

COMBOS 1, 2,3 (Seguro de Hospitalización)

Código SBS: AE2036400022 Adecuado a la Ley 29946 y sus Normas reglamentarias

Póliza Nro 34/14749 ,34/14750 ,34/14751

Solicitud – Certificado Nro.: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS

RAZÓN SOCIAL: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
DOMICILIO: CA. AMADOR MERINO REYNA N° 267, OF 402 SAN ISIDRO, LIMA	TELÉFONO: 417-5000
CORREO ELECTRÓNICO: atencion.seguros@chubb.com	PAG. WEB: www.chubb.com/pe

Según el combo elegido, para las coberturas de Renta Hospitalaria, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Desmembramiento por Accidente, Protección de Tarjeta, Indemnización por Diagnóstico de Cáncer, el beneficiario será el ASEGURADO. Para las coberturas de Muerte, los beneficiarios serán las personas designadas en la Solicitud - Certificado. A falta de beneficiarios designados, **Chubb Seguros Perú** pagará los beneficios a los herederos legales del ASEGURADO.

VIGENCIA DEL SEGURO

Vigencia Anual con Renovación Automática.

Inicio de vigencia:

Fin de vigencia:

COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS, LÍMITES Y COMBOS

El ASEGURADO deberá elegir entre los siguientes combos de coberturas:

COMBO 1:

Seguro	Coberturas	Suma Asegurada	Límite
Accidentes Personales	Indemnización por Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/ 5,000	-
	Auxilio Educativo – Renta para los hijos en caso de Muerte Accidental o Invalidez Total y permanente por Accidente*	S/ 400 Mensuales	Indemnizatorio equivalente a 12 meses
	Desmembramiento por Accidente	S/ 3,000	-
	Desamparo Familiar Súbito	S/ 1,000	-
Hospitalización	Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad	S/ 100 por cada 24h de internamiento	Máximo 120 días al año
	Muerte Accidental (Indemnización por Sepelio)	S/ 1,000	-

Protección de Tarjeta	Uso indebido de Tarjeta por Robo, Asalto, Secuestro, Hurto o Extravío	S/ 5,000	Hasta 72 horas antes del bloqueo de la tarjeta. Suma Asegurada como límite agregado anual
	Robo de Dinero luego del retiro en ventanilla o en Cajero Automático	S/ 3,000	Máx. por evento, 02 eventos al año
	Muerte Accidental por robo, Asalto o Secuestro	S/ 15,000	Máx. 2 h luego de la transacción
	Renta Hospitalaria por Robo, Asalto o Secuestro	S/ 90 por cada 24h de internamiento	Máx. 2 h luego de la transacción. Máx. 30 días. 2 días de deducible
Prima Comercial + IGV (Mensual)		S/ 10.45	
Prima Comercial + IGV (Anual)		S/ 125.40	

COMBO 2:

Seguro	Coberturas	Suma Asegurada	Límite
Accidentes Personales	Indemnización por Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/ 5,000	-
	Auxilio Educativo – Renta para los hijos en caso de Muerte Accidental o Invalidez Total y permanente por Accidente*	S/ 400 Mensuales	Indemnizatorio equivalente a 12 meses
	Desmembramiento por Accidente	S/ 3,000	-
	Desamparo Familiar Súbito	S/ 1,000	-
Hospitalización	Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad	S/ 100 por cada 24h de internamiento	Máximo 120 días al año
	Muerte Accidental (Indemnización por Sepelio)	S/ 1,000	-
Oncológico	Indemnización por diagnóstico de Cáncer	S/ 3,000	Periodo de Carencia: 60 días
	Renta Hospitalaria por enfermedad Oncológica	S/ 30 por cada 24h de internamiento	Máximo 180 días y periodo de carencia: 60 días
	Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica	S/ 2,000	-
	Orientación médica y psicológica telefónica relacionada a la enfermedad Oncológica	Ilimitada	-
	Prima Comercial + IGV (Mensual)	S/. 10.45	
Prima Comercial + IGV (Anual)		S/. 125.40	

COMBO 3:

Seguro	Coberturas	Suma Asegurada	Límite
Vida	Indemnización por Muerte (Muerte Natural y Muerte Accidental)	S/ 1,000	-
	Canasta Familiar / Renta para los Gastos del Hogar (Muerte por cualquier causa)	S/ 300 mensuales	Indemnizatorio equivalente a 12 meses
	Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/ 2,500	-
Hospitalización	Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad	S/ 100 por cada 24h de internamiento	Máximo 120 días al año
	Muerte Accidental (Indemnización por Sepelio)	S/ 1,000	-
Protección de Tarjeta	Uso indebido de Tarjeta por Robo, Asalto, Secuestro, Hurto o Extravío	S/ 5,000	Hasta 72 horas antes del bloqueo de la tarjeta. Suma Asegurada como límite agregado anual
	Robo de Dinero luego del retiro en ventanilla o en Cajero Automático	S/ 3,000	Máx. por evento, 02 eventos al año
	Muerte Accidental por robo, Asalto o Secuestro	S/ 15,000	Máx. 2 h luego de la transacción
	Renta Hospitalaria por Robo, Asalto o Secuestro	S/ 90 por cada 24h de internamiento	Máx. 2 h luego de la transacción. Máx. 30 días. 2 días de deducible
Prima Comercial + IGV (Mensual)		S/ 11.40	
Prima Comercial + IGV (Anual)		S/ 136.80	

Marcar con un Aspa (X) el combo elegido y la frecuencia de pago:

COMBO 1 ☐
Mensual ☐

COMBO 2 ☐
Anual ☐

COMBO 3 ☐

Los cargos por la comercialización de seguros a través de la banca seguros, corresponden al 28.57% de la prima comercial en el COMBO 1, 34.82% en el COMBO 2 y 30.23% en el COMBO 3.

PAGO DE LA PRIMA

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO, las primas se cargarán mensualmente en la cuenta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación según las fechas predeterminadas por CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO HUANCAYO S.A., en adelante CAJA HUANCAYO, o en efectivo.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, la CAJA HUANCAYO procederá a realizar re-intento de cargo.
- Si luego de dicho re-intento no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizará nuevo intento en la siguiente fecha de cargo predeterminada con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en curso.
- Si luego de estos intentos de cargo, realizados en un tiempo máximo de noventa días, no se pudiera debitar las primas correspondientes al Seguro, la cobertura quedará extinguida de acuerdo a lo establecido en la Ley de Contrato de Seguros N° 29946 y la Resolución SBS N° 3198-2013, Reglamento de Pago de Primas.

EDADES LÍMITE

Edad Mínima de Ingreso	: 18 años
Edad Máxima de Ingreso	: 64 años con 364 días
Edad Máxima de Permanencia	: 69 años con 364 días, en tanto no haya venido renovando su seguro durante cinco (5) años consecutivos.

DETALLE DE COBERTURAS (Según el Combo contratado)

Muerte: En caso que el ASEGURADO fallezca durante la vigencia del presente seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, en los plazos y términos que se señalan en la misma, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones para esta cobertura.

Muerte Accidental: En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada estipulada, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro. Se cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente.

Desamparo Familiar Súbito: En caso que el ASEGURADO y su Cónyuge o Concubina(o) declarada(o) expresamente en esta Solicitud – Certificado de Seguro, fallezcan a consecuencia de un mismo accidente y siempre que ambos fallecimientos ocurran dentro del plazo de veinticuatro (24) horas de ocurrido dicho accidente, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada estipulada, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro. **Esta cobertura será indemnizada siempre y cuando existan hijos menores de edad al momento del fallecimiento de ambos padres.**

Invalidez Total Y Permanente Por Accidente: En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada estipulada, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por este seguro. Se considerará que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si presenta alguna de las siguientes condiciones:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental (descerebramiento) que no permitiera al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida;**
- Fractura incurable de la columna vertebral;**
- Ceguera total de los 2 ojos;**
- Ceguera total de 1 ojo y pérdida funcional de 1 miembro;**
- Pérdida funcional de 2 o más miembros.**

Desmembramiento Por Accidente: En caso de Pérdida Total de algún órgano o miembro del ASEGURADO a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada que corresponda para esta cobertura basándose en la tabla de indemnizaciones anexa a la presente Solicitud-Certificado, siempre que la causa directa y única fuera un accidente amparado por este seguro.

- Pérdida total de los 2 ojos - Pérdida total de 2 o más miembros - Pérdida total de 1 ojo y de 1 miembro	100%
- Pérdida total de 1 miembro superior (brazos) - Pérdida total de 1 mano o de 1 miembro inferior (pierna). - Pérdida total de los 2 oídos. - Pérdida total de 1 ojo, tratándose de un asegurado que sufría de ceguera total del otro.	50%
Pérdida total de 1 pie.	40%
Pérdida total de 1 ojo.	35%
Pérdida total de 1 oído en caso de que el asegurado ya hubiere tenido sordera completa del otro.	25%
Pérdida total de 1 pulgar.	20%
- Pérdida total del índice derecho. - Pérdida total del índice izquierdo.	15%
Pérdida total de 1 oído.	13%
Pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano.	5%
Pérdida total de 1 dedo del pie.	3%

Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad: La COMPAÑÍA pagará el 100% del Beneficio indicado la presente Solicitud-Certificado, por cada día de 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 120 días por año, como límite máximo por enfermedad o accidente, si como consecuencia de ellas, haya sido necesaria la hospitalización del ASEGURADO debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO. Para los efectos de esta Póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente.

Desmembramiento Por Accidente: En caso de Pérdida Total de algún órgano o miembro del ASEGURADO a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada que corresponda para esta cobertura basándose en la tabla de indemnizaciones que se anexa a la presente Solicitud-Certificado, siempre que la causa directa y única fuera un accidente amparado por este seguro.

Indemnización por Diagnóstico de Cáncer: Si luego de transcurrido el Periodo de Carencia, el Asegurado recibe un Diagnóstico Clínico de Cáncer Primario, cubierto por este seguro, Chubb Seguros Perú pagará los beneficios descritos en la presente Solicitud - Certificado.

Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica: Chubb Seguros Perú pagará el Beneficio indicado en la presente Solicitud - Certificado de Seguro por cada 24 horas de internamiento del ASEGURADO en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 180 días por año, sin considerar convalecencia, si como consecuencia de una enfermedad Oncológica, debidamente certificada por un médico a través de un examen de anatomía patológica, haya sido necesaria su hospitalización, independientemente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado.

Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica: Si luego de transcurrido el Periodo de Carencia, un Asegurado recibe un Diagnóstico Clínico de Cáncer Primario y fallece a causa de esta enfermedad oncológica, Chubb Seguros Perú pagará los beneficios descritos en la presente Solicitud - Certificado.

Orientación médica y psicológica telefónica relacionada a la enfermedad oncológica: El ASEGURADO, a través de un proveedor externo contratado por Chubb Seguros Perú, tendrá acceso al servicio de orientación telefónica médica y psicológica tanto para el titular como para el núcleo familiar, cualquier día de la semana las 24 (veinticuatro) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que pueda resolver sus consultas sobre alguna dolencia o situación relacionada con la enfermedad oncológica.

Uso Indebido de la tarjeta por Robo, Asalto, Secuestro, Hurto o Extravío: Cubre el daño patrimonial que afecte al ASEGURADO por el uso indebido o fraudulento de su Tarjeta, en un establecimiento comercial o en cajeros automáticos por parte de un tercero no autorizado, a consecuencia de Robo, Asalto, Secuestro, Hurto o Extravío de la Tarjeta.

Robo de Dinero luego del retiro en ventanilla o en Cajero Automático: Cubre la pérdida de dinero en efectivo que afecte al ASEGURADO a causa de ser víctima de un delito de robo con violencia o intimidación en las personas, cuando el delito sea cometido dentro de las instalaciones de los cajeros automáticos o dentro de los locales de la Entidad Financiera, en los lugares que se encuentran ubicados y fuera de ellos, hasta por el plazo y distancia establecidos, después de haber realizado un retiro mediante el uso de una Tarjeta asegurada, en cualquier máquina que permita el uso de dicha tarjeta así como en las ventanillas de los locales de la Entidad Financiera.

Muerte Accidenta por Robo, Asalto o Secuestro: Si al producirse el robo, asalto o secuestro materia del presente seguro, se lesionara al ASEGURADO y dichas lesiones le causaran la muerte a más tardar dentro de los 180 días calendarios contados desde la fecha de ocurrencia del citado evento, la COMPAÑÍA indemnizará a los beneficiarios por única vez la Suma Asegurada.

Renta Hospitalaria por Robo, Asalto o Secuestro: Si las lesiones físicas sufridas por el ASEGURADO a consecuencia del robo, asalto o secuestro materia del presente seguro, hicieran necesaria su hospitalización, la COMPAÑÍA pagará el Beneficio indicado por cada día de 24 horas continuas de hospitalización, hasta un máximo de 30 días, contados a partir de la hospitalización, sin considerar el periodo de convalecencia; independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.

EXCLUSIONES

El presente seguro no cubre, según las coberturas contratadas:

Para las coberturas de Muerte, Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Desmembramiento por Accidente, Desamparo Familiar Súbito:

- a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- 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, 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 relacionados con la seguridad de las personas; 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, ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.

- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, entendiéndose por pre-existencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud o contratación del seguro..
- i) La práctica de deportes peligrosos tales como buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros, cacería de fieras, motociclismo y deportes de invierno.
- j) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo tales como manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
- k) Desempeñarse el ASEGURADO 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.
- l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo, insolación o congelación. Esta póliza se rige por las disposiciones legales peruanas vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente. Para efectos de esta póliza se utiliza 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.
- m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- n) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- o) Las hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.

Para la cobertura de Hospitalización por Accidente o Enfermedad:

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el ASEGURADO en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza.
- d) Curas de Reposo.
- e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- f) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- g) Condiciones médicas o enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales las establecidas en el artículo de las definiciones.
- h) Exámenes médicos de rutina.
- i) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- j) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- l) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos descritos en las Definiciones.

Para la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:

- a) Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma "in situ" o aquellos considerados por histología como "pre-malignos", cáncer cervicouterino "in situ" y cáncer de próstata "in situ".
- b) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.
- c) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- d) Toda enfermedad distinta al cáncer.
- e) Todo cáncer cuyo "diagnóstico clínico" se haya iniciado con anterioridad a la contratación del seguro o durante el periodo de carencia.
- f) Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión, debiéndose entender que se trata de un procedimiento médico al que se somete el ASEGURADO de manera voluntaria y en el cual éste tiene conocimiento de la situación irregular de la persona que lo practica o las circunstancias le permiten llegar a dicha conclusión.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:

- a) Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma "in situ" o aquellos considerados por histología como "pre-malignos", cáncer cervicouterino "in situ" y cáncer de próstata "in situ".
- b) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.
- c) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.

- d) Todo cáncer cuyo "diagnóstico clínico" se haya iniciado con anterioridad a la contratación de este seguro o durante el periodo de carencia del mismo.
- e) Hospitalización para el tratamiento de cualquier tipo de enfermedad que no sea Oncológica.
- f) Internamiento en un lugar que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria.

Para la cobertura de Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica:

- a) Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma "in situ" o aquellos considerados por histología como "pre-malignos", cáncer cérvicouterino "in situ" y cáncer de próstata "in situ".
- b) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.
- c) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- d) Todo cáncer cuyo "diagnóstico clínico" se haya iniciado con anterioridad a la contratación de este seguro o durante el periodo de carencia del mismo.
- e) Fallecimiento a causa de cualquier tipo de enfermedad que no sea Oncológica.

Para la Orientación médica y psicológica telefónica relacionada a la enfermedad Oncológica:

- a) Cuando el ASEGURADO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- b) Los resultantes de los servicios que el ASEGURADO haya contratado sin el previo consentimiento de GEA.
- c) Cuando el ASEGURADO no se identifique como ASEGURADO de los SERVICIOS.

Para la cobertura "Uso indebido de Tarjeta por Robo, Asalto, Secuestro, Hurto o Extravío".

- a) Uso fraudulento de una Tarjeta por parte del ASEGURADO titular o adicionales de la respectiva tarjeta.
- b) Fraudes, estafas y/o cualquiera otro delito o siempre falta penal que cuente con la participación directa o indirecta del ASEGURADO, alguno de sus ascendientes o descendientes hasta el segundo grado y/o parientes por afinidad hasta el segundo grado. Se encuentra expresamente excluido cualquier caso en el que terceras personas autorizadas por el ASEGURADO para el uso de la Tarjeta, haya tenido participación y/o beneficios directo o indirecto en el hecho constitutivo del siniestro.
- c) Despacho y/o entrega de una Tarjeta por el administrador, ASEGURADO, sus agentes o transportadores, cuando dicha Tarjeta haya sido entregada a una persona distinta a aquella a la cual estaba destinada.
- d) Toda pérdida patrimonial distinta a la resultante directamente del uso fraudulento o deshonesto de una Tarjeta tal como se define en las Condiciones Generales.
- e) Incumplimiento de las obligaciones del ASEGURADO o administrador o usuario
- f) Pérdidas ocurridas como consecuencia de operaciones realizadas en lugares afectados por radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad por cualquier combustible nuclear o de cualquier desecho de la combustión de combustible nuclear ; propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas u otras propiedades riesgosas de cualquier conjunto nuclear explosivo o componente nuclear del mismo.
- g) Pérdidas ocurridas como consecuencia de operaciones realizadas en lugares en situación de afectados directamente por guerra, sea o no declarada, operaciones o actividades bélicas, actos de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, sublevación, motín, actos de terrorismo y delitos contra la seguridad interior del estado.
- h) Responsabilidad civil de cualquier tipo que afecte al ASEGURADO o al contratante
- i) Transacciones realizadas a través de ventas por catálogo, por teléfono o por cualquier medio de transmisión de datos en que no exista la firma manuscrita del titular o adicional. No están cubiertas las transacciones realizadas por Internet o por teléfono.
- j) Perjuicios derivados de actos fraudulentos cometidos por el EMISOR, empleados o dependientes.
- k) Todo robo, hurto o extravío de cheques o de formularios de cheques en los que conste a firma autentica del ASEGURADO, así demostrado y declarado judicialmente.
- l) Todo uso indebido de la (s) Tarjeta (s) del ASEGURADO cometido fuera de los límites de la República del Perú, independientemente del lugar en el que se hubiera producido el robo, hurto o extravío. No aplica para Falsificación y/o Adulteración de la(s) Tarjeta (s).

Para las coberturas "Muerte Accidental por robo, Asalto o Secuestro", "Renta Hospitalaria por Robo, Asalto o Secuestro"

- a) Toda causa que no esté estrictamente definida en el Artículo 2° de las Condiciones Generales del Producto.
- b) Duelo concertado, suicidio o intento de suicidio, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- c) Lesiones autoinferidas por el mismo ASEGURADO.
- d) Servicios o tratamientos médicos prestados por cualquier persona o entidad no autorizada por la autoridad competente para prestar servicios o tratamientos.
- e) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización
- f) Procedimientos médicos experimentales
- g) Gastos de viaje y gastos incurridos durante la convalecencia.
- h) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan
- i) 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 las que ocurran como consecuencia directa o indirecta de la prestación del servicio militar en cualquier de las Fuerza Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o guerra.
- j) Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
 - k) Participación activa del ASEGURADO en cualquier delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamento relacionados con la seguridad de las personas.
 - l) Participación del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar.
 - 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, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su fallecimiento o incapacidad. Para efectos de esta póliza se utiliza 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 etílico.
 - o) Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
 - p) Movimientos sísmicos u otros fenómenos de la naturales, cualquiera sea su grado o fuerza.

Para la Cobertura " Robo de Dinero luego del retiro en ventanilla o en Cajero Automático":

- a) La pérdida de dinero efectivo ocurrida a un usuario no autorizado de la Tarjeta asegurada,
- b) La pérdida de cualquier otro instrumento de comercio negociable, incluyendo cheques y cheques viajeros; como tampoco la pérdida de cualquier otra cantidad de dinero que estuviere en posesión del ASEGURADO al momento de ocurrir el delito y que no sea la registrada como retirada del cajero automático por el ASEGURADO.
- c) La pérdida de dinero por el uso no autorizado que terceras personas hagan de la Tarjeta en el futuro si la tarjeta es robada durante la comisión del delito.
- d) Las pérdidas resultantes del uso de una Tarjeta con la intención de defraudar al titular, por parte de una persona autorizada por éste.
- e) Cualquier pérdida originada en invasión, acciones de un enemigo, hostilidades u operaciones de guerra, haya sido declarada o no, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o asonada popular, disturbios sociales, políticos o populares, poder militar, usurpación de poder, ley marcial o acciones de una autoridad no constituida legítimamente.

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Aviso de Siniestro: Dar aviso a CHUBB SEGUROS PERU o CAJA HUANCAYO 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.

Documentos: Posteriormente, para la solicitud de cobertura, se deberá presentar en las oficinas de la CAJA HUANCAYO o a Chubb Seguros Perú los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia certificada), sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

Para la cobertura de Hospitalización por Accidente o Enfermedad:

- a) Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización;
- b) Recetas médicas;
- c) Resultados de exámenes y procedimientos médicos, de haberse solicitado;
- d) Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias; y
- e) Documento de identidad del ASEGURADO.

Para las coberturas de Muerte Accidental y Desamparo Familiar Súbito:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso de tenerlo físicamente;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los beneficiarios o herederos legales, según corresponda;
- e) Declaratoria de herederos legales, según corresponda;
- f) Atestado Policial completo, en caso corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda; y
- h) Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Desmembramiento por Accidente:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO;
- b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente 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.

- d) Denuncia o Atestado Policial completo (de ser el caso).

Para la cobertura de Muerte

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido;
- b) Partida (o Acta) de Defunción del ASEGURADO;
- c) Certificado de Defunción del ASEGURADO;
- d) Documento de identidad de los beneficiarios o herederos legales (de ser el caso);
- e) Declaratoria de herederos legales (de ser el caso);

Para la cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:

- a) Documento de Identidad del ASEGURADO; y
- b) El Diagnóstico Clínico, sustentado con el correspondiente examen de Anatomía Patológica.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Enfermedad Oncológica:

- a) Documento de Identidad del ASEGURADO;
- b) El Diagnóstico Clínico, sustentado con el correspondiente examen de Anatomía Patológica; y
- c) Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias.

Para la Cobertura de Indemnización para Sepelio por Muerte por Enfermedad Oncológica:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso de tenerlo;
- b) Partida de Defunción del ASEGURADO;
- c) Certificado de Defunción del ASEGURADO;
- d) Documento de Identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales; e
- e) Informe médico completo que certifique el fallecimiento del ASEGURADO a causa de una enfermedad oncológica no contemplada dentro de las exclusiones del presente seguro.

En caso de Uso indebido por Robo, Asalto, Secuestro, Hurto o Extravío de la Tarjeta

Plazo Máximo de Aviso: 60 días de ocurridos o conocidos los hechos.

- Bloquear la(s) Tarjeta(s) sustraída(s) o extraviada(s) dentro de un plazo no mayor a 4 horas de ocurrido el robo, asalto o secuestro o de conocido el hurto o extravío, mediante llamada telefónica a las centrales de los EMISORES respectivos; y obtener el (los) código(s) de bloqueo correspondientes.
- Presentar la denuncia policial en la delegación donde ocurrieron los hechos dentro de un plazo no mayor de 24 horas de ocurridos o conocidos tales hechos, según sea el caso.
- Presentar el reclamo por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA indicando la fecha, hora y circunstancias de los hechos, adjuntando los siguientes documentos (copia legalizada):
 - a) Código de Bloqueo (informar el código que fue proporcionado telefónicamente por la entidad bancaria)
 - b) Denuncia policial
 - c) Documento de identidad del ASEGURADO
 - d) Pasaporte del ASEGURADO (sólo para eventos ocurridos en el extranjero)
 - e) Estado de cuenta donde figuren los consumos indebidos, haciendo indicación de los mismos.

En caso de Muerte a consecuencia de Robo, Asalto o Secuestro:

Plazo Máximo de Aviso: 30 días de ocurridos o conocidos los hechos.

- Presentar la denuncia policial en la delegación donde ocurrieron los hechos.
- Presentar el reclamo por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario de ocurrido el siniestro, adjuntando los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):
 - a) Denuncia Policial
 - b) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder
 - c) Partida o Acta de Defunción
 - d) Certificado Médico de Defunción completo
 - e) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales
 - f) Atestado Policial completo, en caso corresponda;
 - g) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda;
 - h) Resultado de Dosaje Etílico (accidentes de tránsito) o exámenes médicos (otros accidentes), en caso corresponda; y
 - i) Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

Renta Hospitalaria por Robo, Asalto o Secuestro:

Plazo Máximo de Aviso: 30 días de ocurridos o conocidos los hechos.

- Presentar el reclamo por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario de ocurrido el siniestro, adjuntando los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Código de Bloqueo (informar el código que fue proporcionado telefónicamente por la entidad bancaria)
- b) Denuncia Policial
- c) Documento de identidad del ASEGURADO
- d) Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización o atención ambulatoria.
- e) Facturas de los gastos médicos ambulatorios y/u hospitalarios incurridos por el ASEGURADO.
- f) Demás documentos que certifiquen los servicios de hospitalización suministrados al ASEGURADO.

Para la cobertura de Robo de Dinero luego del retiro en ventanilla o en Cajero Automático:

- Bloquear la(s) Tarjeta(s) dentro de un plazo no mayor a 4 horas de ocurrido el robo, asalto o secuestro, mediante llamada telefónica a las centrales de los EMISORES respectivos; y obtener el (los) código(s) de bloqueo correspondientes.
- Presentar la denuncia policial en la delegación donde ocurrieron los hechos dentro de un plazo no mayor de 24 horas de ocurridos o conocidos tales hechos, según sea el caso.
- Presentar el reclamo por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA indicando la fecha, hora y circunstancias de los hechos, en un plazo no mayor a 10 días calendarios contados desde la ocurrencia de los hechos, adjuntando los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada)):
 - a) Código de Bloqueo (solo debe ser informado)
 - b) Denuncia policial
 - c) Documento de identidad del ASEGURADO
 - d) Estado de cuenta donde figuren los retiros indebidos en cajeros automáticos o ventanillas de los locales de la Entidad Financiera, haciendo indicación de los mismos.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse 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 que 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.

DEFINICIONES IMPORTANTES

Cáncer: La enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia, los linfomas, la Enfermedad de Hodgkin y melanoma invasivo mayor a 0.75mm.

Cáncer Primario: Es aquel Cáncer que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la Póliza.

Condición Médica Pre-existente: Enfermedades o lesiones por las que el ASEGURADO haya recibido tratamiento médico o, en su caso, haya sido diagnosticada por un médico en forma anterior a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

Diagnóstico Clínico: El informe realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un Examen de Anatomía Patológica que certifique positivamente la presencia de un Cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito.

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

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El ASEGURADO TITULAR 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, siempre que el mismo no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. Para tal fin deberá seguir el procedimiento establecido en el artículo 17° a las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

El CONTRATANTE tiene derecho a resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, con un preaviso de 30 días a la COMPAÑÍA. En las pólizas grupales, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO tiene derecho a desvincularse del contrato, en cuyo podrá solicitar la resolución de su certificado de seguro, siguiendo el mismo procedimientos señalado. Ver especificaciones en el Resumen Informativo de la Póliza.

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada a LA COMPAÑÍA. El artículo 9° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establece este derecho.

ACEPTACIÓN DE CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES (DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO)

El CONTRATANTE tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. En las pólizas grupales, la COMPAÑÍA entregará al CONTRATANTE la documentación suficiente para que ponga dichas modificaciones en conocimiento de los asegurados, Ver especificaciones en el Resumen Informativo.

LUGARES AUTORIZADOS PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Chubb Seguros Perú / CAJA HUANCAYO, cuyos datos se encuentran en la primera parte de la presente Solicitud-Certificado.

MEDIOS HABILITADOS PARA PRESENTAR RECLAMOS O CONSULTAS

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

- En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de Chubb Seguros Perú ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000. (*)
- Vía correo electrónico 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 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, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro
- Detalle del reclamo

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los 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 el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe, Teléfono: 421-0614, Dirección: Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9, San Isidro, Lima.

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP: Plataforma de Atención al Usuario, Teléfonos: 0-800-10840 (511) 200-1930, 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

IMPORTANTE

- La información contenida en esta Solicitud - Certificado es a título parcial y se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Cláusulas Generales de Contratación comunes a los seguros de Asistencia Médica.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro Colectivo a Chubb Seguros Perú o a CAJA HUANCAYO, 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.
- Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO a CAJA HUANCAYO, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a Chubb Seguros Perú. Asimismo, los pagos efectuados por el ASEGURADO a CAJA HUANCAYO se consideran abonados a Chubb Seguros Perú.
- **Chubb Seguros Perú es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada. Chubb Seguros Perú es responsable de todos los errores y omisiones en que incurra CAJA HUANCAYO; 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.**
- **Cargas**
El presente producto presenta obligaciones a cargo del ASEGURADO cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- **Agravación del Riesgo**
Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado

AUTORIZACIÓN PARA USO DE MEDIO DE COMUNICACIÓN

El ASEGURADO acepta expresamente que los medios que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro serán Medios de comunicación física, electrónica o telefónica.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN PACTADOS

Comunicación física o electrónica

DECLARACIÓN JURADA Y AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Declaro bajo juramento que las respuestas son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad anula el Seguro y, en consecuencia, toda obligación de Chubb Seguros Perú.

Asimismo, reconozco que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcional a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

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 [HYPERLINK "http://www.chubb.com/pe"](http://www.chubb.com/pe) 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 [HYPERLINK "http://www.chubb.com/pe"](http://www.chubb.com/pe) www.chubb.com/pe, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

El ASEGURADO AUTORIZA:
(marcar con una X)

_____ Sí

_____ 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: XXXX

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**.

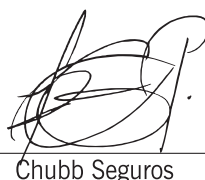
Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero.

ACEPTACION DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

El Asegurado declara y firma el presente documento en señal de haber tomado conocimiento directo de la Solicitud-Certificado, Condiciones Generales de la Póliza y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica; a cuyas estipulaciones queda sometido este seguro.

CHUBB®

RUC: 20390625007
C/le. Amador Merino Reyna Nro. 267,
Ofic. 402; San Isidro; Lima - Perú.
417-5000


Chubb Seguros

Asegurado