

**Seguro Falabella - Hospitalización - Dólares**

**Solicitud-Certificado N°**

Póliza N° \_\_\_\_\_

Código SBS: AE2036410093 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

**Datos Generales de la Solicitud-Certificado**

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**

Empresa de Seguros: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros RUC: 20390625007  
 Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro Teléfono: 417-5000  
 Correo electrónico: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com) Página Web: [www.chubb.com.pe](http://www.chubb.com.pe)

**Corredor de Seguros**

Razón Social /Nombre: \_\_\_\_\_ N° de Registro \_\_\_\_\_  
 Comisión: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Contratante**

DENOMINACIÓN SOCIAL / NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUC: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION : \_\_\_\_\_ TELÉFONO : \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

**Comercializador**

DENOMINACIÓN SOCIAL / NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUC: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION : \_\_\_\_\_ TELÉFONO : \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

**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) (cuando corresponda)**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Tipo y N° Doc. Identidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Correo Electrónico:
Relación con el Contratante:	

**Requisitos de Asegurabilidad**

**Asegurado Titular**

- Edad Mínima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Permanencia: xxxx

**Asegurado(s) Adicional (es)**

- Edad Mínima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Permanencia: xxxx

**Beneficiarios**

Nombres  
 Apellido Paterno  
 Apellido Materno  
 Proporción de Participación (%)  
 Relación con el Asegurado

**Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites**

Cobertura Principal	Descripción	Sumas Aseguradas y Límites
<b>Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad</b>	<p>La COMPAÑÍA pagará el Beneficio indicado en el presente documento por cada día de 24 (veinticuatro) horas continuas de internamiento del ASEGURADO, en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 365 días por año, sin considerar convalecencia, si como consecuencia de una enfermedad o accidente haya sido necesaria su hospitalización, debidamente certificada por un médico, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO. <b>No aplica cuando el ASEGURADO se encuentre hospitalizado en cuidados intensivos.</b></p> <p>Para los efectos de esta Póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente.</p> <p>Asimismo, se considera que una misma enfermedad o accidente que sobrepase los 365 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo, en caso de renovación de la Póliza. Si la póliza termina su vigencia y no es renovada y la hospitalización del ASEGURADO continúa, no habrá interrupción de la cobertura.</p>	<p><b>Xxxx</b>                      Suma Asegurada:                      Deducible:                      Periodo de Carencia:                      N° de Eventos</p>
Coberturas Adicionales	Beneficio	Límites
xxxx	xxxx	<p><b>Xxxx</b>                      Suma Asegurada:                      Deducible:                      Periodo de Carencia:                      N° de Eventos</p>
xxxx	xxxx	<p><b>Xxxx</b>                      Suma</p>

		Asegurada: Deducible: Periodo de Carencia: N° de Eventos
--	--	--

**Exclusiones**

Quedan excluidos de cobertura de esta Póliza 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, esté o no el ASEGURADO en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia del Certificado de Seguro.
- d) Curas de Reposo.
- e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- f) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- g) Condiciones médicas pre-existentes, entendiéndose como preexistentes las definidas en el artículo de Definiciones. No se consideran pre-existentes aquellas enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de seguro idéntica a la presente póliza en la COMPAÑÍA o en otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza. Las condiciones pre-existentes recibirán el tratamiento establecido en el artículo 14° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.
- h) Exámenes médicos de rutina.
- i) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- j) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- l) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones.

**Prima comercial y forma de pago**

Prima Comercial: US\$  
 Prima Comercial + IGV: US\$

**La prima comercial incluye:**  
 Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)  
 Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)  
 Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)  
 TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

Forma de Pago: XXX  
 Periodicidad de pago: xxxxx

Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores (si fuera el caso): xxx

En caso de pago con cargo a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del asegurado:

- 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 encontrase 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 X re-intentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de X 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 quedará extinguido 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 Dólares 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.
- **Periodo de Gracia:** XXXX
- **Franquicias y Coaseguro:** XXXX
- **Deducible:** XXXX

#### Derecho de arrepentimiento

Si la presente póliza o Solicitud-Certificado 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, según corresponda, tiene derecho de arrepentimiento para resolver la póliza o Solicitud-Certificado, 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 de una nota de cobertura provisional, en el caso de seguros individuales, o la Solicitud-Certificado en el caso de pólizas grupales, siempre que la Solicitud-Certificado no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el CONTRATANTE o ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza o Solicitud-Certificado, 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 COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada, en un plazo máximo de treinta (30) días a partir del ejercicio de su derecho de arrepentimiento.

#### Derecho de resolución sin expresión de causa

El ASEGURADO TITULAR puede resolver su solicitud-certificado 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 9° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establece este derecho.

#### Aceptación de Cambios de Condiciones Contractuales (durante 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 (cuando corresponda)

El seguro se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, salvo indicación contraria en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado, según corresponda, mientras el ASEGURADO no haya cumplido la edad límite de permanencia, salvo cuando haya venido renovando el seguro de forma ininterrumpida por cinco (05) años consecutivos. La modificación se ejecutará de conformidad con el numeral 15.2 de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

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 con respecto a un ASEGURADO terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- Al cumplir el ASEGURADO TITULAR la edad límite de permanencia, salvo que, a dicha fecha el ASEGURADO haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutivas; caso contrario, la COMPAÑÍA procederá a reembolsar al CONTRATANTE/ASEGURADO TITULAR, 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, salvo que, a dicha fecha el ASEGURADO TITULAR haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva.
- Al vencimiento del plazo de la presente Póliza o de la Solicitud-certificado, sin que ésta se haya renovado por decisión del ASEGURADO TITULAR.
- Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.
- La muerte del ASEGURADO TITULAR. La muerte de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.

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

Mas alcances sobre los efectos de la resolución del contrato se encuentran señalados en el artículo sobre RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO contenido en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los seguros de asistencia médica.

#### Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

En caso de siniestro, el ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS, deberán cumplir con lo siguiente:

- Aviso de Siniestros:** Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO deberá comunicarse a LA COMPAÑÍA, al COMERCIALIZADOR y/o CORREDOR de SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes de conocida la ocurrencia del 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. En caso de incumplimiento al plazo para el aviso del siniestro le serán aplicables las sanciones previstas en el numeral 11.11 del artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los

Seguros de Asistencia Médica, según corresponda.

b) **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA, del COMERCIALIZADOR y/o CORREDOR DE SEGUROS, los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada).

- Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización; emitido por la Institución Hospitalaria
- Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias.
- Historia Clínica conteniendo los resultados de exámenes o procedimientos médicos que le hayan sido practicados al ASEGURADO durante su hospitalización.
- Documento de identidad del ASEGURADO.
- Documento de identidad de los BENEFICIARIOS, cuando corresponda.

El ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normativa vigente.

c) **Cooperación:** En caso de una solicitud de cobertura en virtud del presente seguro, el ASEGURADO no sólo procederá a dar aviso a la COMPAÑÍA, sino que adoptará y permitirá que se adopten todas las medidas que fueren razonables para reducir al mínimo las consecuencias de la enfermedad o lesión que motivó la hospitalización. Igualmente, el ASEGURADO está obligado a entregar a la COMPAÑÍA todos los recibos, facturas, resultados de exámenes y cualquier otro documento que la COMPAÑÍA considere necesario exigir con referencia a una solicitud de cobertura, lo cual deberá ser solicitado dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para aceptar o rechazar el siniestro. La documentación o información a ser solicitada dentro de dicho plazo corresponde a aclaraciones o precisiones respecto de la documentación e información presentada por el asegurado en la solicitud de cobertura.

Igualmente el ASEGURADO autoriza para que todos los médicos que lo estén atendiendo o hubiesen atendido le proporcionen a la COMPAÑÍA información sobre su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con su estado de salud. La COMPAÑÍA, a su propio costo, tendrá derecho a examinar por sus médicos a cualquier ASEGURADO inscrito en la presente póliza, y el mismo se obliga a someterse a dichos exámenes, haya habido una solicitud de cobertura o no.

d) **Pago de la Indemnización:** La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO, o a sus herederos legales si éste hubiese fallecido antes del pago, según las condiciones de la póliza, el monto establecido como Renta Hospitalaria por cada día de hospitalización hasta el límite indicado en la Póliza o Solicitud-Certificado, según corresponda, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes contados a partir de la fecha de quedar consentido el siniestro, lo que sucederá a más tardar dentro de los treinta (30) días calendarios de haber recibido la totalidad de los documentos que debe presentar con su solicitud de cobertura, si no media rechazo de la COMPAÑÍA. El pago se efectuará una sola vez al final del periodo de hospitalización, sin considerar periodo de convalecencia. La COMPAÑÍA queda automáticamente autorizada para descontar de la indemnización del siniestro las primas vencidas e impagas a la fecha de indemnización, a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO correspondiente a la cobertura corrida.

## 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 Titular:** Titular de la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella.

**Condición Médica Preexistente:** Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.

**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. (Definición aplicable para las coberturas adicionales).

**Enfermedad:** Cualquier alteración de la salud del ASEGURADO que le ocasione reducción de su capacidad funcional y de la cual se origina un diagnóstico que la define, certificado por un médico durante la vigencia de la Solicitud-Certificado.

**Hospitalización:** Internamiento de una persona en una institución hospitalaria como paciente interno por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas continuas bajo la supervisión de un médico autorizado.

**Institución Hospitalaria:** Establecimiento legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos: a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería. **Para los efectos de esta Póliza no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**

**Lesión Accidental:** Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico, sufrido por el ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza y que sea base para una solicitud de cobertura de acuerdo a los términos de esta Póliza.

**Ocupación o Actividad de 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. (Definición aplicable para las coberturas adicionales).

**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 póliza.

**Renta Hospitalaria:** Corresponde a la indemnización pagadera por cada veinticuatro (24) horas continuas de hospitalización de un ASEGURADO en una Institución Hospitalaria a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta Póliza y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares.

#### Solicitud Fraudulenta

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO o BENEFICIARIO perderá todo derecho previsto en esta Póliza en los siguientes supuestos:

- Si el ASEGURADO o BENEFICIARIO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.
- Si en cualquier tiempo, el ASEGURADO o BENEFICIARIO y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con representación o con conocimiento del ASEGURADO o BENEFICIARIO, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una reclamación o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
- Si la pérdida o daño ha sido causado voluntariamente por el ASEGURADO o BENEFICIARIO de los derechos de Indemnización, o con su complicidad o con su consentimiento.

#### Mecanismos de comunicación

Comunicación física, electrónica y telefónica.

#### Importante

- 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.
- 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 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.
- 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.

#### 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.*

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

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

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

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

(\*) Horario de Atención: XXXX

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

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

#### 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 puede 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: (01) 200-1930 en Lima o 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).

### Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, 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 la COMPAÑÍA comunique sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe). LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

El ASEGURADO acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por LA COMPAÑÍA para realizar estudios estadísticos y de siniestralidad, remitir información sobre sus 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 la COMPAÑÍA.

Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas o terceros con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

El ASEGURADO AUTORIZA: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (marcar con una X)

EL ASEGURADO manifiesta que tiene conocimiento sobre sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignado nombre y apellidos, tipo y número de documentos de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com).

La COMPAÑÍA 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.

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.

### Declaraciones

El ASEGURADO declara haber recibido y tomado conocimiento directo de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y Resumen Informativo, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato. Sin perjuicio de ello, el ASEGURADO declara que ha sido informado de que puede acceder a los citados documentos en nuestra página web: <http://www.chubb.pe>.

Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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

O (51) 417-5000  
[www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

Chubb Seguros Perú S.A.

ASEGURADO