Chubb Seguros Perú S.A.
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro – Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

QAPAQ
una financiera solidaria

Seguro Vida Integral Plus

Solicitud-Certificado N°:

Póliza N°: 42 – 23221
Código SBS N° VI2037200158, adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Datos de la Solicitud-Certificado	
Fecha de inicio de Vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte del Contratante: **(indicar fecha de desembolso):** _____/_____/_____	Moneda: Soles
	Fecha de fin de Vigencia:
Vigencia: Duración del crédito	
Renovación: Facultativa	

La Compañía de Seguros (La Compañía)	
Razón Social: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	RUC: 20390625007
Domicilio: Calle Amador Merino Reyna N° 267, of. 402, San Isidro, Lima	Teléfono: 417-5000
Página web: www.chubb.com/pe	Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com

Datos del Contratante/Comercializador	
Razón Social: Financiera Qapaq S.A.	
RUC: 20521308321	
Dirección: Av Pershing N°455, Urb. Country Club, Magdalena del Mar	
Teléfono: (51-1) 205-4320	Página Web: www.qapaq.com

Datos del Asegurado	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y Número de documento de Identidad:	
Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa	Relación con el Contratante: Cliente
Domicilio (Calle / N° / Distrito / Provincia / Departamento):	
Correo electrónico:	

Condiciones para ser Asegurado
Se podrán asegurar bajo esta póliza cualquier persona natural que mantenga un préstamo con el CONTRATANTE, que cumpla las siguientes condiciones: Edad Mínima de Ingreso: 18 años Edad Máxima de Ingreso: 70 años con 364 días Edad Máxima de Permanencia: 75 años con 364 días

Beneficiario Titular
EL CONTRATANTE. Este beneficio solo comprende el monto de la **deuda (sin considerar intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos)** que mantenga el ASEGURADO a la fecha del siniestro.

Beneficiarios Adicionales (*)

Este beneficio comprende la diferencia que exista entre la Suma Asegurada contenida en la Solicitud – Certificado, y el saldo insoluto de la deuda (sin considerar intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos) a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	N° de Documento	Porcentaje

(*) En caso de no designarse Beneficiario(s) Adicional(es), la indemnización se pagará a los herederos del ASEGURADO. En caso de designarse más de un beneficiario y de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización

será distribuida en partes iguales. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios Adicionales en cualquier momento, mediante comunicación escrita a la COMPAÑÍA.

Descripción del Interés Asegurado
Brindar cobertura al ASEGURADO, quien asume un crédito con el CONTRATANTE

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Natural	Monto Inicial del Crédito (sin considerar intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos), hasta un máximo de S/ 150,000 (o su equivalente en moneda extranjera) por ASEGURADO.
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	

Detalle de las Coberturas

LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de una Prima Comercial, a pagar al/los Beneficiario(S) la suma asegurada establecida en la Solicitud Certificado, cuando se produzcan los siguientes eventos en territorio nacional o internacional:

a) Muerte Natural: Fallecimiento del ASEGURADO que ocurra como consecuencia de la vejez o alguna enfermedad, siempre que estos eventos no se encuentren dentro de las exclusiones de la póliza.

b) Muerte Accidental: Fallecimiento del ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente, el cual se encuentra definido en el Artículo 1° del presente documento.

c) Invalidez Total y Permanente por Accidente: La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, en función a la modalidad de suma asegurada que haya elegido contratar el ASEGURADO (Monto Inicial o Saldo Deudor), si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia del presente documento, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente: (i) que la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el presente documento y (ii) que el seguro principal esté vigente.

La presente cobertura cubre el riesgo de Invalidez Total y Permanente por Accidente hasta por dos (2) años luego de producido un accidente cubierto bajo esta cláusula.

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 cobertura.

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

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

d) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, en función a la modalidad de suma asegurada que haya elegido contratar el ASEGURADO (Monto Inicial o Saldo Deudor), si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia del presente documento, alguna enfermedad que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente: (i) que la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el presente documento y (ii) que el seguro principal esté vigente.

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 una enfermedad cubierta por esta Cobertura.

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

LA COMPAÑÍA cubrirá el fallecimiento que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

Exclusiones

El presente seguro no tiene exclusiones.

Prima Comercial

Cálculo de la Prima Comercial:

Prima única = Prima Comercial = [Monto del Crédito x Tasa Bruta Diaria **x (Fecha Fin – Fecha Inicio) + 1] / [1 – (**Tasa Bruta Diaria **x (Fecha Fin – Fecha Inicio) +1))]**

Donde:

- **Fecha Fin:** Es la fecha de finalización del cronograma de pagos inicial.
- **Fecha inicio:** Es la fecha de inicio del cronograma de pagos inicial.
- **Monto del Crédito:** Monto Solicitado del Crédito + Monto de seguros voluntarios.

Tasa Neta Mensual (*): 0.108%
Tasa Bruta Mensual: 0.111%
(*) Aplica sólo Cargo de Emisión. No aplica IGV.

La prima comercial incluye:
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: Cincuenta punto cuarenta y nueve por ciento (50.49%)

- **Periodicidad de pago:** Prima única adelantada.
- **Forma de pago:** Cargo al crédito

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar Cobertura

1) Aviso del siniestro: Dar aviso a la COMPAÑÍA, COMERCIALIZADOR o CORREDOR DE SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario siguientes a la fecha que tomó conocimiento del suceso o del beneficio o, después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el artículo 19.11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.

2) Documentos: Posteriormente, para efectuar la Solicitud de Cobertura, se deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA, COMERCIALIZADOR o CORREDOR DE SEGUROS, según corresponda, los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada) en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

En caso de Muerte Natural:

a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder;
b) Partida o Acta de Defunción, emitida por RENIEC;
c) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por el Beneficiario;
d) Ficha Ruc y/o DNI del (los) Beneficiario(s)
e) Certificado de Defunción de ASEGURADO, emitido por el médico o personas autorizadas por la autoridad sanitaria;
f) Documento médico en el que conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad que desencadenó el fallecimiento, según corresponda.

En caso de Muerte Accidental, se deberá presentar:

a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder;
b) Partida o Acta de Defunción, emitida por RENIEC;
c) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por el Beneficiario;
d) Ficha Ruc y/o DNI del (los) Beneficiario(s)

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

En caso a la fecha de siniestro el ASEGURADO no haya indicado expresamente a los Beneficiarios Adicionales en la presente Solicitud-Certificado, a efectos de brindar la cobertura que corresponde, será necesario que los Herederos presenten, además de los documentos antes señalados en cada cobertura, según corresponda, lo siguiente:

a) Documento de Identidad del (los) Herederos ,
b) Copia Literal de la Inscripción Definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos que designe a los Beneficiarios o Herederos, según corresponda;

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se deberá presentar:

a) Documento de identidad del ASEGURADO y/o solicitante, según corresponda;
b) Atestado Policial o Parte Policial, completo, en caso corresponda;
c) Resultado de examen toxicológico (de haberse realizado);
d) Certificado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, COMAFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación);
e) Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante;
f) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE; y
g) Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, se deberá presentar:

a) Documento de identidad del ASEGURADO y/o solicitante, según corresponda;
b) Certificado de Invalidez Total y Permanente por enfermedad, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, COMAFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación);

c) Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante; y
d) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.

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 eviden cias relacionadas con el siniestro. En caso el ASEGURADO o BENEFICIARIO 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 LA COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente, información o documento, relacionado al siniestro, que estime pertinente para la calificación y liquidación del siniestro, lo cual deberá ser solicitado dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días de los que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro

La COMPAÑÍA:

1. 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 (*).
2. Comunicándose al número (51-1) 417-5000 (*).

Escribiendo al correo: 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 opción "Contáctenos" – "Solicitud Electrónica".

3. **El COMERCIALIZADOR:** En forma verbal, acercándose a cualquiera de las agencias de Financiera Qapaq (**).

(*) 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 6:30 pm y sábados de 9:00am a 1:00pm.

Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la Solicitud-Certificado, según corresponda, sin necesidad de expresión de causa ni penalidad alguna.

El derecho de arrepentimiento se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, siempre que las mismas no sean condición para contratar operaciones crediticias. En los casos precedentes, corresponde a la COMPAÑÍA la devolución total de la prima recibida.

Para estos fines, el ASEGURADO que quiera ejercer su derecho de arrepentimiento podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación de la Solicitud-Certificado.

Cuando el ASEGURADO ejerzan su derecho de arrepentimiento, la devolución de la prima se realizará en la forma indicada por éstos, y en un plazo máximo de treinta (30) días computados desde la 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 resuelta 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. El artículo 17° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida establece este derecho.

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales, (durante la Vigencia del Contrato)

El CONTRATANTE tiene derecho a ser informado sobre las modificaciones a las condiciones contractuales que le proponga la COMPAÑÍA, 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.

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.

Renovación Automática

La Solicitud-Certificado 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.

Terminación de Seguro

La Solicitud-Certificado terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

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.
c) Al vencimiento del plazo de la presente Solicitud-Certificado, en caso éste no haya sido renovado.
d) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

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.

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, pueden hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

a) En forma verbal o por escrito (carta simple) en nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 (*).
b) Escribiéndonos a: 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 opción "Contáctenos" – "Solicitud Electrónica".
c) Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 399-1212 (**).

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

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

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 y/o Consultas

- **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

Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas, electrónicas y telefónicas

Definiciones

Asegurado: Titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro. Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos según la Póliza.

Asegurado Adicional: Es el Asegurado debidamente declarado como tal en la Solicitud-Certificado, que a su vez es firmante adicional al presente seguro.

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 o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes. No se considerará como Accidente el infarto de miocardio, edema agudo, trombosis, apoplejías, congestiones, síncopes, vértigos, accidente cerebro vascular; así como los casos de negligencia o impericia médica.

Beneficiario Titular: Persona Natural o Persona Jurídica que tiene derecho a cobrar la suma asegurada (hasta el límite indicado

en la Solicitud-Certificado) tras la ocurrencia del siniestro, en las proporciones señaladas en la Solicitud-Certificado de seguro.

Beneficiario(s) Adicional(es): Las personas naturales o jurídicas designadas por el ASEGURADO en la Solicitud-Certificado. El beneficio en favor de el/los Beneficiario(s) Adicional(es) comprende la diferencia que exista entre la Suma Asegurada declarada en la Solicitud-Certificado, y el saldo insoluto de la deuda (sin considerar penalidades, comisiones y gastos) a la fecha de ocurrencia del siniestro. En caso no existiese deuda del ASEGURADO a la fecha del siniestro y la póliza se mantuviera vigente, corresponde a el/los Beneficiario(s) Adicional(es) la totalidad de la Suma Asegurada.

Capacidad de Trabajo: Capacidad del ASEGURADO para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las Normas para la evaluación y calificación del grado de Invalidez del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución No. 232-98-EF/SAFP y/o sus normas modificatorias y/o complementarias.

Contratante: persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro.

Deportes notoriamente peligrosos: 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. Ejemplos: inmersión y caza submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo, parapente, saltos al vacío desde puntos elevados, esquí acuático y sobre nieve, boxeo, rugby, futbol americano, carreras de caballo, corrida de toros y cacería de fieras.

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocida y formalizada por las entidades competentes.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una Enfermedad presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocida y formalizada por las entidades competentes.

Muerte Natural: Es el deceso del ASEGURADO por cualquier causa, con excepción de Suicidio y de lo indicado en Muerte Accidental.

Importante

1. La información contenida en esta Solicitud-Certificado es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación comunes a los seguros de Vida.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro colectivo a la Empresa de Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
3. En el caso que este seguro se comercialice a través de un comercializador, Chubb Seguros Perú S.A. se hace responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador con motivo de la comercialización de la Póliza de Seguros, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 4143-2019. Asimismo, las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a Chubb Seguros Perú S.A.
4. De igual manera, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a Chubb Seguros Perú S.A. en la misma fecha de su realización. En el caso de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
5. Los Comprobantes de Pago Electrónicos pueden ser descargados ingresando al portal: www.gosocket.net.
6. Para el caso de los Comprobantes de Pago Electrónicos emitidos a adquirientes o usuarios no electrónicos (Personas Naturales que califiquen) según las normas de Emisión Electrónica, estos se consideran otorgados, cuando sean entregados o puestos a disposición mediante una representación impresa. Dichos comprobantes se encuentran a su disposición en las oficinas de la COMPAÑÍA para proceder a su entrega según su requerimiento.

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***

Declaración

El ASEGURADO TITULAR declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida, las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita, los cuales se encuentran a su disposición en: https://www.chubb.com/pe-es/.

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 seguirán siendo de titularidad exclusiva de **CHUBB,** 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.

Fecha de Emisión: _____



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

ASEGURADO