

Seguro de Desgravamen

Solicitud-Certificado de Seguro N°

Póliza N° 44 - 276980

Código SBS: VI2037410010. Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima	Teléfono: (51-1) 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

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

Tipo de Crédito
Individual

Asegurado
Nombre completo:
DNI:
Dirección:
Relación con el Contratante: Prestatario

Beneficiarios
La COMPAÑÍA pagará el saldo deudor del crédito al CONTRATANTE, como único Beneficiario, de acuerdo a los términos y condiciones de la presente Solicitud-Certificado.

Edad Máxima de Ingreso y de Permanencia
• Edad mínima de ingreso: 18 años. • Edad máxima de ingreso: 70 años y 364 días. • Edad máxima de permanencia: 75 años y 364 días.

Vigencia del Seguro
La cobertura del seguro inicia desde el momento en que el crédito ha sido desembolsado al ASEGURADO, hasta la fecha pactada para cancelación del crédito según cronograma inicial de pagos.

Descripción del Interés Asegurable
Cubrir el fallecimiento y la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, quien asume un crédito con el CONTRATANTE.

Coberturas (*)	Sumas Aseguradas
Muerte Natural	El Saldo Insoluto del crédito al momento del siniestro (no incluye intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos); hasta un máximo de S/150,000 (o su equivalente en moneda extranjera) por Asegurado. El límite máximo asegurable aplica para la sumatoria de una o varias Solicitudes-Certificado de este tipo de producto adquiridas por el mismo ASEGURADO.
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	

(*) Las coberturas son excluyentes entre sí.

Seguro de Desgravamen

Solicitud-Certificado de Seguro N°

Póliza N° 44 - 276980

Código SBS: VI2037410010. Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima	Teléfono: (51-1) 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe
Datos del Contratante/Comercializador	
Razón Social: Financiera QAPAQ S.A.	RUC: 20521308321
Dirección: Av. Pershing N°455, Urb. Country Club, Magdalena del Mar, Lima, Lima	Página Web: www.qapaq.pe
Teléfono: (51-1) 205 - 4320	
Tipo de Crédito	
Individual	
Asegurado	
Nombre completo:	
DNI:	
Dirección:	
Relación con el Contratante: Prestatario	
Beneficiarios	
La COMPAÑÍA pagará el saldo deudor del crédito al CONTRATANTE, como único Beneficiario, de acuerdo a los términos y condiciones de la presente Solicitud-Certificado.	
Edad Máxima de Ingreso y de Permanencia	
• Edad mínima de ingreso: 18 años. • Edad máxima de ingreso: 70 años y 364 días. • Edad máxima de permanencia: 75 años y 364 días.	
Vigencia del Seguro	
La cobertura del seguro inicia desde el momento en que el crédito ha sido desembolsado al ASEGURADO, hasta la fecha pactada para cancelación del crédito según cronograma inicial de pagos.	
Descripción del Interés Asegurable	
Cubrir el fallecimiento y la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, quien asume un crédito con el CONTRATANTE.	
Coberturas (*)	Sumas Aseguradas
Muerte Natural	El Saldo Insoluto del crédito al momento del siniestro (no incluye intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos); hasta un máximo de S/150,000 (o su equivalente en moneda extranjera) por Asegurado. El límite máximo asegurable aplica para la sumatoria de una o varias Solicitudes-Certificado de este tipo de producto adquiridas por el mismo ASEGURADO.
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	

(*) Las coberturas son excluyentes entre sí.

Detalle de Coberturas

- **Muerte Natural o Accidental:** En caso de muerte natural o muerte accidental del ASEGURADO durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará al CONTRATANTE la suma asegurada aquí establecida; siempre que EL ASEGURADO no hubiere superado la edad máxima de permanencia.
La Muerte Natural es el deceso del ASEGURADO por cualquier causa, con excepción de Suicidio y la Muerte Accidental.
Se considera muerte accidental la producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre el ASEGURADO, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (01) año luego de producido un accidente cubierto bajo esta Póliza. 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. La COMPAÑÍA cubrirá el fallecimiento que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.
- **Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:** La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, si el ASEGURADO sufriera alguna enfermedad que fuera la causa de su Invalidez Total y Permanente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente:
 - (i) que la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en la Solicitud-Certificado;
 - (ii) que la cobertura principal esté vigente.
- **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, si el ASEGURADO sufriera algún accidente que fuera la causa de su Invalidez Total y Permanente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente:
 - (i) que el accidente que da origen a la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia,
 - (ii) que la cobertura principal esté vigente.Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia de las lesiones originadas por un accidente. La COMPAÑÍA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

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 o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como Accidentes los llamados “accidentes médicos” tales como infarto de miocardio, edema agudo, trombosis, ataque epiléptico, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, accidente cerebro vascular; así como los casos de negligencia o impericia médica. Tampoco será considerado como Accidente aquellos sucesos originados como repercusión o como consecuencia de eventos, episodios o crisis de estos llamados “accidentes médicos”.**

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

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

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

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

Saldo Deudor: Es el capital que el ASEGURADO adeuda al CONTRATANTE. También llamado Saldo Insoluto. Salvo

estipulación en contrario, **no incluye intereses compensatorios, moratorios, portes, omisiones u otros gastos.**

Prima Comercial y Forma de Pago

Tasa Comercial Mensual por Crédito

Tasa Neta Mensual: 0.128%.

Tasa Bruta Mensual: 0.132%.

Cálculo de la Prima Comercial:

Prima Comercial = {Monto Inicial del Crédito x Tasa Bruta Mensual x [(Fecha Fin – Fecha Inicio) + 1] x (Factor de Financiamiento – Factor de Descuento) + Factor de Financiamiento x 30}}

- Fecha Fin: es la fecha finalización del cronograma del pagos inicial.
- Fecha Inicio: es la fecha de inicio del cronograma de pagos inicial.
- Factor de Financiamiento: es 0.020223 y corresponde al factor diario generado por el financiamiento del seguro.
- Factor de Descuento: 0.000015225 y corresponde al descuento al optar por el seguro financiado.

Periodicidad de Pago: Pago Único Adelantado

Forma de Pago: Con cargo al crédito

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 48.54%

Exclusiones

El presente seguro no tiene exclusiones.

Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas, electrónicas o telefónicas, salvo que la norma disponga un medio de comunicación específico.

Derecho de Resolver el Contrato sin Expresión de Causa

El CONTRATANTE y/o El ASEGURADO pueden resolver la Solicitud-Certificado de manera unilateral y sin expresión de causa por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, quedando la Solicitud-Certificado resuelta de manera inmediata. Si la COMPAÑÍA ejerce dicho derecho, deberá comunicarlo previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 17° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida establece este derecho.

Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver la 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 Solicitud-Certificado en el caso que ésta no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la Solicitud-Certificado, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del Seguro. Dicha devolución la efectuará la COMPAÑÍA a los treinta (30) días de haber realizado la solicitud.

Derecho del Contratante de aceptar o no modificaciones a las 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 treinta (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 a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado, por escrito. 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 mantendrá vigente en los términos originales, hasta su vencimiento.

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que ponga en conocimiento

de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar Cobertura

- 1) **Aviso del siniestro:** EL CONTRATANTE y/ o los Beneficiarios o Herederos Legales deberá(n) dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario desde el conocimiento del mismo, o de conocido el beneficio, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho; a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 20.11 del artículo 20° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.
- 2) **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá(n) presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada):

En caso de Muerte Natural:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder.
- b) Acta o Partida de Defunción, según corresponda;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.

En caso de Muerte Accidental, adicionalmente se deberá presentar:

- a) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, según corresponda;
- b) Protocolo de Necropsia completo, según corresponda;
- c) Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico; según corresponda.

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

En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO y/o solicitante, según corresponda;
- b) Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez, otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa o del Interior, o también por el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir dicho documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad;
- c) Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante;
- d) Historia Clínica en copia fedateada y foliada por la institución de salud (en caso el formato Declaración Médica no fuese suficiente para evaluar el siniestro); y
- e) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder.
- b) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, según corresponda;
- c) Resultado de Análisis Toxicológico; según corresponda.
- d) Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa o del Interior, o también por el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir dicho documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente por Accidente.
- e) Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante;
- f) Historia Clínica en copia fedateada y foliada por la institución de salud (en caso el formato Declaración Médica no fuese suficiente para evaluar el siniestro);
- g) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.

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

(20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta la COMPAÑÍA 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.

El CONTRATANTE/Beneficiarios/Herederos Legales podrá(n) presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente.

Lugares autorizados por la COMPAÑÍA para solicitar la cobertura del Seguro

En las oficinas de la COMPAÑÍA o del CONTRATANTE, cuya dirección se encuentra detallada en la parte introductoria de la Solicitud-Certificado.

Medios Habilitados para presentar Consultas o Reclamos

El CONTRATANTE/ASEGURADO/Beneficiarios/Herederos Legales 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:

- 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 www.chubb.com/pe opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.
- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono (51-1) 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: 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: 9:00 am a 6:00 pm.

El reclamo será atendido en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados a partir de su fecha de recepción.

Otras Instancias Habilitadas para que el ASEGURADO presente reclamos y/o denuncias

- Defensoría del Asegurado: Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional, Lima; Telefax: 01 421-0614; Web: www.defaseg.com.pe
- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP: Plataforma de Atención al Usuario: Dirección: Av. Dos de Mayo N°1475, San Isidro, Lima; Teléfono: (51-1) 200-1930 en Lima o 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional); Web: www.sbs.gob.pe
- INDECOPI: Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima; Teléfono:(51-1) 224 7777; Web:www.indecopi.gob.pe

Solución de Controversias

Todas las desavenencias o controversias que pudieran derivarse de la ejecución o interpretación de esta Póliza y de los demás documentos o Endosos que formen parte del Contrato de Seguro, inclusive las que pudieran estar referidas a su nulidad o invalidez, serán resueltas ante el Poder Judicial. También podrá acudir a las instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias, precedentemente señaladas.

Importante

- La información contenida en la presente Solicitud-Certificado es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro colectivo a LA COMPAÑÍA o al

CONTRATANTE, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.

3. Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE, ASEGURADO, sus Beneficiarios o Herederos Legales al COMERCIALIZADOR sobre aspectos relacionados con el Seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA.
4. Los pagos efectuados por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al COMERCIALIZADOR, se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.
5. **En caso se realice el pago anticipado total o parcial de la operación crediticia asociada al presente seguro, EL ASEGURADO tiene derecho a solicitar a la COMPAÑÍA, según corresponda, la devolución de la prima no devengada.**
6. EL ASEGURADO no podrá contratar el Seguro de Desgravamen en varias oportunidades, de manera tal que la suma asegurada de las mismas (en conjunto) superen el importe total de S/150,000 (Ciento Cincuenta Mil con 00/100 Soles). En caso el ASEGURADO contrate varias Pólizas de Seguro de este tipo, por la cantidad de créditos que mantenga frente a EL CONTRATANTE, la responsabilidad de LA COMPAÑÍA para otorgar las coberturas de la totalidad de los seguros contratados será como máximo hasta el límite descrito precedentemente, por ASEGURADO. Por tanto, en caso la suma total a indemnizar supere el importe antes indicado, LA COMPAÑÍA procederá a devolver las primas en forma proporcional al importe que no será reconocido.

Autorización 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: _____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.

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.

Cargas

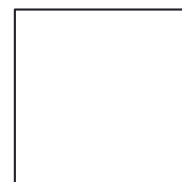
1. El presente Producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendrían derecho.
2. Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a LA COMPAÑÍA acerca de los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

Fecha de emisión: _____



Juan Carlos Puyó de Zavala
CHUBB SEGUROS PERÚ S.A.

ASEGURADO



Huella Digital

Autorización 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: _____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.

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.

Cargas

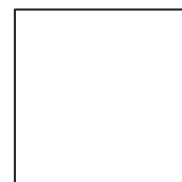
1. El presente Producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendrían derecho.
2. Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a LA COMPAÑÍA acerca de los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

Fecha de emisión: _____



Juan Carlos Puyó de Zavala
CHUBB SEGUROS PERÚ S.A.

ASEGURADO



Huella Digital