

Seguro Solidario

Solicitud-Certificado N° _____

Póliza N° 31-171759

Código SBS: AE2036100025 Adecuado a la Ley 29946 y sus Normas Reglamentarias

Datos Generales de la Solicitud-Certificado:					
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte del CONTRATANTE					
Fin de vigencia: Fecha en la que culmina el cronograma del crédito emitido por el CONTRATANTE					
Renovación: Facultativa			Vigencia: Según plazo del crédito.		
Compañía de Seguros (LA COMPAÑÍA)					
Nombre: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros			Teléfono: (51-1) 417-5000		
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Oficina 402, San Isidro, Lima					
Correo electrónico: atención.seguro@chubb.com					
RUC: 20390625007			Página Web: www.chubb.com/pe		
Contratante/Comercializador					
Nombre: FINANCIERA QAPAQ S.A.			RUC: 20521308321		
Dirección: Av. Pershing N°455, Urbanización Country Club Lima - Magdalena del Mar			Teléfono: (01) 205-4320		
Datos del Asegurado					
Apellidos y Nombres:			Documento de Identidad:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:			Distrito:		
Provincia:	Departamento	Teléfono:	Correo electrónico	Relación con el Contratante: Cliente	

Beneficiarios para las Coberturas de Muerte Accidental: (*)

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Relación con el Asegurado	Porcentaje	Fecha de Nacimiento	Número de Documento

(*) A falta de beneficiarios designados, la COMPAÑÍA pagará los beneficios a los herederos legales del ASEGURADO en partes iguales.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Reembolso de Gastos Médicos por Accidente el Beneficiario es el ASEGURADO.

Requisitos para ser Asegurados: Ser titular de créditos de consumo otorgado por el CONTRATANTE y encontrarse entre los 18 y 74 años con 364 días; pudiendo permanecer asegurados hasta los 80 años con 364 días.

COBERTURAS DEL SEGURO Y SUMAS ASEGURADAS		
Muerte Accidental: Hasta S/ 15,000.00	Invalidez Total y Permanente por Accidente: Hasta S/15,000.00	Reembolso de Gastos Médicos por Accidente: Hasta S/1,500.00
BENEFICIOS DEL SERVICIO DE ASISTENCIAS: MULTIASISTENCIA FUNERARIA		
Detalle de Servicios	Monto Máximo por atención	Máximo de atenciones por año
Evaluación Inicial Presencial con Fisioterapeuta	100% Servicio	01 atención
Servicio de envío de Técnica en Enfermería a domicilio para cuidado del paciente derivado de un accidente.	Copago de S/ 35.00 por evento	01 atención
Orientación Psicológica telefónica	100% Servicio	02 atenciones
Servicio de traslado en ambulancia por urgencia médica las 24 horas los 365 días del año	Hasta S/ 250	01 evento
Orientación médica telefónica las 24 horas los 365 días del año	100% Servicio	Sin límite
Asistencia de Sepelio:	100% Servicio Monto máximo Servicio Funerario S/1,200.00	Evento único
- Asistencia del directorio funerario		
- Gestión de trámites generales de sepelio		
- Traslado e instalación del servicio		
- Maquillaje y arreglo estético del fallecido		
- Tratamiento de conservación del cuerpo		
- Ataúd de madera modelo imperial		
- Capilla ardiente		
- Traslado féretro en carroza		
Mediante la suscripción del presente documento el ASEGURADO Titular acepta la contratación del SEGURO previo brindado por Chubb Seguros Perú S.A y el servicio de ASISTENCIA descrito al final del presente documento, brindado por VDR Asistencias S.A.C.		

Descripción del Riesgo Asegurado

Cubrir al CONTRATANTE o ASEGURADO en caso de eventos accidentales.

Contraprestación Total

Prima Comercial Mensual Chubb: S/5.99

Total a pagar: [(Prima Comercial Mensual Chubb + IGV) + (Contraprestación Mensual VDR + IGV)]: **S/ 8.00**

Prima Comercial Mensual Chubb + IGV: S/ 7.07

Lugar y forma de pago: Con cargo al crédito.

Contraprestación Mensual VDR: S/ 0.79

Contraprestación Mensual VDR + IGV: S/ 0.93

Pago de la Contraprestación

El cálculo se realizará multiplicando [(Prima Comercial Mensual Chubb + IGV) + (Contraprestación Mensual VDR + IGV)], en la moneda que corresponda, por el número de meses que dure el contrato de crédito (mínimo 12 meses).

El ASEGURADO autoriza al CONTRATANTE a realizar el cargo correspondiente e incluir la contraprestación de este producto en el crédito desembolsado.

El ASEGURADO manifiesta en forma expresa su intención de contratar este producto de forma voluntaria y que ha tomado conocimiento de los alcances del seguro y el servicio de asistencia que adquiere, así como la prima y contraprestación, respectivamente, a pagar.

Riesgos Cubiertos

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 el presente documento, 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 Permanente por Accidente: Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su invalidez total y permanente siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por el presente documento y siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas se manifiesten a más tardar dentro de los dos (02) años de producido el accidente, la COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente como porcentaje, al grado de invalidez basándose en la siguiente tabla de indemnizaciones:

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%

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.

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.

Reembolso por Gastos Médicos por Accidente: En caso que el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, ya sea que este haya ocurrido en territorio nacional o internacional, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO hasta el límite de la suma asegurada, por los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación y que sean incurridos dentro del plazo de 30 días calendarios contados desde la fecha de ocurrencia del accidente. **La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO siempre y cuando las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones y siempre que el ASEGURADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro seguro. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro seguro, y los gastos no cubiertos por dicho seguro, serán reembolsados por la COMPAÑÍA hasta el límite de la suma asegurada.**

Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del presente documento, siempre que el seguro no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver su Contrato de Seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. En caso el ASEGURADO ejerza su derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes.

Exclusiones

Para las coberturas de Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Queda excluido de la cobertura de este seguro el fallecimiento del ASEGURADO o las lesiones en que éste sufra a consecuencia de, en relación a, 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.
- c) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Por acto delictivo cometido por el beneficiario o heredero contra el Asegurado, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al beneficiario excluido.
- f) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- g) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, en los términos señalados en el artículo de "Definiciones" de este documento.
- i) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en competencias profesionales; remuneradas en cualquier forma, u otras actividades deportivas similares.
- j) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión o similares, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
- k) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación, asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- l) Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.
- k) 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.
- l) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- m) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- n) Las consecuencias de hernias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.
- o) Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o, ASEGURADO o el BENEFICIARIO.

Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:

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

- a) Lesiones preexistentes al momento de contratar la póliza. Se entiende por preexistencia, entendida como 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 firma de este documento.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Radiación nuclear.
- d) Participación activa del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.
- f) Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- g) Intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- h) Participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- i) Práctica de los siguientes deportes de alto riesgo: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.
- j) Durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca y miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- k) Bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes.

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Si ocurriera un suceso que diera lugar a solicitar la cobertura bajo esta Póliza, el ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán:

- I) **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.
- II) **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberán presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o comercializador los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS podrán 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 contar con el mismo;
- b) Partida o Acta de Defunción, emitida por RENIEC;
- c) Certificado Médico de Defunción completo, emitido por MINSA;
- d) Documento de identidad de los BENEFICIARIOS o Herederos Legales, según corresponda;
- e) Copia Certificada del Informe Policial Completo, emitido por la Policía Nacional del Perú, según corresponda;
- f) Protocolo de Necropsia completo, cuando haya sido dispuesto por la autoridad competente y el documento se haya emitido por las entidades sectoriales correspondientes; y
- 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.

Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:

- a) Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;
- b) Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.
- c) En el caso de accidentes de tránsito en los que el ASEGURADO sea el conductor del vehículo, resultado de Dosaje Etílico;
- d) Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.

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

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

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

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al 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.

Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias

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

Terminación del Seguro

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

- a) La muerte del ASEGURADO Titular.
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia. En dicho caso, la COMPAÑÍA procederá a reembolsar al ASEGURADO la prima en función al periodo no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la fecha de terminación.
- 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.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR (ver información de la COMPAÑÍA y el COMERCIALIZADOR en la primera hoja de este documento).

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:

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

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

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

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

Importante

- La información contenida en esta Solicitud-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.
- 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.
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima antes indicada.
- La presente Solicitud-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.
- Los Comprobante de Pago Electrónicos, emitidos a Personas Jurídicas, pueden ser descargados ingresando al portal: www.gosocket.net.**
- 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.**

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

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

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

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.

Derecho de Resolver el Contrato sin Expresión de Causa

El ASEGURADO 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 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales

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.

Medios de Comunicación Pactados

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

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para esta Solicitud-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.

Autorización para 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 la presente póliza en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

El ASEGURADO entiende que la COMPAÑÍA puede comunicar sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado. 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, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

EL ASEGURADO AUTORIZA: SI _____
(MARCAR CON UNA X LA OPCION ELEGIDA)

NO _____

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.

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.

Fecha de emisión: _____



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

EL ASEGURADO

Condicionado General del Servicio de Asistencia

Este beneficio es gestionado y operado por la empresa VDR ASISTENCIAS SAC con domicilio en la Cal. Mayor Armando Blondet Nro. 217 Dpto. 301, a quien en adelante se denominará VDR.

Chubb Seguros Perú S.A no es responsable por cualquier daño o perjuicio que pudiera derivarse de la idoneidad del servicio que ofrece la empresa VDR.

Territorio:

El servicio de se proporciona en cualquier parte del territorio del Perú.

Límites de Edad para el Asegurado Afiliado:

- Edad Mínima de Ingreso: 18 años.
- Edad Máxima de Ingreso: 74 años y 364 días.
- Edad Máxima de Permanencia: 80 años y 11 meses y 364 días.

1. **Evaluación Inicial Presencial con Fisioterapeuta:** Este servicio tiene como fin mantener, recuperar, habilitar y potenciar el movimiento corporal humano, el que se altera por factores genéticos, congénitos u traumatológicos, viéndose afectado los sistemas musculoesquelético, neurológico, respiratorio y cardiovascular, contemplándolo con el uso de agentes físicos (ondas sónicas, laser, ondas de choque, electroestimulación, hidroterapia, calor, frío, entre otros) recuperando el movimiento funcional y mejorando la calidad de vida de las personas de toda edad. El servicio se brindará de lunes a viernes y cuenta con **1 evento al año**, para ello deberá comunicar a nuestra **central telefónica (01) 476-1610**, el Afiliado deberá presentar al Fisioterapeuta su informe médico tratante donde se señale el diagnóstico de la terapia a realizar. El tiempo máximo por sesión es de **45 minutos**. El servicio se brindará según disponibilidad teniendo como horario máximo de atención el sábado hasta el mediodía. Los servicios para brindar son los siguientes:

Terapia por parálisis corporal (parálisis de la mitad inferior del cuerpo, que afecta a ambas piernas = Paraplejía.
La parálisis que afecta los brazos y las piernas = Cuadriplejía.
Terapia física en miembros superiores o inferiores.
Terapia física de tobillo, muñeca o rodilla.
Terapia Facial o por parálisis facial.

2. **Servicio de envío de Técnica en Enfermería a domicilio para cuidado del paciente derivado de un accidente:** VDR Asistencias brindará el servicio de Técnica en Enfermería a domicilio destinado solo al cuidado post operatorio a consecuencia de un accidente. Este servicio se limita solo al cuidado del paciente. El periodo de cuidado es de 02 horas por evento. El servicio se encuentra sujeto a un Copago de S/ 35.00 por evento con un beneficio de 1 evento al año. Para solicitar el servicio el Afiliado deberá comunicarse a la central de VDR Asistencias (01) 476-1610 de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm.
3. **Orientación psicológica telefónica:** Servicio operativo en un rango horario de 09:00 am a 06:00 pm, tiene como finalidad brindar respuestas a las inquietudes y consultas efectuadas por los afiliados en cualquier edad (niños, adultos y adultos mayores) según su estado y condición psicológica actual. El servicio se prestará solo como orientación o guía, el profesional médico en línea que brinda el servicio en ningún momento dará un diagnóstico definitivo, recetará medicamentos, ni asegurará la duración del proceso. El servicio se brindará de lunes a viernes y cuenta con 2 eventos al año, para ello deberá comunicar a nuestra central telefónica (01) 476-1610.
4. **Servicio de traslado en ambulancia por urgencia médica las 24 horas, los 365 días del año:** se brindará 1 evento por año en caso de urgencia médica y que impida la movilización del Afiliado **hasta un monto máximo del servicio de S/ 250.00 por evento**. Este servicio se dará vía terrestre, brindando solo el traslado del afiliado al recinto hospitalario que sea solicitado por este, VDR Asistencias no se responsabiliza por los gastos adicionales que surjan durante el traslado, así como el gasto adicional que ocasione en el nosocomio el afiliado. El servicio de ambulancia estará circunscrito a las zonas urbanas de las principales ciudades del país. Para solicitar el servicio deberá llamar a la central telefónica (01) 476-1610 disponible las 24 horas los 365 días del año. Es importante que para hacer uso del servicio el afiliado tiene que haber realizado las coordinaciones previas con el centro de salud a donde se va a trasladar el afiliado.
5. **Orientación médica telefónica as 24 horas los 365 días del año:** Servicio operativo las 24 horas al día los 365 días del año, tiene como finalidad brindar respuestas a las inquietudes y consultas efectuadas por los afiliados en cualquier edad (niños, adultos y adultos mayores) según su estado y condición física actual, en búsqueda de soluciones a su enfermedad, dolencia, signo o síntoma, pudiendo llegar a brindar al afiliado un diagnóstico presuntivo de lo detallado por él mismo

(triaje médico) evaluando riesgos y posibles complicaciones del afiliado para poder así llegar a realizar la derivación correspondiente como: utilización de medios físicos, derivación de consultas ambulatorias por medicina general/especialidades, servicios de ambulancia por urgencia médica, servicios domiciliarios (enfermera, médico, fisioterapeuta) entre otros. El servicio se prestará solo como orientación o guía, el profesional médico en línea que brinda el servicio en ningún momento dará un diagnóstico definitivo, recetará medicamentos, ni asegurará la duración del proceso de la enfermedad o molestia al afiliado vía telefónica. El servicio se brindará las 24 horas los 365 días del año para ello deberá comunicar a nuestra central telefónica (01) 476-1610.

6. **Asistencia de Sepelio:** El servicio asistencia sepelio cubre el fallecimiento por accidentes personales. El servicio se encuentra activo las 24 horas del día los 365 días del año. Para hacer uso del servicio el Representante del familiar fallecido deberá comunicarse a la central telefónica (01) 226-0657 en un plazo no mayor a las 24 horas ocurrido el deceso o antes de la contratación de forma particular de los servicios funerarios. **El monto máximo de la Asistencia de Sepelio es de S/ 1,200.00 por única atención.** Para activar el servicio, los documentos a presentar son: Copia de DNI del afiliado titular fallecido - Certificado de Defunción.

6.1 Servicios Ofrecidos:

- Asistencia del director Funerario: El director Funerario es la persona encargada de Asistir a las personas que fallecieron y de las coordinaciones con los familiares. Su trabajo es asesorar, ayudar a los familiares y seres queridos en realizar las coordinaciones del funeral. Es responsable de comunicarse con la familia para organizar todos los aspectos, desde el día y la hora del retiro del fallecido, homenaje o funeral, hasta el día y hora del traslado al cementerio.
- Gestión de trámites generales de sepelio: El servicio consiste en la Gestión de los trámites como inscripción de fallecimiento en la RENIEC (Acta de Defunción), coordinación del Certificado de Embalsamamiento, cuando la velación pase las 48 horas de velación.
- Traslado e instalación del servicio: El servicio consiste en el traslado e instalación del servicio, donde el familiar del fallecido indique, teniendo en cuenta que tiene que ser dentro los límites de su localidad. Se parte desde el lugar del fallecimiento hasta el lugar de velación o complejo funerario y luego hasta el camposanto o crematorio. El servicio es a nivel nacional.
- Maquillaje y arreglo estético del fallecido: Con ello se busca que lo que se recuerde sea a la persona y sus rasgos vitales. Tal como cuando estaba entre nosotros.
- Tratamiento de conservación del cuerpo: El servicio consiste en realizar arreglos en el cuerpo, cuya finalidad es dejarlo lo más natural posible, bien sea de forma temporal o definitiva, para ello se utiliza una serie de técnicas y herramientas apropiadas, se empieza por la desinfección para frenar la descomposición del cuerpo y se termina con el maquillaje al difunto.
- Ataúd de madera modelo imperial: Se proporcionará el ataúd (modelo imperial) tamaño estándar, en la que se deposita el difunto para protegerlo, la cual sirve para el transporte y entierros respectivos. La finalidad es proteger el cuerpo del entorno, para que sus restos no se dispersen. Demostrando consideración y respeto hacia al difunto.
- Traslado e Instalación del Servicio (capilla ardiente): El servicio consiste en armar la capilla ardiente donde consiste se coloca dos filas de lámparas eléctricas, en medio el ataúd con el occiso, la alfombra, un manto, un Cristo y un reclinatorio. Estos elementos suelen darse en velatorios católicos o protestantes.
- Traslado del féretro en carroza: El servicio consiste en brindar un vehículo que sirve para transportar el ataúd que contiene los restos mortales de una persona, el cual realiza un trayecto desde el sitio de velación o complejo funerario y luego hasta el camposanto o crematorio.

6.2 Cobertura del Servicio Asistencia de Sepelio:

La ASISTENCIA DE SEPELIO aplica SÓLO APLICA EN CASOS DE ACCIDENTES PERSONALES, teniendo el monto máximo del servicio de hasta S/ 1,200.00. Para hacer uso del servicio, se debe llamar al (01) 226 – 0657.

6.3 Obligaciones del Afiliado para la Asistencia de Sepelio:

En caso de necesitar hacer uso de LA ASISTENCIA DE SEPELIO, antes de iniciar cualquier acción, el Representante Familiar deberá llamar a la central de VDR (01) 226-0657. Se deben brindar los siguientes datos:

- a) Nombre del Afiliado Titular fallecido y número de DNI
- b) Fecha de fallecimiento
- c) Nombre del Representante familiar
- d) Indicar el número telefónico donde se le puede contactar y parentesco
- e) Datos del lugar donde se encuentre el fallecido
- f) Causa de la muerte
- g) Contar con el Certificado de Defunción

6.4. Obligaciones del Afiliado para las demás Asistencias:

En caso de necesitar hacer uso de las demás Asistencias (no sepelio), antes de iniciar cualquier acción, el asegurado deberá llamar a la central de VDR (01) 476-1610.

Se deben brindar los siguientes datos:

- Nombre del Afiliado Titular o Asegurado Adicional
- DNI

6.5. Exclusiones del Servicio de Asistencia:

- VDR ASISTENCIAS no brinda reembolsos, cuando el representante familiar lo gestiona y coordina de manera particular la contratación del servicio funerario.**
- Fallecimiento ocurrido en el extranjero.**
- Cuando la muerte haya sido producto de un delito.**
- Cuando el Representante familiar no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el evento, o bien incurra en falsedad de declaraciones.**
- Quedan excluidas las que sean consecuencia directa o indirecta de actos de guerra, invasión, hostilidad, rebelón, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares.**
- Enfermedades preexistentes.**

IMPORTANTE

TODOS LOS TRAMITES se deben coordinar siempre directamente con VDR ASISTENCIAS, no se aceptarán solicitudes de reembolso de gastos realizados, cuando el afiliado realiza el servicio de forma particular.

- El servicio será prestado a través de la Red Asistencial de VDR ASISTENCIAS, mediante nuestra Central Telefónica (01) 476-1610 y la línea (01) 226 0657 PARA LA ASISTENCIA DE SEPELIO según los procedimientos señalados en los numerales 6.3 y 6.4.
- El Cliente Beneficiario declara que antes de su aceptación ha tomado conocimiento directo de todos los artículos del presente Certificado y Condicionado General.
- Confirmada la hora del servicio por VDR, el Afiliado tiene el periodo máximo de una hora para poder cancelarlo comunicándose a la CENTRAL TELEFÓNICA (01) 476-1610 y la línea (01) 226 – 0657 PARA LA ASISTENCIA DE SEPELIO, caso contrario, se considerará como un evento ejecutado y realizado, descontándose del número de eventos máximos.

PROCEDIMIENTO PARA LA ACTIVACION DE LOS SERVICIOS

Los servicios deberán ser solicitados a través del número de asistencia (01) 226 – 0657 PARA LA ASISTENCIA DE SEPELIO y la CENTRAL TELEFÓNICA (01) 476-1610 para los demás servicios de asistencias. Ambos servicios se encuentran disponible de lunes a viernes de 09:00 a.m. a 06:00 p.m.

- El Afiliado se comunicará a la central de operaciones de VDR Asistencias, para solicitar cualquiera de los ítems de la asistencia antes mencionadas.
- Toma de información y solicitud de servicios por parte de un agente de la central de operaciones.
- Verificación de requisitos necesario para prestación de la asistencia.
- Realización de triaje médico telefónico para determinar qué asistencia será necesaria para el Afiliado. Esto no aplica para la Asistencia de Servicio Funerario.

5. Obligaciones de VDR:

- Brindar los servicios en forma directa o a través de terceros bajo su propia responsabilidad, únicamente se brindará los servicios de asistencia contratados y que se detallan en la solicitud-certificado de acuerdo al producto.
- Brindar una rápida y apropiada atención de los servicios de asistencia que requieran en virtud de los planes contratados y detallados al final de estas condiciones generales.