



Seguro Dental

Solicitud - Certificado de Seguro N°XXXX

Código SBS:

Código SUSALUD:

Póliza No: _____

Datos Generales de la Póliza

Inicio de vigencia: las 12 hrs. Del _____

Fin de vigencia: las 12 hrs. Del _____, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero.

Renovación: automática

Vigencia: xxxx

Corredor:

Cód. SBS N°: XXXX

Comisión:

Datos de la Compañía

Denominación Social: Chubb Seguros Perú S.A.

RUC: 20390625007

Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima

Teléfono: 417-5000

Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com

Página Web: <http://www.chubb.com/pe>

Datos del Contratante

Nombres y Apellidos/ Denominación o Razón Social:

Tipo y N° Doc. Identidad:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos:

Tipo y N° Doc. Identidad:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Relación con el Contratante: _____

Asegurado(s) Adicional(es)

Nombres y Apellidos:
Fecha de Nacimiento:
Dirección:
Provincia:
Teléfono:
Relación con el Asegurado Titular:

Tipo y N° Doc. Identidad:
Distrito:
Departamento:
Correo Electrónico:

Requisitos para ser Asegurado

Edad de Mínima de Ingreso:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Edad Máxima de Ingreso:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Edad Máxima de Permanencia:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Beneficiarios

Para las coberturas principales: El propio ASEGURADO

Para las coberturas adicionales (cuando corresponda)

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	DNI	%

Descripción del Interés Asegurado

la Compañía cubrirá los gastos provenientes de una atención médica dental por enfermedad o accidente, de acuerdo con el Plan contratado, el cual se indica en las Condiciones Particulares, derivados del tratamiento de enfermedades bucodentales cubiertas; así como a indemnizar los gastos efectuados con motivo de los procedimientos preventivos de salud bucal en que incurra el Asegurado, los cuales estarán limitados al Gasto Usual y Acostumbrado.

Coberturas

Cobertura Principal

- Seguro Dental

Suma Asegurada

US\$ S/

Coberturas Adicionales (Dependiendo del Plan contratado)

- XXXX

US\$ S/

Exclusiones

En ningún caso se cubrirán los gastos que se originen por cualquiera de los siguientes conceptos:

a) Tratamientos que no estén especificados en las Coberturas mencionadas como amparadas en las Condiciones Particulares, o en algún Endoso emitido por la Compañía, de acuerdo con el Plan Contratado.

b) Cualquier complicación derivada o que sobrevenga durante o después del Tratamiento Odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.

c) Accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigencia de la Póliza de Seguro.

d) Lesiones que se produzcan como consecuencia del cumplimiento del servicio militar, actos de guerra declarada o no, revolución, asonada, motín, conmoción civil, al cometer actos delictivos o bajo los efectos del alcohol o realizando actividades de alto riesgo o deportes extremos.

e) Intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo que el tratamiento o la operación de cirugía plástica o reparadora sean necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza de Seguro. Cualquier cirugía reconstructiva dental.

f) Lesiones que se cause el propio Asegurado deliberadamente y/o por intento de suicidio.

g) Tratamientos hospitalarios o complicación de Tratamientos no amparados en la Póliza.

h) Tratamientos Experimentales o de investigación.

i) Cualquier complicación derivada o que sobrevenga durante o después del Tratamiento Odontológico o quirúrgico por negligencia del Asegurado, ya sea por no seguir o cumplir con las indicaciones del Odontólogo tratante o por abandono del tratamiento por más de 30 (treinta) días.

j) Medicamentos recetados no incluidos en Gastos Cubiertos, es decir, no suministrados directamente por el Odontólogo.

k) Anestesia general o sedaciones.

l) Gastos Hospitalarios.

- m) Tratamientos y gastos realizados fuera del territorio de la República del Perú.**
- n) Obturaciones de desgaste incisales y/o cervicales.**
- o) Resinas en dientes posteriores con obturaciones existentes con fines estéticos.**
- p) Procedimientos dentales realizados por personas o cirujanos-dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.**
- q) Cualquier gasto dental por concepto de una prestación y/o atención que se haya iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del asegurado o, con posterioridad a la fecha de término de dicha vigencia.**
- r) Cualquier gasto dental por concepto de un reemplazo de dentadura natural, excepto en el caso en que tales dentaduras sean necesarias para reemplazar piezas dentales extraídas mientras el asegurado se encuentre amparado por esta cobertura.**
- s) Cualquier gasto dental por concepto de aquellas prestaciones odontológicas que tengan lugar a consecuencia de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.**
- t) Tratamientos odontológicos, quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.**
- u) Procedimientos prestados por instituciones y odontólogos no adscritos a la red.**
- v) Carillas para cambios de forma, tamaño o color de los dientes, o el cambio de amalgamas que se encuentren adaptadas y funcionales por resinas y procedimientos pre-protésicos en general que no hayan sido descritos en las coberturas.**
- w) Las complicaciones y secuelas generadas por el abandono del tratamiento, por parte del paciente. Se considera abandono cuando un paciente no asiste por espacio de sesenta (60) días calendario a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado.**
- y) Las extracciones de los terceros molares (muelas del juicio semi incluidas o totalmente impactadas en el hueso), tratamientos de ortodoncia (frenillos), tratamientos de enfermedades periodontales (pulidos radiculares entre otros), prótesis (fijas y removibles), cirugías de las encías, cirugías para implantes y tratamientos salvo se indique lo contrario en la Solicitud-Certificado, Certificado o Condiciones Particulares.**

Este seguro no otorga cobertura en aquellos casos en que el Contratante o Asegurado tenga alguna relación o se encuentre incluido en actividades relacionadas directa o indirectamente con actividades terroristas, lavado de activos o de similar naturaleza, incluyendo, pero sin estar limitadas, a las listas o sanciones dispuestas por la oficina de control de activos extranjeros (OFAC, según sus siglas en inglés) del departamento del tesoro de los EEUU. Se excluyen de cobertura,

expresamente, aquellos siniestros y toda y cualquier pérdida relacionada directa o indirectamente con operaciones, negocios, contratos o vínculos de cualquier naturaleza con países o personas incluidas en dichas listas, o cuyo pago deba ser efectuado a personas o países designados.

Cuando sea aplicable un reembolso, si la Póliza no está vigente, por cualquier motivo, no se cubrirán o reembolsarán los gastos por tratamientos no diagnosticados ni aprobados dentro de la vigencia de la Póliza.

Prima

Prima Comercial: XXXX / US\$ XXXX

Prima Comercial + IGV: XXXX / US\$ XXX

Periodicidad de pago: XXXXX

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

Forma y Lugar de Pago de la Prima:

(Según corresponda)

Cuando se establezca pago en EFECTIVO se realizará en:

Lugar: XXX

Dirección: XX

Teléfono. XX

Cuando se establezca pago con cargo en TARJETA DE CRÉDITO o CUENTA BANCARIA del ASEGURADO TITULAR:

- El ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo mensual de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de XX reintentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos reintentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de XX nuevos intentos en la siguiente fecha de cargo, incluyendo en esta última oportunidad la prima del mes pendiente más la prima del mes en curso.

- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, la Solicitud Certificado de Seguro quedará extinguida transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO TITULAR del pago oportuno de la prima.
- 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.

Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver la solicitud-Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la solicitud-Certificado de Seguro, siempre que la solicitud-Certificado de 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 la solicitud-certificado de 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.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita, quedando la solicitud-Certificado 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. Las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establecen este derecho.

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales (durante la vigencia del contrato)

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación.

EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato.

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

Renovación Automática

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

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

Terminación del Seguro

El Seguro terminará en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) La muerte del ASEGURADO Titular. La muerte de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.**
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia. En dicho caso, 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 fecha de terminación. El cumplimiento de la edad límite de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.**
- 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.**

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

Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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 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 las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

A. EN CASO DE URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

Para casos de urgencias odontológicas, el ASEGURADO deberá comunicarse con LA COMPAÑÍA o a quien esta le de la responsabilidad, llamando al teléfono señalado en las condiciones particulares, solicitud certificado o Certificado de seguro, si es un seguro grupal.

LA COMPAÑÍA gestionará la atención en el centro odontológico de la red. El ASEGURADO deberá presentar su documento de identidad al centro odontológico al que acuda a efectos de poder ser atendido como mecanismo de identificación.

Si por fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho no hubiera disponibilidad de atención en la red en la zona geográfica y momento de la solicitud, el ASEGURADO podrá atenderse por su cuenta y solicitar el reembolso únicamente respecto de los gastos odontológicos efectivamente cubiertos por la Póliza, conforme a las condiciones, límites, porcentajes, copagos y deducibles aplicables y siempre que exista aprobación expresa de LA COMPAÑÍA de forma previa a la atención.

B. EN CASO DE CITAS PROGRAMADAS

El ASEGURADO deberá comunicarse al teléfono señalado en las Condiciones Particulares, en la solicitud, certificado o Certificado de Seguro, para programar su cita y posteriormente acudir presentando su documento de identidad.

Se verificará la vigencia de la póliza de seguro del Asegurado, las coberturas y beneficios adicionales correspondientes.

C. ATENCIÓN AL CRÉDITO

Las coberturas del presente seguro serán pagados directamente al centro odontológico preferente por LA COMPAÑÍA, conforme a los porcentajes, tarifas, copagos, deducibles y demás condiciones del plan contratado, según la prestación solicitada.

D. REEMBOLSO

El ASEGURADO solo podrá solicitar el pago vía reembolso cuando la cobertura haya sido previamente aprobada por LA COMPAÑÍA antes de la prestación del servicio y siempre que se trate de los supuestos expresamente previstos en la Póliza, incluyendo, de manera enunciativa y no limitativa, los casos de emergencia o urgencia dental contemplados en la cobertura contratada.

Para solicitar el reembolso, el ASEGURADO deberá presentar los antecedentes médicos, exámenes radiológicos, comprobantes de pago y demás documentos sustentatorios que acrediten la atención recibida, el gasto efectuado y la aprobación previa de la cobertura por parte de LA COMPAÑÍA.

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.

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.

Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o solicitar las aclaraciones y/o precisiones necesarias acerca del evento o siniestro ocurrido. Ésta se solicitará dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la COMPAÑÍA, para aprobar o rechazar el siniestro.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR

Medios habilitados para presentar consultas y/o reclamos:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

- En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de la COMPAÑÍA ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 (*).
- Escribiendo a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección <http://www.chubb.com/pe> opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente a los teléfonos 399-1212 (**)

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

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

- Detalle del reclamo.

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

Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias

- **Defensoría del Asegurado:** En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional.
- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:** Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro - Lima, Web: www.sbs.gob.pe
- **INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe.

Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que CHUBB incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

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

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

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

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

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

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

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

CHUBB se compromete a:

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

EL ASEGURADO autoriza voluntariamente el uso y tratamiento de sus datos personales (marcar con una X): Sí(☒) No (☐)

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

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

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

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero. Las obligaciones establecidas

en esta cláusula permanecerán vigentes durante la ejecución del Contrato y después de su finalización, en lo que respecta a la confidencialidad y tratamiento de los datos personales.

Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el ASEGURADO TITULAR señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la presente solicitud-Certificado de Seguro, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para esta solicitud-Certificado de Seguro.

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

Deducible o Copago

XXXX

Periodo de Carencia

XXXX

Importante

- La información contenida en esta Solicitud-Certificado de Seguro se complementa con la información en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- LA COMPAÑÍA es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- Deducibles, Franquicias o Copago: xxxx
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima antes indicada.

CARGAS

- ***El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.***
- ***Dentro de la vigencia del contrato de seguro el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.***

Fecha de emisión: XXXX

Firma Funcionario de Chubb Seguros Perú: _____

Firma ASEGURADO TITULAR: _____