



Seguro de Accidentes

Certificado N° XXXX

Código SBS AE2036100025. Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza No: \_\_\_\_\_

#### Datos Generales del 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  
Moneda: S/. US\$  
Corredor: Cód. SBS N°: XXXX  
Comisión:

#### Compañía de Seguros (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](mailto:atencion.seguros@chubb.com) Página Web: <http://www.chubb.com/pe>

#### Contratante

Nombres y Apellidos/ Denominación o Razón Social:  
Tipo y N° Doc. Identidad:

Fecha de Nacimiento:  
Dirección: Distrito:  
Provincia: Departamento:  
Teléfono: Correo Electrónico:

#### Comercializador

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:	Tipo y N° Doc. Identidad:
Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Correo Electrónico:
Relación con el Asegurado Titular:	

## 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

<u>Nombres</u>	<u>Apellidos Paterno</u>	<u>Apellido Materno</u>	<u>% de Capital</u>	<u>Relación con el Asegurado</u>
----------------	--------------------------	-------------------------	---------------------	----------------------------------

## Descripción del Interés Asegurado

Proteger al ASEGURADO contra el riesgo de fallecimiento por causa de un accidente.

## Coberturas

<b>Cobertura Principal</b>	<b>Suma Asegurada</b>	
• Muerte Accidental	US\$	S/
• Invalidez Total y Permanente por Accidente	US\$	S
<b>Coberturas Adicionales (Dependiendo del Plan contratado)</b>		
• XXXX	US\$	S/

## Descripción de las Coberturas

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

Este seguro cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de LA COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.

Para tales efectos, se considera accidente lo indicado en el rubro de Definiciones.

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

Las coberturas provistas bajo esta Póliza serán efectivas las 24 horas del día, los 365 días del año y en cualquier parte del mundo.

**Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su invalidez permanente siempre que su causa fuera un accidente amparado por la Póliza y siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas se manifiesten a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente, la COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez permanente, basándose en la tabla de indemnizaciones incorporada en el Anexo A que forma parte de la Póliza.

Las coberturas provistas bajo esta Póliza serán efectivas las 24 horas del día, los 365 días del año y en cualquier parte del mundo.

## Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura indicada, los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a. Suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.
- b. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil, o las que ocurran como consecuencia de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o guerra.
- c. Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d. Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e. Por acto delictivo cometido por el beneficiario o heredero contra el ASEGURADO, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al beneficiario excluido.
- f. Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de vehículos motorizados (automóviles, motocicletas, lanchas o avionetas).
- g. Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, en los términos señalados en el artículo de definiciones de este condicionado.
- h. Participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- i. Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- j. La práctica de deportes peligrosos: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, box, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros y cacería de fieras.

- k. El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión o similares, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
- l. Desempeñarse como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, y asimismo como empleado de una aerolínea que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- m. Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.
- n. Estado etílico del ASEGURADO, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente, o cuando el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de drogas o estupefacientes. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de un accidente de tránsito, así como el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje.
- o. En estado de sonambulismo, insolación o congelación.
- p. Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
- q. Los denominados "accidentes médicos": apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos.
- r. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan; vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- s. Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
- t. Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- u. Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

## Prima

**Prima Comercial:** XXXX / US\$ XXXX

**Prima Comercial + IGV:** XXXX / US\$ XXX

La prima comercial incluye:

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

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

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

**Periodicidad de pago:** XXXXX

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

**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 **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, el 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 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 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 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 su contratación.

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 el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita quedando el 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 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece 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.

La renovación se registrará por lo dispuesto en el artículo 14.2. de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

### Terminación del Seguro

El 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. 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.

### Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

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

1) **Aviso del siniestro:** Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

2) **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

#### Para la cobertura de Muerte Accidental:

- a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerlo físicamente;
- b. Partida o Acta de Defunción, emitida por RENIEC;
- c. Certificado Médico de Defunción completo, emitido por el MINSA;



d. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;

e. Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo emitido por la Policía Nacional del Perú, según corresponda;

f. Protocolo de Necropsia Clínica o Médico Legal completo, cuando haya sido dispuesto por la autoridad competente y el documento se haya emitido por las entidades sectoriales correspondientes;

g. Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, cuando haya sido dispuesto por la autoridad competente y el documento se haya emitido por las entidades sectoriales correspondientes..

**Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:**

a. Documento de identidad del ASEGURADO;

b. Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente, si es que se indicara, y sus consecuencias conocidas o probables.

c. Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez, otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa y del Interior y el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir este tipo de documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse mediante la declaración judicial correspondiente, conforme a las disposiciones legales vigentes.

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

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

**Información Adicional**

**Lugares autorizados para solicitar la cobertura:**

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR

**Medios habilitados para presentar consultas y/o reclamos y/o para recibir orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro:**

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

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

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](http://www.defaseg.com.pe) Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional.
- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:** Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro - Lima, Web: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)
- **INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe).

#### 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 con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe), respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

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.

## Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el ASEGURADO TITULAR señalan como sus domicilios el que aparece registrado en el Certificado, 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 este Certificado.

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.

## Definiciones

**Para los efectos de esta Póliza se entiende por:**

**Accidente:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

**Asegurado:** Concepto referido tanto al Asegurado Titular como al Asegurado Adicional

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

**Asegurado Adicional:** Es el cónyuge o conviviente, descendientes o ascendientes del Asegurado Titular, detallados en la Solicitud de Seguro, que se acoge a las coberturas de la póliza, según corresponda.

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

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

**Miembro:** Se refiere a las manos, brazos, pies y piernas.

**Pérdida Total:** Se entiende por pérdida total al cercenamiento (eliminación) o a la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

**Pérdida Funcional:** Es la ausencia de capacidad de función fisiológica del o de los órganos afectados, pudiendo estar o no implicado el aspecto anatómico del órgano o del miembro comprometido. Será absoluta si involucra la pérdida de toda capacidad de función.

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

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

**Deducible (cuando corresponda)**

XXXX

**Periodo de Carencia (cuando corresponda)**

XXXX

**Importante**

- La información contenida en este Certificado se complementa con las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- 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.
- 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.
- Este Certificado forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

**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: \_\_\_\_\_

**ANEXO A**  
**TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida: 100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total permanente. 100%
Pérdida total de los 2 ojos: 100% Pérdida total de 2 o más miembros: 100% Pérdida total de 1 ojo y de 1 miembro: 100%
Pérdida total de 1 ojo: 50% Pérdida total de 1 miembro: 50%

**Disposiciones:**

**A.1** Por la pérdida de varios miembros u órganos la indemnización total no podrá exceder del 100% de la suma asegurada indicada en el presente documento.

**A.2** Asimismo, el total de indemnizaciones por uno o más accidentes ocurridos durante el periodo de cobertura de este seguro, no podrán en ningún caso, exceder del 100% de la suma asegurada.