

## CHUBB®

### Seguro Vida Ley Trabajadores

Certificado de Seguro No. \_\_\_\_\_

Código SBS: VI2037310002

Póliza No. \_\_\_\_\_

Datos de la Compañía	
Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	
RUC: 20390625007	
Domicilio: Calle Amador Merino Reyna N° 267, of. 402, San Isidro, Lima	
Teléfono: 417-500	
Correo: atencion.seguros@chubb.com	Web: www.chubb.com/pe

Datos del Contratante	
Razón Social:	RUC:
Dirección:	
Urbanización/Zona:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Correo electrónico:

Datos del Comercializador	
Razón Social:	RUC:
Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

Datos del Asegurado		
Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Tipo de Doc Id.:	Número de Doc. De Id.:	
Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa		
Dirección:		
Urbanización/Zona:	Distrito:	
Provincia:	Departamento:	
Teléfono:		
Relación con el Contratante: Empleado/Trabajador		

Datos Generales	
<b>Fecha de emisión:</b>	<b>Moneda:</b>
Fecha de Inicio de Vigencia: La vigencia del presente certificado se inicia, respecto de cada Asegurado, a partir de las 12:00 horas del día en que éste hubiera sido declarado por primera vez como Asegurado del Contratante. La cobertura se mantendrá vigente en tanto: 1) La póliza se mantenga vigente o se renueve, 2) el Asegurado siga perteneciendo a la planilla del Contratante, 3) Siempre y cuando el Contratante continúe declarando al Asegurado y 4) el Contratante continúe efectuando el pago de la prima correspondiente.	
<b>Fin de Vigencia:</b>	
<b>Renovación:</b> Facultativa	

**Descripción del Interés Asegurable**  
 Brindar cobertura al ASEGURADO en caso de fallecimiento e Invalidez de acuerdo a lo previsto en la normativa vigente.

Coberturas y Sumas Aseguradas	
Coberturas Básicas	Suma Asegurada

Fallecimiento Natural	16 Remuneraciones Mensuales
Fallecimiento Accidental	32 Remuneraciones Mensuales
Invalidez Total y Permanente por Accidente	32 Remuneraciones Mensuales

Coberturas Adicionales	Remuneraciones	Suma Asegurada Máxima
X	X	S/ USD/

### Descripción de las Coberturas

- Fallecimiento Natural: Por fallecimiento natural del trabajador se abonará a sus beneficiarios dieciséis (16) remuneraciones mensuales que se establecen en base al promedio de lo percibido por aquél en el último trimestre previo al fallecimiento.
- Fallecimiento Accidental: Por fallecimiento del trabajador a consecuencia de un accidente, se abonará a los beneficiarios treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por aquél en la fecha previa al accidente.
- Invalidez Total y Permanente por Accidente: Por invalidez total y permanente del trabajador originada por accidente se abonará treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por él en la fecha previa del accidente

Las coberturas y las sumas aseguradas no pueden ser modificadas por la COMPAÑÍA.

**Las coberturas básicas son excluyentes: se podrá utilizar una sola cobertura durante la vigencia del seguro.**

### Exclusiones

**Los beneficios del seguro no se otorgan si el fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO se debe a:**

**Suicidio, intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del ASEGURADO, salvo que hubiesen transcurridos al menos dos (2) años completos desde la fecha de celebración del seguro.**

### 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.

**Fallecimiento Natural:** Es el deceso del ASEGURADO por cualquier causa, con excepción de lo indicado en Muerte Accidental.

**Fallecimiento Accidental:** Se entiende por muerte accidental aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

**Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Se considera como Invalidez Total y Permanente por Accidente únicamente los casos siguientes:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental o descerebramiento que no permita al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- Fractura incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente.
- Pérdida total de la visión de ambos ojos.
- Pérdida completa de ambas manos.
- Pérdida completa de ambos pies.
- Pérdida completa de una mano y de un pie.

Se entiende por pérdida total o completa, la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro y/o sentido lesionado.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por Muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

**Remuneración Mensual:** Se entiende por remuneración mensual aquella que se consigna en el libro de planillas y boletas de pago percibidas habitualmente por el trabajador, con exclusión de las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente, hasta el tope de una remuneración máxima asegurable, establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones.

Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo, se considera el promedio de las remuneraciones percibidas en los últimos tres (3) meses.

### Prima

**Prima comercial:** Equivalente al valor que resulta de multiplicar la suma de las remuneraciones mensuales de los Empleados, Obreros u Obreros de Alto Riesgo asegurados por la tasa neta que corresponde a cada categoría de asegurado y por la cantidad de meses corresponde a la vigencia de la presente póliza.

### Prima comercial + IGV: A cargo del CONTRATANTE

El pago de la prima se realizará en el plazo y la forma establecida en las Condiciones Particulares.

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros XX

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador XX

Cargos por la intermediación de seguros a través de corredores de seguros y número de registro del corredor xx

### Continuidad del seguro en caso de cese

En caso de cese del trabajador ASEGURADO, éste puede optar por mantener su seguro de vida; para lo cual, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al término de la relación laboral, debe solicitarlo por escrito a la Compañía y efectuar el pago de la prima, la misma que se calcula sobre el monto de la última remuneración percibida, hasta el tope de la remuneración máxima asegurable, conforme a la definición establecida en el Artículo 1º Definiciones de las Condiciones Generales.

Para ello la COMPAÑÍA suscribirá un nuevo contrato con el ex trabajador sujeto a la prima que acuerden las partes contratantes, extendiéndose una póliza de vida individual con vigencia anual renovable.

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

- I) **Aviso del siniestro:** EL CONTRATANTE y/o los BENEFICIARIOS deberá(n) dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados de la ocurrencia del siniestro, tan pronto como sea posible, de la ocurrencia del siniestro.
- II) **Documentos:** Posteriormente, para efectuar la Solicitud de Cobertura, se deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA, según corresponda, los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada). Los BENEFICIARIOS podrá(n) presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

### En caso de Fallecimiento Natural:

- Documento de identidad del asegurado, de contar con el mismo.
- Acta de Defunción, emitida por el RENIEC.
- Certificado Médico de Defunción, emitido por la institución médica correspondiente.
- Declaración Jurada de Beneficiarios (\*), o Testimonio notarial de Testamento por escritura pública (solo si este es posterior a la Declaración Jurada de Beneficiarios).

- Boletas de pago del ASEGURADO correspondientes a los 3 meses previos a la fecha de fallecimiento (copia simple), emitido por el CONTRATANTE.

En el supuesto caso de no existir una Declaración Jurada de Beneficiarios o Testamento por escritura pública, la COMPAÑÍA solicitará la Sucesión Intestada debidamente formalizada.

En caso de Fallecimiento Accidental:

- Documento de identidad del asegurado (copia simple), de contar con el mismo.
- Acta de Defunción, emitida por el RENIEC.
- Certificado Médico de Defunción, emitido por la institución médica correspondiente.
- Atestado o Parte Policial, cuando se haya emitido por parte de la Policía Nacional del Perú.
- Protocolo de Necropsia, cuando se haya emitido por parte del Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público;
- Declaración Jurada de Beneficiarios (\*), o Testimonio notarial de Testamento por escritura pública (solo si este es posterior a la Declaración Jurada de Beneficiarios).
- Boletas de pago del ASEGURADO correspondientes a los 3 meses previos a la fecha de fallecimiento, emitido por el CONTRATANTE.

En el supuesto caso de no existir una Declaración Jurada de Beneficiarios o Testamento por escritura pública, la COMPAÑÍA solicitará la Sucesión Intestada debidamente formalizada.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- Documento de identidad del asegurado (copia simple)
- 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 (original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada).
- Boletas de pago del ASEGURADO correspondientes a los 3 meses previos a la fecha de accidente, emitido por el CONTRATANTE.

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

- (\*) La declaración jurada deberá ser entregada a LA COMPAÑÍA dentro del plazo de 48 horas de producido el fallecimiento de EL ASEGURADO. En caso EL ASEGURADO no hubiese presentado la declaración de beneficiarios a la que se refiere la mencionada norma, EL CONTRATANTE deberá proporcionar a la COMPAÑÍA una carta indicando que EL ASEGURADO no presentó dicha declaración.

## Pago de Beneficios

El pago de la indemnización por parte de la COMPAÑÍA se efectuará dentro de las setenta y dos (72) horas de presentada la solicitud de cobertura con los documentos adjuntos solicitados, caso contrario pagará los intereses legales que correspondan por el atraso producido en caso de vencer el plazo definido.

El pago se ejecutará en favor de los beneficiarios que aparezcan en la Declaración Jurada o en el Testamento por escritura pública si éste es posterior a la Declaración Jurada o en la Sucesión Intestada.

La entrega se efectuará sin ninguna responsabilidad para la COMPAÑÍA en caso aparecieran posteriormente beneficiarios con derecho al seguro de vida.

Si hubiese menores de edad, el monto que les corresponda se entregará al padre sobreviviente, tutor o apoderado, quien administrará los montos que le corresponde a los menores conforme a las reglas del Código Civil.

En el caso de invalidez, el capital asegurado será abonado directamente al ASEGURADO o por impedimento de éste a su cónyuge, curador o apoderado especial.

La COMPAÑÍA queda liberada de toda obligación de pago de la indemnización, a partir de la fecha de consignación del importe del monto asegurado, dicha consignación no podrá producirse antes de haber transcurrido treinta (30) días naturales desde el deceso del trabajador.

### Canales de comunicación para presentar consultas, reclamos y/o denuncias a la COMPAÑÍA

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

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

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

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

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

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

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

### Causales de Terminación de la Cobertura, Resolución y Nulidad del Contrato de Seguro.

La cobertura del contrato de seguro termina para el ASEGURADO, cuando se resuelva el vínculo contractual entre dicho ASEGURADO y el Contratante.

La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) **Por falta de pago de la prima, en cuyo caso La COMPAÑÍA procederá de acuerdo a lo indicado en el numeral 3 de las condiciones generales.**
- b) **Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, para lo cual, el Contratante deberá enviar una comunicación escrita a la COMPAÑÍA con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución del contrato.**
- c) **Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La COMPAÑÍA ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días calendario contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días calendario por El Contratante, La COMPAÑÍA podrá resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días calendario computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días calendario mencionados precedentemente.**

Cabe precisar que si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, la indemnización debida se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto. El monto que corresponda a esta reducción será cobrado por La COMPAÑÍA a El Contratante.

Asimismo, La COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

- d) **Por decisión de la COMPAÑÍA, lo cual deberá ser comunicado al Contratante de manera escrita en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la COMPAÑÍA opte por resolver la póliza tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La presente decisión no podrá ser ejercida por la COMPAÑÍA como consecuencia del cambio de actividad del ASEGURADO conforme a lo establecido en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.**

**En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la COMPAÑÍA, ésta tiene derecho a percibir la prima por el periodo en curso.**

**Asimismo, para los casos en que el Contratante no comunique la agravación del riesgo, La COMPAÑÍA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:**

- i) **El Contratante y/o ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.**
- ii) **Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La COMPAÑÍA.**
- iii) **Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.**
- iv) **La COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.**

**En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, La COMPAÑÍA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al Contratante, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.**

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b), La COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto. En la fecha que se efectúe la resolución contractual, deberá gestionarse por escrito y en las oficinas de La COMPAÑÍA, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no se estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. y que se efectuará en un plazo no mayor a treinta (30) días contados desde la solicitud.

La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro y desde el momento de su celebración.

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- (i) **Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.**
- (ii) **Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.**
- (iii) **Por reticencia y/o declaración inexacta -si media dolo o culpa inexcusable del Contratante- de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si La COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La COMPAÑÍA tiene un plazo de 30 (treinta) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.**

En caso de nulidad, La COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses (la cual se efectuará en un plazo de treinta (30) días contados desde la declaración de nulidad), excepto cuando el Contratante realice una

declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la COMPAÑÍA retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

**Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o ASEGURADO que fueron materia de una pregunta expresa y respuesta en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.**

En los casos de reticencia y/o declaración inexacta no procede la nulidad, revisión o resolución del contrato, cuando:

- i) **Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La COMPAÑÍA conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.**
- ii) **Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.**
- iii) **Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o documentos accesorios o complementarios que La COMPAÑÍA incluya en la solicitud del presente contrato de seguro y La COMPAÑÍA igualmente celebró el contrato.**
- iv) **Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.**

#### Modificaciones de las Condiciones Contractuales

##### Durante la vigencia del contrato

Cualquier modificación de los términos contractuales del Contrato de Seguros durante la vigencia de la Póliza, deberá ser previamente comunicada por escrito al CONTRATANTE por los mecanismos pactados entre las partes, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar su decisión dentro del plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue notificada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.

##### A la renovación del contrato

Cuando la COMPAÑÍA decida incorporar modificaciones en la renovación del contrato de seguro, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entiende aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el contrato de seguro fue acordado hasta el fin de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la Póliza, lo que será comunicado al Contratante utilizando los mismos medios que usó para la contratación del seguro.

La COMPAÑÍA deberá proporcionar la documentación suficiente al CONTRATANTE y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato, conforme a los procedimientos antes indicados, según corresponda.

Las modificaciones realizadas no podrán contravenir lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688.

#### 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: (51) 224 7777, Web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe).

### Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

El ASEGURADO acepta expresamente que la COMPAÑÍA comunique sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe). Esta autorización incluye compartir información con terceros para fines estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

El ASEGURADO acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por LA COMPAÑÍA para realizar estudios estadísticos y de siniestralidad, remitir información sobre sus productos y servicios, a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita, así como el flujo transfronterizo de la información a otras entidades ubicadas en Estados Unidos con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de la COMPAÑÍA.

Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe), respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

EL ASEGURADO manifiesta que tiene conocimiento sobre sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignando nombre y apellidos, tipo y número de documentos de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com).

La COMPAÑÍA declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP-PJP N° 4036.

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

### Medios de comunicación pactados

El ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro se podrán usar medios físicos, electrónicos, comunicaciones telefónicas.

### Importante

La información contenida en esta Solicitud-Certificado se complementa con las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- LA COMPAÑÍA es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- La presente Solicitud-Certificado forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

### CARGAS

- *El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.*
- *Dentro de la vigencia del contrato de seguro el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.*

---

Firma de representante de  
Chubb Seguros Perú