliza cuyas coberturas se encuentran suspendidas por falta de pago. El período de rehabilitación se cuenta a partir de la fecha de suspensión de la cobertura y termina cuando la COMPAÑÍA comunica al Contratante y/o Asegurado la resolución del contrato.

**Póliza:** Documento en el que consta el Contrato de Seguro, del que forma parte la Solicitud del Seguro y la Declaración de Salud, documentos que contienen declaraciones efectuadas por el Contratante y/o Asegurado con ocasión de la contratación del seguro, y el Certificado de Seguro, en caso de seguros de grupo o colectivos.

**Pre-existencia:** cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

**Prima:** Es el precio que la COMPAÑÍA establece por la cobertura otorgada.

**Prima Devengada:** Es la fracción de la prima correspondiente al período transcurrido desde que la empresa de seguros ha brindado cobertura, de acuerdo con las condiciones establecidas en la póliza.

**Rehabilitación:** Decisión de la COMPAÑÍA de volver a poner vigente una póliza de seguro cuyas coberturas se encontraban suspendidas por falta de pago, siempre que el CONTRATANTE lo solicite y que pague las cuotas vencidas.

**Solicitud-Certificado:** Documento que recoge la información de la solicitud de seguro y certificado de seguro, y que es utilizado en los seguros de grupo o colectivos siempre que sean masivos.

**Solicitud de Seguro:** Documento en el cual el Contratante y/o Asegurado solicita la cobertura del seguro para él y sus dependientes, la cual eventualmente incluye la respectiva Declaración de Salud que necesariamente debe ser suscrita tanto por el Contratante como por el Asegurado, cuando se traten de personas distintas; salvo en el caso de contratos comercializados a distancia.

**Suma Asegurada:** Es la suma, importe, monto o valor que el Contratante y/o Asegurado determina y fija para el contrato de seguro y representa el valor máximo por el cual la COMPAÑÍA se responsabiliza para el pago de la



indemnización en caso de siniestro. Cuando se mencione que la suma o valor asegurado es un límite agregado anual, significará que es el monto máximo que la COMPAÑIA indemnizará por uno o varios siniestros, dentro del plazo de vigencia contratado.

## 2. Objeto del Contrato de Seguro

En virtud del presente contrato de seguro, el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO se obliga al pago de la prima convenida y la COMPAÑIA a indemnizar al ASEGURADO o a sus Beneficiarios y/o endosatarios, hasta el límite de la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual que figura en las Condiciones Particulares de la póliza, contra las pérdidas y/o daños que efectivamente ocasione la ocurrencia de los riesgos asegurados, con sujeción a los términos de la Solicitud de Seguro, las Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Condiciones Especiales, Endosos y anexos, así como los demás documentos que formen parte en forma conjunta e indivisible del contrato de seguro.

## 3. Bases del Contrato

- 3.1 El CONTRATANTE Y/O ASEGURADO está obligado a declarar a la COMPAÑIA en la Solicitud de Seguro, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias preguntadas, debido a que influyen en la voluntad de la COMPAÑIA para la fijación de la prima o la aceptación o rechazo del riesgo. La exactitud de estas declaraciones constituye la base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la póliza para la COMPAÑIA.
- 3.2 En caso de producirse discrepancias entre las Cláusulas Generales de Contratación y las Condiciones Generales, prevalecerán estas últimas. Las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Generales y las Condiciones Especiales sobre las Condiciones Particulares. En caso de haber incompatibilidad entre las cláusulas manuscritas o mecanografiadas y las impresas prevalecerán las primeras.
- 3.3 La copia de la póliza y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de la COMPAÑIA y por el CONTRATANTE, quien deberá devolverlos a la COMPAÑIA, salvo que se haya pactado la emisión de una Póliza electrónica
- 3.4 El inicio de la vigencia de la cobertura materia del presente contrato está condicionado a la aceptación de la solicitud del seguro por parte de la COMPAÑIA, en caso de tratarse de seguros no masivos.
- 3.5 El CONTRATANTE Y/O ASEGURADO declara conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración vinculados a sus intereses en la póliza, mas no actos de disposición.
- 3.6 Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito o por cualquiera de los medios de comunicación pactados, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.
- 3.7 Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y la COMPAÑIA surten todos sus efectos en relación al CONTRATANTE Y/O ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la ley vigente.
- 3.8 De ser el caso, las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO Y/O Beneficiario a los comercializadores, sobre aspectos relacionados con el contrato de seguro, tendrán los mismos efectos como si hubieran sido presentados a la COMPAÑIA.

## 4. Diferencias entre la propuesta y la póliza - Observación de la Póliza

- 4.1 Queda establecido que cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta u oferta de la COMPAÑIA, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE si no reclama dentro de los treinta (30) días calendario de haber recibido la Póliza. La aceptación se presume solo si la COMPAÑIA advirtió

al CONTRATANTE en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días calendario para rechazarlas. Si no se efectúa la referida advertencia se tendrán las diferencias como no escritas.

- 4.2 La solicitud de rectificación efectuada por el CONTRATANTE importa la propuesta de celebración de un nuevo contrato y no obliga a la COMPAÑIA, sino a partir del momento en que ésta le comunique por escrito o a su corredor, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. Si la COMPAÑIA no respondiera la solicitud de rectificación en el plazo de quince (15) días calendario de haberla recibido, se entenderá por rechazada, debiendo la COMPAÑIA restituir el íntegro de la prima que hubiere recibido dentro de los quince (15) días calendarios de vencido el plazo señalado. La eliminación o el rechazo de las diferencias no afectan la eficacia del contrato en lo restante, salvo que comprometan la finalidad económico-jurídica y el equilibrio del contrato.
- 4.3 Sólo después de transcurridos los treinta (30) días mencionados en el numeral 4.1. precedente, las diferencias producirán efectos, siempre y cuando el contratante lo acepte expresamente.

## 5. Prima y Pago

- 5.1 La prima podrá ser modificada por la COMPAÑIA al vencimiento de la vigencia anual, por razones de orden técnico o comercial, previa comunicación al CONTRATANTE, cursada con una anticipación de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación. En caso contrario se entienden aceptadas las modificaciones propuestas. En el caso de los seguros grupales, el CONTRATANTE pondrá en conocimiento a los ASEGURADOS de las modificaciones realizadas a la póliza.
- 5.2 El pago de la prima sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que la COMPAÑIA o la entidad financiera autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando el recibo o el documento de financiamiento, o a partir del día y hora en que la entidad financiera realice el débito automático en la cuenta o tarjeta que haya sido previamente autorizada por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO.
- 5.3 Si las partes convinieran en el pago de la prima en forma fraccionada, suscribirán el correspondiente Convenio de Pago y la COMPAÑIA tendrá derecho a percibir los intereses pactados o en su defecto el interés de ley. Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos, no pudiendo el plazo para el pago de la última cuota de la prima exceder a la vigencia de la póliza. Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el periodo de cobertura.
- 5.4 Los corredores de seguros, salvo expresa autorización con sujeción a ley, están prohibidos de cobrar primas y/o extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de la COMPAÑIA. El pago hecho por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al corredor se tiene por no efectuado, mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente a la COMPAÑIA o a la entidad financiera autorizada.
- 5.5 Queda claramente convenido que la aceptación por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO de letras de cambio representativas de las cuotas convenidas para el pago fraccionado de la prima o su refinanciación, en su caso, no constituirán novación de la obligación original. Tales letras de cambio, sólo una vez pagadas, constituirán recibo cancelatorio para el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO de las cuotas vencidas.
- 5.6 Los cheques y otras órdenes de pago sólo surtirán efecto cancelatorio a partir del día efectivo de pago de dichos documentos.
- 5.7 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la COMPAÑIA provenientes de notas de abono y/o de devoluciones pendientes; sin la previa y expresa aceptación de la COMPAÑIA.
- 5.8 Sin perjuicio del pago de las primas devengadas, en caso de siniestro total que deba ser indemnizado en virtud del contrato de seguro, la prima se entenderá totalmente devengada, debiendo la COMPAÑIA imputarla al pago de la indemnización correspondiente.

- 5.9 En caso que la COMPAÑIA hubiese comercializado el presente seguro a través de un comercializador, queda establecido que el pago de la prima efectuado por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se considerará abonado a la COMPAÑIA.

## 6. Periodo de Gracia

- 6.1 Es facultad de la COMPAÑIA conceder un periodo de gracia, en cuyo caso será estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, para efectuar el pago de cualquier prima vencida, sin cargo de intereses ni moras.
- 6.2 En tal caso la póliza continuará en pleno vigor durante dicho periodo de gracia, pero si dentro del mismo ocurriese el siniestro, toda prima vencida e impaga podrá ser deducida del beneficio exigible en virtud de esta Póliza.

## 7. Efectos del Incumplimiento del Pago de Primas

- 7.1 Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del seguro se suspenderá automáticamente una vez que hayan transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, antes del vencimiento de dicho plazo, la COMPAÑIA comunicará de manera cierta al CONTRATANTE y ASEGURADO a través de los medios y en la dirección previamente acordada, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como le indicará el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La COMPAÑIA no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantiene suspendida.
- 7.2 La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato o de la solicitud-certificado o certificado de seguro, tratándose de seguros grupales.
- 7.3 En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida por el incumplimiento en el pago de primas, la COMPAÑIA puede optar por la resolución del contrato o de la solicitud-certificado o certificado de seguro, tratándose de seguros grupales, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. El contrato de seguro, solicitud-certificado o certificado de seguro, tratándose de seguros grupales, se considera resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE reciba una comunicación escrita de la COMPAÑIA informándole sobre esta decisión.
- 7.4 La COMPAÑIA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida del seguro en caso de siniestro. En caso de siniestro total, la prima se entenderá totalmente devengada, debiendo la COMPAÑIA imputarla al pago de la indemnización correspondiente.
- 7.5 Si la COMPAÑIA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.

## 8. Rehabilitación

- 8.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar la rehabilitación de la cobertura de seguro, durante el periodo de suspensión. La rehabilitación se aplica hacia el futuro y requiere el pago total de las cuotas vencidas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La rehabilitación no procede si la COMPAÑIA expresó por escrito su decisión de resolver el contrato.
- 8.2 La rehabilitación no altera los vencimientos de las cuotas sucesivas ni el término del seguro ni concede derecho al CONTRATANTE y/o ASEGURADO a solicitar la reducción de la prima en la proporción correspondiente al periodo en que estuvo suspendida.
- 8.3 La COMPAÑIA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantuvo suspendida.

## 9. Vigencia y Renovación

- 9.1 De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda. Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.
- 9.2 La presente Póliza inicia su vigencia y expira en las fechas señaladas en las Condiciones Particulares y a las doce (12) del mediodía de ambas fechas inclusive.
- 9.3 El contrato de seguro se extingue indefectiblemente una vez cumplido el plazo pactado.
- 9.4 La renovación de la Póliza deberá ser solicitada por el CONTRATANTE o su corredor de seguros con una anticipación de treinta (30) días calendario a su vencimiento.
- 9.5 La renovación del contrato de seguro no es automática ni obligatoria, salvo que exista cláusula de renovación automática o así se haya pactado en la Condiciones Particulares de la Póliza.

## 10. Nulidad del Contrato de Seguro

10.1 Será nulo el Contrato de Seguro, solicitud-certificado o certificado de seguro, por:

- a) Ausencia de interés asegurable Actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato, solicitud-certificado o certificado de seguro, o al inicio de sus efectos.
- b) Inexistencia del Riesgo si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca. Si se acuerda que comprende un período anterior a su celebración, el contrato, solicitud-certificado o certificado de seguro es nulo solo si al tiempo de su conclusión la COMPAÑÍA conoce la imposibilidad de que ocurra el siniestro o EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO conoce que se ha producido.
- c) Reticencia y/o declaración inexacta dolosa de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO, que hubiese impedido el contrato, solicitud-certificado o certificado de seguro, o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, en tanto haya sido efectuado con dolo o culpa inexcusable. La COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a este supuesto, plazo que se computa desde que se toma conocimiento de la reticencia y/o declaración inexacta, siempre que la comunicación se notifique por medio fehaciente.

Efectos sobre la prima: En caso de nulidad del Contrato de Seguro, Certificado y/o Solicitud-Certificado, según corresponda, por las causales descritas en los literales a) y b) la COMPAÑÍA devolverá el importe de prima establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, según corresponda, en un plazo máximo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE reciba una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión.

En el caso del numeral c) las primas pagadas quedan adquiridas por la COMPAÑÍA para el primer año de duración del contrato, solicitud-certificado o certificado de seguro, a título indemnizatorio. En caso de existir un saldo a favor distinto al primer año de duración del contrato, corresponderá la devolución de la misma por parte de la COMPAÑÍA, en el mismo plazo previsto en el párrafo precedente.

### 10.2. Pérdida de Derechos Indemnizatorios

Desde el momento en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurre en alguna de las causales de nulidad del Contrato de Seguro, Certificado y/o Solicitud-Certificado, según corresponda, devienen en ineficaces todos los derechos y beneficios pactados en la Póliza a su favor y caducan automáticamente los que pudieran haberse generado. EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO por tanto, perderá automáticamente todo derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza.

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ya hubiera cobrado la indemnización por algún siniestro o gozado de algún otro beneficio emanado de la Póliza, quedará automáticamente obligado frente a la COMPAÑÍA a la devolución



correspondiente, conjuntamente con los intereses legales, gastos que se generen para la devolución, siempre que quede demostrado ante la autoridad competente y así haya sido requerida por la misma mediante resolución.

## 11. Resolución del Contrato de Seguro

El contrato de seguro, solicitud-certificado o certificado de seguro podrá resolverse:

### 11.1 Sin Expresión de Causa

El CONTRATANTE en cualquier momento podrá solicitar la resolución del contrato, lo cual deberá realizarse por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, precisándose que puede ejercer su derecho de desvincularse del contrato de seguro utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. En los seguros grupales, igual derecho tiene el ASEGURADO para desvincularse del contrato resolviendo el Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado, siguiendo el mismo procedimiento señalado.

En el caso que el CONTRATANTE sea una persona distinta al ASEGURADO, será el CONTRATANTE el obligado de comunicarle al ASEGURADO sobre la resolución del contrato, debiendo informar a la COMPAÑÍA por cualquier medio escrito que cumplió con dicha comunicación. Igual obligación tendrá el CONTRATANTE de una póliza grupal respecto de los asegurados de la Póliza.

En ambos casos, la póliza quedará resuelta de manera inmediata, desde la fecha de comunicada la decisión de resolver.

Efecto sobre las primas:

La COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido y tiene obligación de devolverla en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto).

En caso se solicite la resolución de un seguro masivo, tiene derecho a solicitar la devolución de la prima en función al plazo no transcurrido, en caso corresponda. El CONTRATANTE/ASEGURADO podrá realizar su solicitud de devolución a la COMPAÑÍA en cualquier momento, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, teniendo la COMPAÑÍA un plazo de treinta (30) días a partir de entonces para efectuar la misma. La devolución de la prima se podrá realizar al CONTRATANTE o al ASEGURADO, según corresponda.

En el caso de seguros no masivos, la COMPAÑÍA procederá a reembolsar al CONTRATANTE/ASEGURADO, según corresponda, la prima en función al periodo no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la solicitud de resolución del contrato comunicada por el CONTRATANTE/ASEGURADO.

11.2 Por incumplimiento de las siguientes cargas u obligaciones:

a) Falta de pago de prima.

b) Por agravación del riesgo.

c) Por fraude en la presentación de la solicitud de cobertura, sin perjuicio que la COMPAÑÍA cumpla con atender la solicitud de siniestro dentro del plazo establecido en la Ley.

Los alcances de las causales a) y c) se encuentran señalados en los artículos sobre EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LAS PRIMAS e INDEMNIZACION DE LOS SINIESTROS, de este condicionado respectivamente. En cualquiera de estos casos se seguirá el procedimiento de comunicación que establece cada artículo de este condicionado que trata sobre las causales señaladas.

El alcance sobre la causal b) se encuentra señalado en el artículo sobre AGRAVACION DEL RIESGO de estas Cláusulas Generales de Contratación. La resolución por este supuesto se dará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al contratante y siempre que se haya hecho dentro de los quince (15) días siguientes de haber tomado conocimiento la COMPAÑÍA de la agravación del riesgo.



En los seguros grupales, el CONTRATANTE es el obligado a comunicar sobre la resolución del contrato o del certificado de seguro a los asegurados de la póliza, entregando la comunicación escrita que a tal efecto le proporcionará la COMPAÑÍA. El CONTRATANTE deberá dejar constancia escrita ante la COMPAÑÍA que cumplió con efectuar la referida comunicación.

Efectos sobre las primas:

En el supuesto del literal a) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. En el supuesto del literal b) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. En el supuesto del literal c) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Asimismo, la COMPAÑÍA tiene obligación de devolver la prima, en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto), teniendo la COMPAÑÍA un plazo de quince (15) días, computados a partir de la fecha efectiva de la resolución, para efectuar la devolución. En tales casos, el CONTRATANTE no deberá efectuar gestión alguna y la prima le será devuelta en el plazo antes señalado.

11.3 Si el CONTRATANTE rechaza la propuesta de reajuste de la prima o la suma asegurada que le efectúe la COMPAÑÍA en caso haya detectado reticencia y/o declaración inexacta no dolosa en sus declaraciones al momento de solicitar el seguro.

La COMPAÑÍA podrá resolver el contrato mediante comunicación dirigida al CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado para que el CONTRATANTE se pronuncie por la aceptación o el rechazo.

Efecto sobre las primas:

En este supuesto corresponden a la COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que efectuó la resolución.

Asimismo, la COMPAÑÍA tiene obligación de devolver la prima, en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto), teniendo la COMPAÑÍA un plazo de quince (15) días, computados a partir de la fecha efectiva de la resolución, para efectuar la devolución. En tales casos, el CONTRATANTE no deberá efectuar gestión alguna y la prima le será devuelta en el plazo antes señalado.

En las pólizas grupales, el certificado de seguro se resolverá por:

a) Decisión unilateral del ASEGURADO, para lo cual se seguirá el mismo procedimiento señalado en el numeral 11.1 de este artículo.

b) Incumplimiento de las cargas u obligaciones señaladas en el numeral 11.2 en lo que corresponda, aplicándose las mismas reglas señaladas en dicho numeral.

c) El rechazo por parte del ASEGURADO de la propuesta de reajuste de la prima o la suma asegurada, en el supuesto señalado en el numeral 11.3 precedente.

La COMPAÑÍA realizará la devolución a CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, de acuerdo a lo indicado en el presente artículo.

## 12. Beneficiarios

12.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá designar a los BENEFICIARIOS en la Solicitud de Seguro y podrá solicitar su modificación en cualquier momento mediante cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA, en la que especificará el cambio en la Póliza, sin la cual ningún cambio tendrá valor.

12.2 El cambio de BENEFICIARIOS será efectivo en la fecha de dicha comunicación.

- 12.3 La suma asegurada será pagada a los BENEFICIARIOS cuya designación en la Póliza se encuentre en vigor al fallecimiento del ASEGURADO. Si uno de los BENEFICIARIOS no viviera o no quisiera recibir su parte, ésta acrecentará la de los otros BENEFICIARIOS en partes iguales. Para estos efectos, cualquiera de los BENEFICIARIOS podrá acreditar ante la COMPAÑÍA el fallecimiento del BENEFICIARIO con la partida de defunción correspondiente. En caso de que el BENEFICIARIO se negare a recibir su parte, deberá hacerlo de manera expresa.
- 12.4 Los BENEFICIARIOS no tienen ni transmiten derecho alguno si fallecen antes que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO. Por lo tanto, en caso de fallecimiento de los BENEFICIARIOS antes que el ASEGURADO, o de no haberse designado BENEFICIARIOS, la suma asegurada será pagada a quienes el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya designado como HEREDEROS en su Testamento o Sucesión intestada.
- 12.5 En caso de duda sobre a quién o a quiénes debe efectuarse el pago, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante la autoridad judicial competente, a fin de que sea la autoridad judicial quien determine quiénes deben recibirla, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad con los BENEFICIARIOS que aleguen derecho sobre la indemnización.

### 13. Indemnización de los Siniestros

La COMPAÑÍA indemnizará las pérdidas o daños que directa y efectivamente ocurran por efecto de un siniestro, entendido como tal la realización de uno de los riesgos materia de cobertura; siempre que el evento se inicie dentro del período de vigencia de la Póliza y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO haya cumplido con las obligaciones a su cargo emanadas del contrato de seguro.

- 13.1 La indemnización que corresponda pagar por la COMPAÑÍA al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO en caso de siniestro, se determinará aplicando los términos y condiciones de la Póliza.
- 13.2 El límite de la indemnización a que se obliga la COMPAÑÍA en caso de siniestro ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, es la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual, nominalmente pactados en las Condiciones Particulares. En ningún caso ni por concepto alguno, podrá ser obligada la COMPAÑÍA a pagar una suma mayor.
- 13.3 La existencia y magnitud de una pérdida indemnizable bajo la Póliza debe ser probada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.
- 13.4 Las Condiciones Generales de cada producto de seguro establecerá su propio procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro, detallando los requisitos para el aviso y la entrega de documentación que debe cumplir el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.
- 13.5 La COMPAÑÍA tendrá un plazo de treinta (30) días calendarios para comunicar al ASEGURADO y/o BENEFICIARIO sobre la aprobación o el rechazo del siniestro. Dicho plazo se cuenta desde que la COMPAÑÍA recibió la documentación e información completa requerida para solicitar la cobertura, señalado en el artículo sobre el AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA de las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la COMPAÑÍA requiere aclaraciones o precisiones adicionales sobre la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días calendarios de los treinta (30) días señalados en el párrafo anterior.

Si la COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo de treinta (30) días se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que haya requerido un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas al siniestro, siguiendo el procedimiento establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

- 13.6 La COMPAÑÍA pagará el monto de la indemnización dentro del plazo de treinta (30) días de consentido o aprobado el siniestro.
- 13.7 La COMPAÑÍA, queda facultada para acceder a la historia clínica del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

13.8 La COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aun cuando ya hubiere pagado la indemnización. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO quedan obligados a cooperar con esta investigación. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no cooperara o si de esta resultara que el siniestro realmente no estaba cubierto por razones técnicas o por acto doloso o con culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, éstos quedan obligados a restituir las sumas pagadas más los intereses legales, en la vía judicial correspondiente.

13.9 La COMPAÑÍA quedará exenta de toda responsabilidad y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO perderá todo derecho al pago indemnizatorio, en los siguientes casos:

- a) Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o la persona que obre en su representación, presenta reclamación fraudulenta, engañosa o apoyada total o parcialmente en declaraciones inexactas o en documentos engañosos. En el supuesto que el BENEFICIARIO presente una reclamación fraudulenta sin conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, éste no perderá su derecho al pago indemnizatorio.
- b) Si las pérdidas o daños del siniestro fueran causados por un acto y/u omisión intencional y/o con culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o si hubiera mediado algún acto u omisión imputable al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO que hubiese agravado el riesgo o las pérdidas ocasionadas por el siniestro.

En el caso de fraude, la COMPAÑÍA emitirá una comunicación escrita al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con el fin de informarle que debido a ello se procederá a resolver el contrato de seguro, lo cual se hará efectivo desde el día siguiente de la notificación de la resolución.

13.10 La COMPAÑÍA no está obligada a otorgar adelantos a cuenta de la indemnización de un siniestro. Cuando los otorgue, tal liberalidad no podrá ser interpretada como un reconocimiento del siniestro.

Si luego de otorgado un adelanto de la indemnización, resultare que el siniestro no estaba cubierto; el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO devolverá a la COMPAÑÍA el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar, en la vía judicial correspondiente.

13.11 En caso el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO debido a culpa leve, no cumpla con informar la ocurrencia del siniestro dentro de los plazos establecidos en la Póliza, la COMPAÑÍA reducirá la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que se le haya causado, siempre que, se haya afectado su derecho a verificar o determinar las circunstancias del siniestro. Se precisa que para aplicar la reducción tendrá que acreditarse y sustentarse que el aviso extemporáneo del siniestro tiene un efecto negativo en la verificación del mismo.

Además se precisa que:

Si el incumplimiento obedece a dolo del sujeto gravado con la carga, pierde el derecho a ser indemnizado.

Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable, el ASEGURADO o BENEFICIARIO pierde el derecho a ser indemnizado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

No se aplicará la reducción cuando la COMPAÑÍA haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

No se aplicará reducción cuando el incumplimiento del ASEGURADO se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

## 14. Modificación de Condiciones Contractuales

### 14.1 DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

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 treinta (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación. EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado, por escrito. 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. 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.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato, en cuyo caso no procede su modificación hasta el fin de la vigencia del contrato.

#### 14.2 PROCEDIMIENTO DE MODIFICACIÓN EN CASO DE RENOVACIÓN

La COMPAÑÍA podrá modificar los términos y condiciones de la Póliza, incluyendo el monto de la prima, para lo cual 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 del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑÍA para el caso de productos con renovación automática. 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.

Para seguros con renovación facultativa, la falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato, en cuyo caso no procede su modificación hasta el fin de la vigencia del contrato.

### 15. Agravación del Riesgo

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en su caso, deben notificar por escrito a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si fueran conocidas por ella al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo hubiera hecho en condiciones más gravosas.

Comunicada a la COMPAÑÍA la agravación del riesgo, esta debe manifestar al contratante en el plazo de quince (15) días su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo.

Mientras la COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación continúan vigentes las condiciones del contrato original. Cuando la COMPAÑÍA opte por resolver el contrato tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

Si no se le comunica oportunamente, tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Si se omite comunicar la agravación, la COMPAÑÍA queda liberada de su prestación si el siniestro se produce mientras subsista la agravación del riesgo, excepto que:

- a) El contratante y/o asegurado incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- b) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo del asegurador.
- c) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato en el plazo previsto en el artículo 61° de la Ley N° 29946.
- d) La COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos a), b) y c) la COMPAÑÍA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al contratante de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

### 16. Reducción de la Suma Asegurada y Beneficio Máximo Anual

Toda indemnización que la COMPAÑÍA pague, reducirá automáticamente en igual monto la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual.

### 17. 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 CONTRATANTE o 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 Póliza o una nota de cobertura provisional, en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro o Solicitud-Certificado en el caso de pólizas grupales, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida, siempre y cuando no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.

Para tal fin, el CONTRATANTE o ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza o certificado de seguro respectivamente, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE o ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó la solicitud.

## 18. Moneda

- 18.1 Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta Póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas.
- 18.2 No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición o tenencia de moneda extranjera, la Póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual y demás obligaciones, al tipo de cambio de venta libre correspondiente a la fecha de inicio de la vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación. La COMPAÑÍA informará de ello al ASEGURADO, dentro de un plazo de treinta (30) días de realizada la modificación de la póliza o el certificado de seguro.

## 19. Tributos

Todos los tributos presentes y futuros que graven las primas o sumas aseguradas, así como la liquidación de siniestros, de ser el caso; serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la COMPAÑÍA y no puedan ser trasladados.

## 20. Mecanismos de Solución de Controversias

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana. El CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO también podrá acudir a las instancias habilitadas para que presenten sus reclamos o denuncias, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, Defensoría del Asegurado e INDECOPI, según corresponda.

## 21. Defensoría del Asegurado

En caso de que el CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO tenga una controversia con la COMPAÑÍA sobre la cobertura de un siniestro o el monto de la indemnización y éste no exceda de US\$50,000 (Cincuenta Mil Dólares Americanos) o su equivalente en otras monedas, el CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado, siempre que la controversia se encuentre dentro del ámbito de su competencia, según lo que establece el Reglamento de la Defensoría del Asegurado. Véase Página Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe). Telefax: 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional.

## 22. Domicilio

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 tales 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.

### 23. Prescripción

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben a los diez (10) años, desde que ocurrió el siniestro. En los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento, este plazo se computará desde que el BENEFICIARIO conoce la existencia del beneficio.

En consecuencia, vencido dicho plazo, la COMPAÑÍA queda liberada de cualquier responsabilidad emanada de esta Póliza.

### 24. Declaración

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara que, antes de suscribir la Póliza, ha tomado conocimiento directo de todas las Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones conviene que quede sometido el presente contrato.

### 25. Atención de Consultas y/o Reclamos

El CONTRATANTE, 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 nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf (51-1) 417-5000 (\*)
- Escribiéndonos 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, número de Póliza y/o Certificado de Seguro contratado con Chubb Seguros Perú (aplicable sólo para clientes).
- Detalle del reclamo.

Una vez presentado el reclamo se le asigna un número de caso para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los 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

### 26. Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes

En el caso que el seguro de accidentes cuente con cobertura de muerte accidental, queda establecido que formará parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, conforme a la Ley N°29355.

### 27. Ley del Contrato de Seguro y Normas Reglamentarias

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá en cuenta que en todo lo no establecido en las presentes CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN COMUNES A LOS SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES o en aquello que haya discrepancia, prevalecerá la Ley N°29946 - Ley del Contrato de Seguros y sus normas reglamentarias.

Relación de Clínicas Afiliadas y centros de Diagnósticos Especializados Lima y Callao

Red Accidentes Personales Chubb Lima y Callao - Central de Emergencias 615 - 9817

CENTRO MÉDICO	REGIÓN	DIRECCIÓN	DISTRITO	CONTACTO
CIMEDIC	LIMA	AV. PETIT THOUARS 3969	MIRAFLORES	(01) 4403421
CIMEDIC - SEDE PRINCIPAL	LIMA	AV. AREQUIPA N°3362	SAN ISIDRO	(01) 4422222
CIMEDIC (SEDE CLINICA LIMATAMBO)	LIMA	AV. PROCERES DE LA INDEPENDENCIA 2701	SAN JUAN DE LURIGANCHO	(01) 3870875
CIMEDIC (SEDE CLINICA MONTEFIORI)	LIMA	AV. SEPARADORA INDUSTRIAL 380	LA MOLINA	(01) 3588612
RESOCENTRO PRINCIPAL	LIMA	AV. PETIT THOUARS 4427	MIRAFLORES	(01) 3588612
RESOCENTRO JAVIER PRADO	LIMA	Av. Javier Prado Este 499, San Isidro 15046	SAN ISIDRO	(01) 3588612
RESOCENTRO SAN MIGUEL	LIMA	Calle Manuel Raygada 170, alt. Cdra. 16 Av. La Marina (Clínica San Judas Tadeo) - San Miguel.	SAN MIGUEL	(01) 3588612
CENTRO OFTALMOLÓGICO VISTA SALUD	LIMA	Av. La Encalada 923 Urb. C.C. Monterrico	Santiago de Surco	(01) 4761410

OFTALMOSALUD	LIMA	Av. Javier Prado Este 1142, San Isidro	SAN ISIDRO	(01) 5121300
LA ESPERANZA DEL PERU S.A / CLINICA SAN BORJA - SANNA	LIMA	AV. GUARDIA CIVIL 337	SAN BORJA	(01) 635 - 5000
CENTRO CLINICO CHACARILLA - SANNA	LIMA	Jirón Monterrey 170, Santiago de Surco	SANTIAGO DE SURCO	(01) 635 - 5000
CENTRO MÉDICO JOCKEY SALUD	LIMA	AV. JAVIER PRADO ESTE N° 4200	SANTIAGO DE SURCO	(01) 7123456
CLINICA ANGLOAMERICANA- SAN ISIDRO	LIMA	Alfredo Salazar N° 350	SAN ISIDRO	(01) 6168900
CLINICA ANGLOAMERICANA- LA MOLINA	LIMA	Av. La Fontana 362, La Molina	LA MOLINA	(01) 6168900
CLINICA BELLAVISTA - AUNA	LIMA	JR. LAS GAVIOTAS 207	BELLAVISTA - CALLAO	(01) 2049600
CLINICA CAYETANO HEREDIA	LIMA	AV. HONORIO DELGADO N° 370 URB INGENIERÍA	SAN MARTÍN DE PORRES	(064) 247087
CLINICA DELGADO AUNA (MEDIC SER)	LIMA	Ca. Gral. Borgoño 15074	MIRAFLORES	(01) 2049600
CLINICA DETECTA	LIMA	Av. Angamos Este 2688	SURQUILLO	(01) 2175100
CLINICA EL GOLF - SANNA	LIMA	AURELIO MIRO QUESADA 1030	SAN ISIDRO	(01) 635 - 5000
CLINICA GOOD HOPE	LIMA	MALECÓN BALTA 956	MIRAFLORES	6107300
CLINICA HIGUERETA - JESUS MARIA	LIMA	Calle Ramón Dagnino 227, Sótano 2 (Clínica Santa Beatriz.) Jesús María. Altura Cdra. 6 de Av. Arenales //	JESUS MARÍA/ MIRAFLORES	4692167
CLINICA HIGUERETA - MIRAFLORES	LIMA	Av. Alfredo Benavides 2949-2951 Urb. Alexander Von Humboldt, 5to piso (Clínica Higuiereta), Miraflores	JESUS MARÍA/ MIRAFLORES	4692167
CLINICA INTERNACIONAL SEDE LIMA	LIMA	AV.INCA GARCILAZO DE LA VEGA 1420	CERCADO DE LIMA	(01) 6196161
CLINICA INTERNACIONAL SEDE SAN BORJA	LIMA	AV. GUARDIA CIVIL 385	SAN BORJA	(01) 6196161
CLINICA JAVIER PRADO	LIMA	AVENIDA JAVIER PRADO ESTE 499	SAN ISIDRO	(01) 2114141
CLINICA JESUS DEL NORTE	LIMA	AV.CARLOS IZAGUIRRE 159	INDEPENDENCIA	(01) 6142200
CLINICA LIMATAMBO SAN ISIDRO	LIMA	AV. REPÚBLICA DE PANAMÁ 3606	SAN ISIDRO	(01) 6171111
CLINICA LIMATAMBO SAN JUAN DE LURIGANCHO	LIMA	AVENIDA PRÓCERES DE LA INDEPENDENCIA 2701	SAN JUAN DE LURIGANCHO	(01) 4151600

CLINICA LIMATAMBO SEDE MINKA	LIMA	AV. ARGENTINA 3093 CC MINKA, AV. PLAYA MEIGSS, CALLE 3 , PABELLON 05, LOCAL 402, 2° PISO	CALLAO	(01) 6527474
CLINICA LIMATAMBO SEDE MINKA 2	LIMA	AV. ARGENTINA 3093, LOCAL 214, CALLE 3, PABELLON 4, MULTIMERCADOS ZONALES MINKA	CALLAO	(01) 6527475
CLINICA LOS ANDES	LIMA	CALLE ASUNCION 177	MIRAFLORES	(01) 4413553
CLINICA MAISON DE SANTE CHORRILLOS	LIMA	AV. CHORRILLOS 171 - 173	CHORRILLOS	(01) 6196007
CLINICA MAISON DE SANTE LIMA	LIMA	JIRÓN MIGUEL ALJOVIN 222	CERCADO DE LIMA	(01) 6196030
CLINICA MAISON DE SANTE SURCO	LIMA	AV. BENAVIDES 5362	SANTIAGO DE SURCO	(01) 6196000
CLINICA MONTEFIORI	LIMA	AV. SEPARADORA INDUSTRIAL 380	LA MOLINA	(01) 4375151
CLINICA PROVIDENCIA	LIMA	CALLE CARLOS GONZALES N° 250	LOS OLIVOS	(01) 6606000
CLINICA SAN BERNARDO	LIMA	JR. SAN JOSE 161	SAN MIGUEL	(01) 4600437
CLINICA SAN FELIPE	LIMA	AV. GREGORIO ESCOBEDO N°650	PUEBLO LIBRE	(01) 2190000
CLINICA SAN FELIPE - LA MOLINA	LIMA	Av. Javier Prado Este 4841, La Molina 15023	JESUS MARIA	(01) 2190000
CLINICA SAN GABRIEL (RED SAN PABLO)	LIMA	Av. Javier Prado Este 4841, La Molina 15023	SAN MIGUEL	(01) 6142200
CLINICA SAN JUAN BAUTISTA (NUEVO SAN JUAN)	LIMA	AV. PROCERES DE LA INDEPENDENCIA 1764	SAN JUAN DE LURIGANCHO	(01) 6104545
CLINICA SAN PABLO SEDE ASIA*	LIMA	1S Km. 97.5 /Av. El Polo 789, Surco- Piso 6	ASIA	(01) 5307887
CLINICA SAN PABLO SEDE SURCO*	LIMA	AV. EL POLO 789	SURCO	(01) 6103333
CLINICA SANTA MARTHA DEL SUR (SAN PABLO)	LIMA	AV. BELISARIO SUAREZ 998	SAN JUAN DE MIRAFLORES	(01) 6156767
CLINICA SANTA MONICA - RED DE SALUD	LIMA	AV. AREQUIPA 2449	LINCE	(01) 2080360
CLINICA TEZZA	LIMA	El Polo 570, Santiago de Surco 15023	SANTIAGO DE SURCO	610-5050
CLINICA UROZEN	LIMA	Av. Javier Prado Este 3028, San Borja	SAN BORJA	(01) 7131153
CLINICA VERSALLES (ZEGARRA)	LIMA	AV. TUPAC AMARU 1801	COMAS	(01) 6209637
CLINICA VESALIO	LIMA	CALLE JR. JOSEPH THOMPSON 140	SAN BORJA	618-9999

IPC CENTRO DE SALUD INTEGRAL S.A.	LIMA	Calle Cinco 242-262, Córpac, San Isidro - Lima27, Perú	SAN ISIDRO	(01) 4761410
MEDICAL CENTER LIMA	LIMA	AV. SAN BORJA SUR 237	SAN BORJA	(043) 427801
ONCOCARE (CLINICA ALIADA)	LIMA	AV. JOSE GALVEZ BARRENECHEA 1044, SAN ISIDRO	SAN ISIDRO	(01) 6505000
OSTEOPERÚ S.A.C.	LIMA	AV. GUZMÁN BLANCO 461- 465	CERCADO DE LIMA	(01) 2012800
SANNA CENTRO CLINICO LA MOLINA	LIMA	AVENIDA RAÚL FERRERO REBAGLIATI, MZ. C-2, LOTE 01, URB. EL REMANSO DE LA MOLINA I ETAPA	LA MOLINA	(01) 635 - 5000
Clinica Aviva	LIMA	Avenida Alfredo Mendiola 301, Los Olivos	LOS OLIVOS	(01) 7154600
LABORATORIO CLINICA BLAU	LIMA	Av. Faustino Sánchez Carrión 230 Lima	SAN ISIDRO	(01) 6802988
IPOR - Instituto Peruano de Oncología & Radioterapia	LIMA	Avenida Pablo Carriquiry N°115, distrito de San Isidro	SAN ISIDRO	(01) 2241598
Clínica Centenario Asociación Peruano Japonesa	LIMA	Av. Paso de los Andes 675, Pueblo Libre	PUEBLO LIBRE	(01) 2088000
Clínica Ricardo Palma	LIMA	Av. Javier Prado Este 1066, distrito de San Isidro	SAN ISIDRO	(01) 2242224
CLINICA GUARDIA CIVIL - AUNA	LIMA	Avenida Guardia civil 368, cercado lima	LIMA	(01) 3777000
CLINICA SAN PEDRO (Inversiones Medicas Galeno S.A.C.)	LIMA	AV. ECHENIQUE 641	HUACHO	(01) 2322150



**Relación de Clínicas Afiliadas y centros de Diagnósticos Especializados Provincia**

Red Accidentes Personales Chubb Provincias - Central de Emergencias 615 - 9817				
IPRESS	REGIÓN	DIRECCIÓN	DISTRITO	CONTACTO
CLINICA SANCHEZ FERRER (SANNA)	LA LIBERTAD	CL. LOS LAURELES N° 436, URB. CALIFORNIA	VICTOR LARCO HERRERA	(01) 6355000
ADMINISTRADORA CLINICA TRESA S.A.	PIURA	Av. Grau 108, Talara	PARIÑAS	(073) 382213
CENTRO MEDICO CIMA	CUSCO	PASEO DE LOS HÉROES N° 978	CUSCO	(084) 255550 / (084) 241636
CLINICA AMAZÓNICA	UCAYALI	Av. Sáenz Peña 421	CERCADO CALLERIA CORONEL PORTILLO	(061) 603876 / (061) 603877
CLINICA AMERICANA	PUNO	JR. LORETO N° 315	JULIACA	(051) 321001 / (051) 321369
CLINICA ANA STAHL	LORETO	AV. LA MARINA N° 285	IQUITOS	(051) 321001 / (051) 321369
CLINICA AREQUIPA	AREQUIPA	ESQ.PTE.GRAU/AV.BOLOGNESI NRO. S/N (FRENTE A MONUMENTO A MIGUEL GRAU)	AREQUIPA	(054) 599000
CLINICA BELEN - SANNA	PIURA	CAL. SAN CRISTOBAL NRO. 267 URB. EL CHIPE	PIURA	(01) 6355000
CLINICA CAYETANO HEREDIA JUNIN	JUNIN	AV. HUANCAMELICA N°745	HUANCAYO	(064) 247087
CLINICA DE LA ESPERANZA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO	AYACUCHO	AV. INDEPENDENCIA N°355	AYACUCHO	(066) 317436 / (066) 312-180
CLINICA DEL PACIFICO	LAMBAYEQUE	AV. JOSE LEONARDO ORTIZ NRO. 420	CHICLAYO	(074) 228585
CLÍNICA EL NAZARENO	AYACUCHO	JR. QUINUA 428	AYACUCHO	(066) 3145177
CLINICA ESMEDIC - CLINICA ESPECIALISTAS MEDICOS E.I.R.L	UCAYALI	JIRON PROGRESO 465	CALLERIA	(061) 575141 / (061) 608936
CLINICA FAMILIALUD - SEDE CHINCHA	ICA	CALLE 28 DE JULIO 397	CHINCHA ALTA	(056) 504443
CLINICA FAMILIALUD - SEDE PISCO	ICA	CALLE PROGRESO 211	PISCO	(056) 534281
CLINICA GARCIA BRAGAGNINI	AREQUIPA	AV. TRINIDAD MORAN J-2 , URB. LEON XIII	CAYMA	(054) 272422
CLINICA HUANUCO	HUANUCO	JIRON CONSTITUCIÓN 980	HUANUCO	(062) 514026
CLINICA INMACULADA CONCEPCION	PIURA	AV. JOSÉ DE LAMA N° 1011 CRUCE AV. JOSÉ DE LAMA Y AV. CHAMPAGNAT	SULLANA	(073) 504898
CLINICA LA MERCED (SAN PABLO TRUJILLO)	LA LIBERTAD	AV. HUSARES DE JUNIIN 690	TRUJILLO	(044) 485244
CLINICA LAS CONDES	ICA	AV. CONDE DE NIEVA N° 1073, URB. LUREN	ICA	(056) 214149
CLINICA LOS FRESNOS	CAJAMARCA	JR. LOS NOGALES N°179 URB. EL INGENIO	CAJAMARCA	(076) 364046
CLINICA MEDICA SAN MARTIN- ICA	ICA	AV. SAN MARTIN 598	ICA	(056) 237734 / (056) 237001
CLINICA MIRAFLORES - AUNA	PIURA	CL. LAS DALIAS A - 12, URB. MIRAFLORES	CASTILLA	(01) 2049600
CLINICA MONTE HOREB	UCAYALI	JIRON INMACULADA 529	CERCADO CALLERIA	(061) 571689

			CORONEL PORTILLO	
CLINICA ORTEGA	JUNIN	AV. DANIEL A. CARRIÓN N°1124	HUANCAYO	(064) 232-921
CLINICA PARDO	CUSCO	AV. DE LA CULTURA N°710	WANCHAQ	(084) 256976
CLINICA PERUANO SUIZA	CUSCO	URB. QUISPICANCHIS AV. PERÚ MZA. K LOTE 3	CUSCO	(084) 242114 / (084) 237009
CLINICA PUNO	PUNO	RAMÓN CASTILLA 178 PUNO	PUNO	(051) 368835
CLINICA ROBLES (CHIMBOTE)	ANCASH	JR. MANUEL VILLAVICENCIO N°512	CHIMBOTE	(043) 322453
CLINICA ROCA	HUANUCO	Pedro Barroso 466- Huánuco	HUANUCO	962908381
CLÍNICA SAN FRANCISCO DE ASIS	CAJAMARCA	JR. MIGUEL GRAU N° 851	CAJAMARCA	(076) 362050
CLINICA SAN JOSE	CUSCO	AV. LOS INCAS N°1408	WANCHAQ	(084) 243367
CLINICA SAN JUAN BOSCO	HUANUCO	JR. DOS DE MAYO N° 1616	HUANUCO	(062) 512373
CLINICA SAN LORENZO	CAJAMARCA	Av. SMP 546	CAJAMARCA	(076) 340201
CLÍNICA SAN MARTIN	SAN MARTIN	JR. SAN MARTIN N° 274	TARAPOTO	(042) 523680
CLINICA SAN PABLO - HUARAZ	ANCASH	JR. HUAYLAS N°172	INDEPENDENCIA	(043) 428805
CLÍNICA SAN PEDRO (Clinica San Pedro S.A.C.)	ANCASH	JIRÓN VILLAVICENCIO, 479 - 481	CHIMBOTE	(043) 321930
CLINICA SAN VICENTE ICA	ICA	AV. DE LOS MAESTROS 422	ICA	(056) 227263
CLINICA SANTA MARIA CHIMBOTE	ANCASH	JR. ELIAS AGUIRRE 761 - BOLIVAR BAJO	CHIMBOTE	(043) 325073
CLINICA SANTA ROSA	PIURA	AV. PANAMERICANA N° 332 URB. SANTA ROSA	SULLANA	(073) 505870
CLINICA SEÑOR DE LUREN DE ICA	ICA	AV. SAN MARTIN 536	ICA	(056) 211-989
CLINICA SERVIMEDICOS - AUNA	LAMBAYEQUE	CALLE MANUEL MARIA IZAGA N° 621	CHICLAYO	(01) 2049600
CLINICA VALLESUR -AUNA	AREQUIPA	AV. LA SALLE NRO. 116	AREQUIPA	(01) 2049600
CLÍNICA VIRGEN DEL PILAR SULLANA	PIURA	CALLE BOLÍVAR N° 285	SULLANA	(073) 502278
GSP TRUJILLO (CLINICA CAMINO REAL) - AUNA	LA LIBERTAD	CAL. FRANCISCO BOLOGNESI NRO. 561 URB. CENTRO HISTÓRICO TRUJILLO	TRUJILLO	(01) 2049600
HOSPITAL METROPOLITANO (CLINICA METROPOLITANA)	LAMBAYEQUE	CALLE MANUEL MARIA IZAGA N° 154	CHICLAYO	(074) 228802
HOSPITAL PRIVADO JUAN PABLO II	LAMBAYEQUE	AV. MIGUEL GRAU NRO. 1461	LA VICTORIA	(074) 226070
MEDICAL CENTER HUARAZ	ANCASH	JR. FEDERICO SAL Y ROSA N°741	HUARAZ	(043) 427801
MEDICAL CENTER PUERTO MALDONADO	MADRE DE DIOS	AV. MADRE DE DIOS 721	TAMBOPATA	(082) 503777
MEDICAL CENTER TINGO MARIA	HUANUCO	AV. FRANCISCO BOLOGNESI 24A / AV. AMAZONAS 880 - TING MARIA	RUPA RUPA	(062) 561570
OSTEOPERÚ S.A.C. HUARAZ	HUARAZ	Jr. Julian Morales Nro 880 Bar San francisco Huaraz	HUARAZ	(043) 234676
POLICLÍNICO "SAN MARCOS"	CAJAMARCA	Huamantanga 1114, Jaén, Perú	JAEN	(076) 433687
POLICLÍNICO PERUANO CUBANO	CAJAMARCA	Jiron Horacio Zevallos N° 468 Urb. Santa Beatriz	JAEN	951076015

POLICLINICO SANTA CATALINA	MOQUEGUA	AV. SIMÓN BOLÍVAR D27 URB. STA. CATALINA	MOQUEGUA	(053) 461015
PROMEDIC (PROTECCION MEDICA S.C.R.L.)	TACNA	CL. BLONDELL N° 425	TACNA	(052) 242414
RESOCENTRO PIURA	PIURA	Av. San Ramón 549, Urb. El Chipe - Piura (al costado del Gobierno Regional)	PIURA	(01) 5124400
SANNA CENTRO CLÍNICO CAJAMARCA	CAJAMARCA	JIRÓN LOS CEDROS, N° 214, URB. EL INGENIO	CAJAMARCA	(01) 6355000
SANNA CENTRO CLÍNICO TALARA	PIURA	AVENIDA FRANCISCO BOLOGNESI, N° 167, URB. PARTICULAR - LA BREA	TALARA	(01) 6355000
CLINICA SAN JUAN	LORETO	CALLE RICARDO PALMA NÚMERO 838	MAYNAS	(065) 222477
POLICLINICO CONTINENTAL	JUNIN	Jirón 2 de Mayo N°570, El Tambo	HUANCAYO	(064) 481456
CLINICA SANTA EMILIA	PIURA	Calle San Miguel 225 Urb. Santa Isabel	PIURA	524087
CLINICA REGIONAL DE ICA	ICA	AV.HUACACHINA S/N-ACOMATRANA	ICA	(056) 611993
HOGAR CLINICA SAN JUAN DE DIOS	AREQUIPA	Av. EJERCITO n°1020	CAYMA	958 958 124
CLINICA TOMONORTE	CAJAMARCA	Av. Mario Urteaga 445, Barrio 2 de mayo	CAJAMARCA	(044) 207-111
CLINICA TOMONORTE	LA LIBERTAD	Av. Mansiche 875, Urb Trujillo	TRUJILLO	(044) 207111
CLINICA LA LUZ - SEDE TACNA	TACNA	Av. Manuel A. Odría 702	TACNA	(052) 638720
CLINICA CERRO COLORADO ( RED SAN PABLO)	AREQUIPA	Av. Metropolitana, esquina con Calle 7 Urb. Teresa de Jesús	AREQUIPA	(054) 410100
CENTRO MÉDICO CASTELLI	PIURA	Jr. Bolívar 218, distrito de Paíta, provincia de Paíta, departamento de Piura	PAITA	(073) 751163
SPORTMEDIC CLÍNICA DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN	ANCASH	Mz. M4 Lote 9, Urbanización Luis Banchemo Rossi, distrito de Nuevo Chimbote, provincia de Santa, departamento de Ancash	NUEVO CHIMBOTE	043-202849
Clinica MacSalud	CUSCO	Avenida de La Cultura N°1410, distrito de Wanchaq, provincia y departamento de Cusco	Wanchaq	(084) 582060
RESONANCIA MAGNETICA DEL SUR S.A. (REMASUR S.A.)	CUSCO	Calle León Velarde N°108, distrito de Yanahuara, provincia y departamento de Arequipa	Yanahuara	(084) 234711
Clinica Montecarmelo	AREQUIPA	Fco. Gómez de la Torre 119 Urb. Victoria - Arequipa	AREQUIPA	(054) 606100
Clinica Mall Salud	AREQUIPA	Av. Porongoche N°500 Urb. Urbana, distrito de Paucarpata, provincia y departamento de Arequipa	Paucarpata	(054) 605556

Clínica Santa Teresa	APURIMAC	Avenida Enrique Pélach s/n, distrito y provincia de Abancay, departamento de Apurimac	ABANCAY	(083) 324058
RESONANCIA MAGNETICA DEL SUR S.A. (REMASUR S.A.)	TACNA	Daniel A Carrion 360, Tacna	TACNA	(052) 638500
RESONANCIA MAGNETICA DEL SUR S.A. (REMASUR S.A.)	AREQUIPA	León Velarde 108, Arequipa	AREQUIPA	(054) 255792
SANNA CLÍNICA DEL SUR	AREQUIPA	Avenida Bolognesi, 134 - Arequipa	AREQUIPA	(01) 6355000
CLÍNICA SELVA AMAZÓNICA	LORETO	Urb. Jardín (Fanning 4ta cuadra entre calle Morona y Brasil)	LORETO	(065) 242097

**Formato de Cambio de Beneficiarios**

Estimado Cliente:

Si desea nombrar Beneficiarios distintos a sus Herederos Legales, por favor complete el siguiente cuadro:

**Beneficiarios**

Nombres	Apellidos	DNI	Relación con el Asegurado	%
«BNFC_DETAILS(CLI007)»				

Nombre del Seguro: Seguro de Accidentes Personales

N° de Póliza: «POLICY»

Nombre del Asegurado: «FORMALNAME»

DNI: «PERSONALID»

Firma: \_\_\_\_\_

Sírvase remitir este documento junto con una copia de su DNI a nuestras oficinas o enviarlo vía correo electrónico a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com).

Atentamente,

**Chubb Seguros Perú S.A.**