

**Microseguro de Sepelio**

Solicitud-Certificado No. \_\_\_\_\_

**Póliza No: °42-23049**

**Código SBS VI2037200131**

Compañía de Seguros (La COMPAÑÍA)		
Razón Social	: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección	: Calle Amador Merino Reina 267 Oficina 402 - San Isidro	Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico	: atencion.seguros@chubb.com	
Página Web	: www.chubb.com/pe	

Vigencia del Seguro
Vigencia: De acuerdo a lo elegido por el ASEGURADO en el rubro “Vigencia, Prima y Forma de Pago”.
Inicio de vigencia: / /
Fin de vigencia: / / o cuando el ASEGURADO supere la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.
Renovación: Automática

Datos del CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR	
Razón Social: BANCO INTERAMERICANO DE FINANZAS	RUC: 20101036813
Dirección: Av. Ricardo Rivera Navarrete 600	Distrito - Provincia: San Isidro - Lima
Departamento: Lima	Teléfono: 613-3000
Página Web: www.banbif.com.pe/Personas	

ASEGURADO TITULAR	
Nombres y Apellidos:	Documento de Identidad:
Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Correo electrónico:	Sexo:
Dirección:	

ASEGURADO ADICIONAL - CÓNYUGE (CUANDO CORRESPONDA)	
Nombres y Apellidos:	Documento de Identidad:
Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Correo electrónico:	Sexo:
Dirección:	Relación con el Asegurado Titular:

Descripción del Interés Asegurado
Proteger al ASEGURADO contra riesgos cubiertos por el presente microseguro.

Beneficiarios		
Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	% de Participación:

En caso de no designarse Beneficiario(s) de este microseguro, la indemnización se pagará a los herederos legales del Asegurado. En caso de designarse más de un beneficiario y de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales.  
 Para la cobertura de Desamparo Familiar Súbito solo serán beneficiarios los hijos que sean menores de dieciocho (18) años de edad al momento del fallecimiento de los padres.

Cobertura			
Coberturas	Descripción	Suma Asegurada	
		Plan 1 (TITULAR)	Plan 2 (TITULAR + CÓNYUGE)
Fallecimiento	En caso el ASEGURADO fallezca durante la vigencia del microseguro, LA COMPAÑÍA 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.	S/ 8,000	S/ 10,000

<p>Indemnización Adicional por Muerte Accidental</p>	<p>En caso el ASEGURADO fallezca como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la presente póliza, la COMPAÑÍA pagará la suma asegurada estipulada en la Solicitud-Certificado, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de la presente cobertura.</p>	<p><b>S/ 6,500</b></p>	<p><b>S/ 7,000</b></p>
<p>Desamparo Familiar Súbito</p>	<p>En caso que el ASEGURADO y su Cónyuge o Concubina(o) 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 esta cobertura. Esta cobertura será indemnizada siempre y cuando existan hijos menores de edad al momento del fallecimiento de ambos padres.</p>	<p><b>No aplica</b></p>	<p><b>S/ 25,000</b></p>

**Vigencia, Prima y Forma de Pago**

Marcar con una (X) la opción elegida:

VIGENCIA/PERIODICIDAD DE PAGO	PRIMA	PLAN 1 - TITULAR ( )	PLAN 2 - TITULAR Y CÓNYUGE ( )
<p>Mensual /Mensual ( )</p>	<p>Prima Comercial Prima Comercial + IGV</p>	<p>S/ 6.90 S/ 6.90</p>	<p>S/ 13.90 S/ 13.90</p>
<p>Anual/Anual ( )</p>	<p>Prima Comercial Prima Comercial + IGV</p>	<p>S/ 69.00 S/ 69.00</p>	<p>S/ 139.00 S/ 139.00</p>

- Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 46.60%

**Forma de Pago:**

- Con cargo en cuenta ( ) - En tarjeta de crédito ( )

Cuando la prima sea cargado a la Tarjeta del Asegurado:

Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_

- El ASEGURADO autoriza el cargo de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación y en la periodicidad pactada previamente.
- De no encontrar saldo en la tarjeta o si no se pudiera realizar el cobro en la misma, el ASEGURADO autoriza a que se proceda con el cargo respectivo en cualquier de sus cuentas con éste donde mantenga saldo acreedor.
- En caso de extravío, pérdida, robo, cambio de la tarjeta de donde se realiza el cargo de la prima, el ASEGURADO está obligado a informar a la COMPAÑÍA. Asimismo, EL ASEGURADO autoriza a que el cargo de la prima continúe realizándose en el nuevo número de tarjeta emitida con la entidad financiera de la tarjeta original.
- EL ASEGURADO declara que el cargo es una facilidad de pago que no limita su responsabilidad del pago oportuno de prima, por lo que si la COMPAÑÍA no usase las facultades antes expuestas no será responsable de la suspensión, resolución y/o extinción del microseguro.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo y en la periodicidad pactada en el acápite anterior. La prima considera los impuestos vigentes al momento de su emisión. Las primas se calcularán según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

**Condiciones para ser Asegurado**

Edad Mínima de Ingreso: 18 años  
Edad Máxima de Ingreso: 49 años con 364 días  
Edad Máxima de Permanencia: 61 años con 364 días

**Beneficios Adicionales**

Servicios de Asistencias (*)	Monto Máximo	Máximo de eventos por año de renovación del seguro
Orientación médica telefónica	100% Servicio	<b>Sin Límite</b>
Telemedicina (videollamada) en medicina general.	100% Servicio	<b>Sin Límite</b>
Orientación nutricional telefónica + plan de alimentación (reforzamiento del sistema inmunológico)	100% Servicio	<b>Sin Límite</b>
Consulta médica ambulatoria en red en medicina general.	100% Servicio	<b>2 eventos</b>
Medicamentos genéricos derivados de la medicina general, entregados en cadena de farmacias Inka Farma y/o Mi Farma a nivel nacional.	Hasta S/300.00	<b>1 evento</b>
Médico a domicilio, medicina general.	Pago por servicio S/20.00	<b>2 eventos</b>

(\*) Para acceder al servicio de Asistencia deberás comunicarte a la Central de Atención al (01) 610-6695. El horario de atención de la Central está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Este servicio es brindado por la empresa IMPULSA 365 S.A.C. Identificado con RUC: 20506760721. Rigen por ende los términos y condiciones detallados al final de este documento.

**Detalle de Coberturas**

**Fallecimiento:** En caso que el ASEGURADO fallezca durante la vigencia del microseguro, LA COMPAÑÍA 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.

**Indemnización Adicional por Muerte Accidental:** En caso el ASEGURADO fallezca como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la presente cláusula adicional, la COMPAÑÍA pagará la suma asegurada estipulada en la Solicitud-Certificado, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de la presente cobertura. Se cubre la muerte accidental del ASEGURADO siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año de producido el accidente.

En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea a causa de las lesiones originadas por el accidente. Esta cláusula adicional cubre también la muerte del ASEGURADO que pueda resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

**Desamparo Familiar Súbito:** En caso que el ASEGURADO y su Cónyuge o Concubina(o) 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 esta cobertura.

Esta cobertura será indemnizada siempre y cuando existan hijos menores de edad al momento del fallecimiento de ambos padres.

**Exclusiones**

Queda excluido de cobertura el fallecimiento del ASEGURADO que ocurra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Enfermedad o accidente pre-existente a la contratación del seguro, según la definición del numeral primero. No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.
- b) Suicidio consciente y voluntario, dentro de los 02 (dos) primeros años de vigencia del seguro.
- c) Guerra Civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- d) Eventos catastróficos de la naturaleza: terremoto, inundación, aluvión, huaico y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.
- e) Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país, así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.
- f) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva
- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- h) Participación del Asegurado, en estado de ebriedad, como conductor en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento. Para la presente exclusión, se requerirá el dosaje étílico en caso el asegurado fuera quien manejaba en el accidente, a fin de aplicar o no la presente exclusión.
- i) Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- j) Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo,

alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales montañosas o artificiales, práctica de “surf” y “puenting”.

- k) Que el Asegurado, al momento del accidente de tránsito, se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos y siempre que guarde relación causal con el accidente, ya se el conductor del vehículo o como peatón. A estos efectos, se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.50 gr/lit de alcohol en la sangre, según dosaje etílico.
- l) Accidentes provocados dolosamente por el ASEGURADO  
Adicionalmente a las exclusiones señaladas, para la cobertura de Indemnización Adicional por Muerte Accidental y Desamparo Familiar Súbito:
- m) Lesiones Pre-existentes a la hora de contratar el presente microseguro

#### Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar Cobertura

En caso de ocurrencia de un suceso que diera lugar a la solicitud de cobertura bajo este microseguro, el ASEGURADO deberá:

1. **Aviso:** Comunicar el siniestro a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario siguientes a la fecha que tomó conocimiento del suceso o del beneficio, o, después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el ASEGURADO o BENEFICIARIO prueben su falta de culpa o que el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.
2. **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberán presentar al Comercializador / Corredor de Seguros / Compañía los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada).
  - a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido;
  - b. Partida o Acta de Defunción del ASEGURADO, emitido por RENIEC;
  - c. Certificado de Defunción del ASEGURADO, emitido por el médico o personas autorizadas por la autoridad sanitaria;
  - d. Informe médico donde se indique la fecha de diagnóstico de la enfermedad que causó la muerte (causa básica), emitido por los hospitales del Ministerio 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 caso corresponda.
  - e. Documento de identidad de los beneficiarios o herederos legales (de ser el caso);
  - f. Sucesión Intestada (cuando no se haya determinado Beneficiarios expresamente en la Póliza) emitida por SUNARP o Testamento;
  - g. Informe Policial completo;
  - h. Protocolo de Necropsia (cuando corresponda); emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación.
  - i. Resultado de Dosaje Etílico (cuando corresponda);
  - j. Resultado de Análisis Toxicológico (cuando corresponda).

Adicionalmente a lo señalado, para la cobertura de Indemnización Adicional por Muerte Accidental y Desamparo Familiar Súbito:

- a. Atestado Policial completo, en caso corresponda.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a lo establecido en la legislación Peruana.

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

La Solicitud-Certificado, puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado.

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa antes señalada.

#### Pago de la Prima y Suspensión de Cobertura

Se deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en el presente documento.

El incumplimiento de pago de la prima determina la suspensión automática del microseguro, sin necesidad de comunicación previa, desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un periodo de gracia en el presente documento. La COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida. El microseguro solo podrá ser rehabilitado previo pago de la prima y siempre que no haya operado la resolución del microseguro

#### Periodo de Gracia

90 días calendario.

**Terminación del Seguro**

La cobertura del presente microseguro terminará indefectiblemente para el ASEGURADO en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO Titular.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- c) La falta de pago de la prima, luego de vencido el periodo de gracia, siempre que se haya brindado uno o en su defecto verifica la prima impaga.
- d) A solicitud expresa del ASEGURADO Titular.
- e) Por dolo o fraude cometido por el ASEGURADO o CONTRATANTE.

En caso de terminación del microseguro, La COMPAÑÍA devolverá las primas no devengadas al ASEGURADO cuando corresponda.

**Resolución del Seguro**

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar, sin expresión de causa, la resolución de su microseguro, mediante cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del microseguro. La COMPAÑÍA deberá devolver la prima no devengada correspondiente ante tal situación, según corresponda.

**Medios Habilitados para presentar Consultas o Reclamos**

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

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

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

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

(\* Horario de Atención: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

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

En los casos de reclamos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO por falta de pago de la indemnización, el trámite correspondiente deberá efectuarse a través del comercializador o del corredor de seguros o LA COMPAÑÍA.

**Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias**

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

**Derecho de Arrepentimiento**

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de medios de sistema a distancia y/o a través de comercializadores; y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, el CONTRATANTE o ASEGURADO podrá resolver su microseguro, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del mismo, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud. Para tal fin, EL CONTRATANTE o ASEGURADO que quiera hacer valer este derecho podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del microseguro.

**Definiciones**

Para los efectos de este microseguro los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado:  
**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:** Es la persona que está expuesta al riesgo asegurado y a cuyo favor se extiende el microseguro.

**Contratante:** Es la persona que contrata la Póliza con Chubb Seguros Perú S.A.

**Enfermedad o Accidente preexistente:** Se entiende por enfermedad o accidente preexistente, 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 presentación de la declaración personal de salud, en caso se haya firmado dicho documento.

**Enfermedad o Lesión Pre-existente:** cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente microseguro.

**Exclusiones:** Circunstancias o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro, pero que no están cubiertas por la Póliza.

**Solicitud-Certificado:** Documento que acredita la contratación de una póliza en grupo.

**Suma asegurada:** Monto máximo indicado en la Solicitud-Certificado y en las Condiciones Particulares, que deberá pagar LA COMPAÑÍA a favor de EL BENEFICIARIO, en caso de siniestro, conforme a los límites indicados en la póliza

#### Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes

El presente microseguro 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, conforme a la Ley N°29355.

#### Solicitud de Cobertura Fraudulenta

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho previsto en este microseguro:

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

#### Importante

1. La afiliación es sólo válida para personas entre 18 y 49 años con 364 días de edad. Pueden permanecer en el microseguro las personas hasta los 61 años y 364 días de edad.
2. **Periodo de carencia:** LA COMPAÑÍA no cubrirá los siniestros por Fallecimiento si la enfermedad que causó el fallecimiento es diagnosticada en los primeros 30 días contados desde la fecha de inicio de vigencia indicada en la Solicitud-Certificado. Las demás coberturas no contemplan periodo de carencia.
3. El ASEGURADO tiene derecho de acceder al contenido de la Póliza de seguro de grupo o colectivo o a solicitar copia de ella. La póliza debe ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la fecha de recepción de la solicitud.
4. Toda comunicación, reclamo o solicitud de cobertura dirigida al Comercializador sobre aspectos relacionados a este microseguro contratado, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a LA COMPAÑÍA.
5. Todo pago realizado por el ASEGURADO al Comercializador con respecto al microseguro contratado se considerará abonado a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización
6. LA COMPAÑÍA es responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización del presente microseguro en que incurra el Comercializador y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los ASEGURADOS y/o beneficiarios.
7. El presente seguro formará parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, creado mediante la Ley 29355.
8. Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.
9. **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.

#### Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas, electrónicas o telefónicas.

#### Autorización por Uso de Medios de Comunicación Pactados

El ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará LA COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro son los establecidos en este documento, salvo que la normatividad señale una forma específica de comunicación



**CONDICIONADO DEL SERVICIOS DEL PROGRAMA “CHUBB - ASISTENCIA SEPELIO UPGRADE BANBIF”  
ENTRE ASISTENCIA 365 SAC. y CHUBB.****1. INTRODUCCIÓN**

**CHUBB** con su programa “**CHUBB - ASISTENCIA SEPELIO UPGRADE BANBIF**”, le brinda Asistencia Médica Ambulatoria, telemedicina y servicio telefónico, ante cualquier eventualidad los 365 días del año, las 24 horas del día con tan sólo una llamada al **(01) 610-6695**, **IMPULSA 365 S.A.C.** dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier problema, sujetándose para ello al presente contrato.

**2. GLOSARIO DE TERMINOS**

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

- A) **CHUBB: CHUBB**
- B) **A365: IMPULSA 365 S.A.C.**
- C) **AFILIADO:** Es la persona física **AFILIADO** a **CHUBB** que se haya **AFILIADO** a “**CHUBB - ASISTENCIA SEPELIO UPGRADE BANBIF**”. Dentro de este rubro el **AFILIADO** registrado, podrá gozar de todos los servicios a los que tiene derecho de acuerdo con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.
- D) **TITULAR: AFILIADO** principal de **CHUBB**.
- E) **SOL:** La moneda en curso legal en la República del Perú
- F) **SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados en **CHUBB** y que se refiere el presente documento.
- G) **SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Todo hecho o acto del hombre, accidente, ocurrido al **AFILIADO** de acuerdo a los términos y con las características y limitaciones establecidas en el documento, que den derecho a la prestación de los **SERVICIOS**.
- H) **ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales al **AFILIADO** causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad) que ocurra al **AFILIADO** durante la vigencia del presente.
- I) **FECHA DE INICIO:** Contados a partir de la fecha de **inicio de vigencia del Certificado del Microseguro de Sepelio Upgrade**. Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece **A365** estarán a disposición del **AFILIADO** de **CHUBB**.
- J) **PAÍS DE RESIDENCIA:** La república del Perú.
- K) **REPRESENTANTE:** El **AFILIADO** que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.
- L) **TERRITORIALIDAD PARA SERVICIOS MEDICOS:**

**3. LÍMITES TERRITORIALES****Lima Metropolitana, Callao y Balnearios**

Por el Norte: Hasta la Variante de Ancón.

Por el Sur: Hasta Villa el Salvador (en verano se amplía hasta Asia).

Por el Este: Hasta Chosica.

Por el Oeste: Hasta la Punta.

Provincias: El radio de acción será de 40km. a la redonda, partiendo del centro de cada ciudad.

Por el Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote y Huaraz.

Por el Sur: Chinchá, Pisco, Ica, Arequipa, Juliaca, Puno y Tacna.

Por el Este: Huancayo, Huánuco y Cuzco.

Para las ciudades donde no exista infraestructura pública o privada para la prestación del servicio **A365** coordinará con el **AFILIADO** el servicio más cercano a la ciudad donde viva el **AFILIADO**. En caso de que **A365** no ubique proveedor disponible por disponibilidad o tiempos prolongados se realizará el reembolso correspondiente de la atención que no se pueda prestar, siempre que el **AFILIADO** se contacte previamente a la central de atención y cuente con los documentos de sustento.

**4. SERVICIOS:****A. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA:**

En caso de que el **AFILIADO** requiera de una consulta telefónica con un médico ante cualquier molestia que sufriera (**situaciones que no sean emergencia**), **A365** gestionará y coordinará un enlace telefónico con un médico especialista en medicina general para que absuelva su consulta. **Este servicio se brindará las 24 horas del día, los 365 días del año. A365 no se hace responsable por el diagnóstico que se brinde o el mal manejo de la orientación brindada. El servicio aquí indicado se realizará: CON COBERTURA AL 100% Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

**B. TELEMEDICINA (VIDEOLLAMADA) EN MEDICINA GENERAL:**

En caso de que el **TITULAR** requieran de una consulta médica por video llamada ante cualquier molestia que sufriera (**situaciones que no sean emergencia**), **A365** gestionará la habilitación de un consultorio virtual con un médico en las especialidades de Medicina General.

**Este servicio se brindará de lunes a sábado de 08:00 am - 08:00 pm . El servicio aquí indicado se realizará con cobertura al 100% POR CONSULTA E ILIMITADO.** Para hacer uso de la telemedicina el **TITULAR** deberá comunicarse previamente con la central de atención y solicitar la cita.

**IMPORTANTE:** el TITULAR debe previamente llamar a la central para que le enviemos luego del triaje telefónico un link por mail o por SMS para la videoconsulta.

El servicio de Telemedicina podrá recetar medicamentos, pero solo estarán incluidos hasta el máximo en cobertura en la consulta a domicilio.

**C. ORIENTACION NUTRICIONAL TELEFONICA + PLAN DE ALIMENTACIÓN (REFORZAMIENTO DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO):**

En caso de que el AFILIADO requiera de una consulta telefónica con un nutricionista ante cualquier consulta y/o plan de alimentación, aconsejará entre otros (**situaciones que no sean emergencia**), A365 gestionará y coordinará un enlace telefónico con un médico especialista en nutrición para que absuelva su consulta. **Este servicio se brindará las 24 horas del día. A365 no se hace responsable por el diagnóstico que se brinde o el mal manejo de la orientación brindada. El servicio aquí indicado se realizará: SIN COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS AL AÑO.**

**D. CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA EN RED EN MEDICINA GENERAL (\*):**

Cuando el TITULAR requiera realizar consulta médica en medicina general, A365 a través de su proveedor de servicios y a solicitud del TITULAR coordinará en los centros médicos afiliados a su red la cita correspondiente para que el TITULAR sea atendido. **Este servicio se brindará con cobertura al 100 % POR ATENCIÓN, 2 VECES AL AÑO (CADA 7 DÍAS ENTRE CONSULTAS).**

(\*) Solo se reembolsará S/ 15.00 por consulta y sólo en aquellos casos donde no exista red de centros médicos afiliados hasta un máximo de 4 eventos por año.

**E. MEDICAMENTOS GENÉRICOS DERIVADOS DE LA MEDICINA GENERAL, ENTREGADOS EN CADENA DE FARMACIAS INKAFARMA Y/O MI FARMA A NIVEL NACIONAL:**

En caso de que el TITULAR requiera de la entrega de medicamentos genéricos luego de la consulta médica a domicilio por A365 con su red médica. A365 cubrirá la entrega o el reembolso de dichos medicamentos **hasta por un tratamiento máximo de 15 días. El servicio aquí indicado se realizará: CUBIERTO AL 100% Y 2 EVENTOS AL AÑO.**

Los medicamentos derivados de la consulta de Consulta Ambulatoria son genéricos. Estos deben ser recetados por el doctor dentro de la atención médica a domicilio y la cobertura abarca a medicamentos destinados a solucionar la urgencia del paciente, **se brinda medicamentos para un máximo de hasta 15 (quince) días de tratamiento. No están en cobertura, así estén recetados, productos cuyo fin sea el inicio, continuidad o fin de tratamientos.**

**F. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE (EN AMBULANCIA):**

En caso de que el AFILIADO sufra una enfermedad grave o accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización o estabilización, A365 gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, A365 coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de: **S/.300.00 POR EVENTO Y 1 EVENTO POR AÑO (POR ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD GRAVE).**

**G. MÉDICO A DOMICILIO, MEDICINA GENERAL:**

En caso de que el TITULAR sufra una enfermedad o padecimiento del momento y que requiera la evaluación o diagnóstico de un Médico General, A365 gestionará y cubrirá el costo del traslado del médico a la residencia del TITULAR, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del TITULAR siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

**Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por A365, no están cubiertas, y A365 no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el beneficiario o terceros. EL SERVICIO TIENE UN CO - PAGO DE S/. 20.00 NUEVOS SOLES POR ATENCION Y 2 EVENTOS AL AÑO.**

**Es importante mencionar que el medico a domicilio no entrega descansos médicos, ni recetas de continuidad médica al TITULAR.**

**5. EXCLUSIONES MÉDICAS:**

Están excluidos de esta cobertura las prestaciones y hechos siguientes:

- A) Los servicios que el TITULAR haya concertado por su cuenta, sin previa coordinación con EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA través de su proveedor de servicios.
- B) La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- C) Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación en toda clase de competencias deportivas profesionales, es decir, prácticas amateurs son cubiertas.
- D) Quedan excluidas de estas coberturas las atenciones de cualquier índole a causa de enfermedades crónicas o PREEXISTENTES (incluyendo, pero no limitado a: hipertensión arterial, cáncer, diabetes, insuficiencia renal, respiratoria o cardíaca, cirugías) quedan excluidas las prótesis u órtesis internas o externas incluyendo, pero no limitado a: prótesis dentales, audífonos, anteojos, muletas, férulas, nebulizadores, respiradores, etc. en caso de procedimientos, cirugías u hospitalizaciones.
- E) Están también excluidas todas las enfermedades psicológicas mentales y/o afines, así como sus consecuencias.
- F) Están excluidas de la presente cobertura las pandemias, sospechas de pandemias y epidemias advertidas por la OMS o MINSA, para lo cual se deberá seguir el protocolo de atención según el MINSA haya notificado.

**6. EXCLUSIONES GENERALES:**

No son objeto de los SERVICIOS, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- A) La mala fe del TITULAR comprobada por el personal de A365.
- B) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- C) Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- D) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- E) Cuando el TITULAR no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- F) Cuando el TITULAR no se identifique como TITULAR de CHUBB
- G) Cuando el TITULAR incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- H) En caso de que el costo del servicio de exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el TITULAR.
- I) A365 avisará a CHUBB de los servicios improcedentes por las causas arriba citadas para verificar si éste autoriza la prestación del servicio por la calidad del cliente de que se trate siempre y cuando que por circunstancias de la hora y el día se pueda comunicar inmediatamente, de lo contrario se reportará al día siguiente hábil por escrito.

**7. OBLIGACIONES DEL TITULAR:**

Con el fin de que el TITULAR pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- A) Abstenerse de realizar gastos sin haber consultado previamente con **EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA**.
- B) El TITULAR deberá llamar a la Central de Atención: **(01) 610-6695**.
- C) Seguidamente, deberá identificarse con el nombre del TITULAR, DNI, teléfono y dirección para la validación respectiva.
- D) El SERVICIO se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables.

**8. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:**

Queda entendido que A365 podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.