

Seguro Ruta Protegida

Solicitud-Certificado N° _____
 Código SBS: AE2036100143
 Póliza No: 31 – 170511

Datos Generales de la Solicitud-Certificado				
Inicio de vigencia: las 12 hrs. Del _____				
Fin de vigencia: Las 12 hrs. Del _____, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero.				
Renovación: Facultativa				
Vigencia: Anual				
Compañía de Seguros (La Compañía)				
Denominación Social: Chubb Seguros Perú S.A.		RUC: 20390625007		
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima		Teléfono: 417-5000		
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com		Página Web: http://www.chubb.com/pe		
Contratante/Comercializador				
Denominación o Razón Social: Financiera QAPAQ S.A.				
Tipo y N° Doc. Identidad: RUC 20521308321				
Dirección: Av. Pershing N°455, Urb. Country Club Lima			Distrito: Magdalena del Mar	
Provincia: Lima			Departamento: Lima	
Teléfono: (01) 205-4320			Página web: https://www.qapaq.pe/	
Asegurado				
Nombres y Apellidos:		Tipo y N° Doc. Identidad:		
Fecha de Nacimiento:		Distrito:		
Dirección:		Departamento:		
Provincia:		Correo Electrónico:		
Teléfono:		Relación con el Contratante: Cliente		
Responsable de Pago (En caso no completen el cuadro Responsable de Pago, se entiende que el Asegurado es el Responsable de Pago)				
Nombres y Apellidos:		Tipo y N° Doc. Identidad:		
Fecha de Nacimiento:		Distrito:		
Dirección:		Departamento:		
Provincia:		Correo Electrónico:		
Teléfono:		Relación con el Contratante: Cliente		
Requisitos para ser Asegurado				
Edad de Mínima de Ingreso: 18 años				
Edad Máxima de Ingreso: 70 años con 364 días				
Edad Máxima de Permanencia: 75 años con 364 días				
Beneficiarios				
Según lo declarado en el presente documento:				
Nombres	Apellidos Paterno	Apellido Materno	% de Capital	Relación con el Asegurado
En caso no se hayan designado porcentajes, se pagará a cada uno de los Beneficiarios descritos en el presente documento en alícuotas iguales. Asimismo, en caso de no haberse designado ningún beneficiario se pagará en alícuotas iguales a los herederos legales.				

Descripción del Interés Asegurado

Proteger al ASEGURADO contra el riesgo de fallecimiento por causa de un accidente.

Coberturas

Cobertura	Suma Asegurada
Muerte Accidental	S/ 1,000

Beneficios Adicionales

SERVICIOS DE ASISTENCIA (*)	MONTO MÁXIMO	EVENTOS POR AÑO
ASISTENCIA MÉDICA		
Orientación médica general telefónica	100%	Sin límite
Orientación psicológica telefónica	100%	Sin límite
Telemedicina general	100%	8 eventos
Ambulancia por emergencias	Hasta S/ 350.00	3 eventos
ASISTENCIA VEHICULAR		
MONTO MÁXIMO		MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
Grúa por emergencia	Hasta S/ 350.00	2 eventos
Auxilio vial (cambio de llanta, paso de corriente, envío de combustible, apertura de puerta)	Hasta S/ 150.00	10 eventos
Chofer de reemplazo	Hasta S/ 150.00	1 evento
Asistencia legal telefónica	100%	Sin límite
Lavado vehicular de bienvenida	Hasta S/ 150.00 Co-pago S/ 45.00	1 evento
ASISTENCIA EDUCATIVA		MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
Plataforma Educativa	Acceso ilimitado	Acceso ilimitado
Acceso a plataforma Personalizada		
Cursos de interés		
Webinars de interés		
Talleres personalizados		

(*) El servicio de asistencia es brindado por Impulsa 365 S.A.C identificada con RUC 20506760721. Para hacer uso de dichos servicios, el ASEGURADO deberá comunicarse al (01) 613-1356 las 24 horas del día. Aplican términos y condiciones en el condicionado de Servicio de Asistencia previsto al final del presente documento.

Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura indicada, los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto ilícito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que el mismo constituya delito o causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Por acto delictivo cometido por el beneficiario o heredero contra el ASEGURADO, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes beneficiarios o herederos,

si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al beneficiario excluido.

- f) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- g) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, entendidas estas como cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado o cualquier lesión, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro.
- i) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en actividades competitivas o deportivas de manera profesional.
- j) El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO. Ejemplos: ser minero, bombero, vigilante, miembro de las fuerzas armadas o policiales.
- k) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación, asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de un accidente de tránsito, así como el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no está referida únicamente al accidente de tránsito.
- m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
- n) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- o) Las consecuencias de hernias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.
- p) Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.
- q) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
- r) Apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos.

Prima

Prima Comercial: S/ 50.85
Prima Comercial + IGV: S/ 60.00

Periodicidad de pago: Prima única adelantada

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 45.63%

Forma y Lugar de Pago de la Prima: (marcar la opción elegida con una "X"):

- Con cargo al crédito del ASEGURADO ()
- En efectivo ()

Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Solicitud-Certificado, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, siempre que la Solicitud-Certificado no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la Solicitud-Certificado, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó su solicitud.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita quedando la Solicitud-Certificado resuelta de manera inmediata. Si la COMPAÑÍA ejerce dicho derecho, deberá comunicarlo previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales (durante la vigencia del contrato)

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación.

EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato.

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Renovación

El seguro no se renueva automáticamente.

Terminación del Seguro

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

- a) La muerte del ASEGURADO Titular.
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia. En dicho caso, la COMPAÑÍA procederá a reembolsar al CONTRATANTE/ASEGURADO, según corresponda, la prima en función al periodo no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la fecha de terminación.
- c) Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, en caso ésta no haya sido renovada.
- d) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

En caso de siniestro, el BENEFICIARIO deberá cumplir con lo siguiente:

- 1) **Aviso del siniestro:** Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- 2) **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:
 - a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerlo físicamente;
 - b. Partida o Acta de Defunción;
 - c. Certificado Médico de Defunción completo;
 - d. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;
 - e. Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo, según corresponda;
 - f. Protocolo de Necropsia completo, según corresponda; y
 - g. Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

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

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.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR

Medios habilitados para presentar consultas y/o reclamos:

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

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

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

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

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

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

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

Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias

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

Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO Titular otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, incluya todos sus datos personales consignados en la presente póliza en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información. Esta autorización incluye compartir información con terceros para fines estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes.

El ASEGURADO entiende que la COMPAÑÍA puede comunicar sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

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

Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

EL ASEGURADO AUTORIZA: SI _____ NO _____ (MARCAR CON UNA X LA OPCION ELEGIDA)

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.

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.

Domicilio y Comunicaciones

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

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

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas de forma física o por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la solicitud de seguro (electrónicas o telefónicas), con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

Importante

- La información contenida en esta Solicitud-Certificado se complementa con las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- Las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- LA COMPAÑÍA es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- 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.**

Fecha de emisión:



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

EL ASEGURADO

CONDICIONADO DEL SERVICIO DEL PROGRAMA RUTA PROTEGIDA

1. INTRODUCCION

Ante cualquier eventualidad, **IMPULSA 365 S.A.C** les brinda a sus **AFILIADO** mediante su programa “**CHUBB – RUTA PROTEGIDA**”, Asistencia Médica, Vehicular y Educativa ante cualquier eventualidad las 24 horas del día, los 365 días del año. Con tan sólo una llamada al (01) 613-1356, dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier problema, sujetándose para ello al presente condicionado.

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

2.1 DEFINICIONES.

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.

B) A365: IMPULSA 365 S.A.C

C) AFILIADO: Es la persona física **AFILIADO** al seguro “**RUTA PROTEGIDA**”. Dentro de este rubro se entenderán como Beneficiarios del **AFILIADO** Cónyuge/conviviente e hijos menores de 18 años de edad. Quienes podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el **AFILIADO** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

D) TITULAR: **AFILIADO** principal de **CHUBB – RUTA PROTEGIDA**.

E) NUEVOS SOLES: La moneda en curso legal en la República del Perú

F) SERVICIOS: Los servicios de asistencia contemplados en el presente documento.

G) SITUACIÓN DE ASISTENCIA: Todo hecho o acto del hombre, accidente, avería o falla de un vehículo de un **AFILIADO** ocurrido en 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 a un **AFILIADO**, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad) que ocurra a un **AFILIADO** durante la vigencia del presente documento.

I) BENEFICIADOS: Cónyuge/conviviente e hijos menores de 18 años.

J) FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece A365 estarán a disposición de los **AFILIADOS**

K) PAÍS DE RESIDENCIA: La República del Perú.

L) REPRESENTANTE: Cualquier persona, sea o no acompañante del **AFILIADO** que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

M) EQUIPO MÉDICO: Es el personal médico y demás equipo asistencial de A365, o subcontratado por A365, apropiado para prestar servicios de asistencia pre - hospitalaria en urgencia médica a un **AFILIADO**.

N) TERRITORIALIDAD:

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: Chincha, Pisco, Ica, Arequipa, Juliaca, Puno y Tacna.
Por el Este: Huancayo, Huánuco y Cuzco.

Para las zonas donde no se cuente con proveedor disponible se podrá gestionar el reembolso ⁽¹⁾ del monto gastado hasta el límite gastado por asistencia, siempre que el cliente se contacte previamente a la central de I365 e informe la necesidad y cuando I365 no cuente con ayuda disponible en la localidad.

⁽¹⁾ **Zonas donde se brinde el servicio no aplica este beneficio.**

3. BENEFICIOS. TODAS LAS ASISTENCIAS PODRAN SER USADAS 48 HORAS DESPUES DE LA COMPRA DEL SEGURO.

3.1 SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA:

A) ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA GENERAL LAS 24 HORAS:

En caso de que el **AFILIADO Y SU FAMILIA** requiera de una consulta telefónica con un médico general 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. 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 LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO**

B) ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA:

En caso de que el **AFILIADO Y SU FAMILIA** requiera de una consulta telefónica con un Psicólogo ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), A365 gestionará y coordinará un enlace telefónico con un Psicólogo colegiado 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 LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

C) TELEMEDICINA MEDICINA GENERAL:

En caso de que el **AFILADO Y SU FAMILIA** 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 a través de su **PLATAFORMA DE TELESALUD** con un médico en medicina general para que absuelva su consulta.

Este servicio se brindará previa coordinación con el cliente para agendamiento. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LIMITE DE COSTO Y 8 EVENTOS AL AÑO.** Para hacer uso de la telemedicina el **AFILIADO** deberá contar con una conexión estable a internet y comunicarse previamente con la central de emergencias, realizar el pago a través de un link y solicitar la cita. **NO SE REALIZAN ATENCIONES DE EMERGENCIAS O URGENCIAS MÉDICAS, ni mediante LA PLATAFORMA DE TELESALUD** ni por solicitudes que realicen **LOS USUARIOS CLIENTES** a los profesionales de salud que prestan servicios mediante **LA PLATAFORMA DE TELESALUD.** En caso de emergencias o urgencias médicas, conforme a las normas legales vigentes, se debe llamar a una central de emergencia

El servicio de telemedicina no entrega medicamentos ni descansos médicos.

D) TRASLADO MÉDICO TERRESTRE (AMBULANCIA)

En caso de que el **AFILADO Y SU FAMILIA** sufran 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: **El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: S/. 350.00 SOLES POR EVENTO Y 3 EVENTOS AL AÑO.**
El presente servicio no cubre atenciones COVID-19

3.2 ASISTENCIA VEHICULAR: Los siguientes servicios de asistencia se prestarán únicamente en la República del Perú, desde el lugar de residencia permanente del **AFILIADO** o familiar, o desde cualquier sitio en el cual se encuentre dentro del referido país. Atención a vehículos de uso particular no mayor a 15 años de antigüedad autos sedan y camionetas.

A) ENVIO DE GRUA POR EMERGENCIAS:

En caso de avería automovilística o accidente que no permita la circulación autónoma del **VEHICULO** del **AFILADO Y SU FAMILIA**, I365 gestionará y cubrirá el costo de los servicios de remolque en grúa hasta el taller mecánico o el lugar indicado por el **AFILIADO**, con un límite máximo de: **S/. 350.00 POR SERVICIO Y 2 EVENTOS POR AÑO**

En todos los casos, el **AFILIADO** deberá acompañar a la grúa durante todo el trayecto de traslado del **VEHÍCULO** hasta el taller de destino o lugar indicado. Exceptuando los casos en que él o los ocupantes tengan que ser trasladados a un centro Hospitalario o Clínica, o que se encuentren imposibilitados para acompañar el vehículo.

Queda entendido que el **SERVICIO DE REMOLQUE** no se prestará a vehículos con carga y/o heridos. No incluye servicio de rescate ni patines para mover vehículos siniestrados.

B) AUXILIO VIAL:

Cambio de llanta: por el repuesto en caso de pinchadura. El servicio no realiza ni cubre parchado de llantas.

Paso de corriente: Carga de batería del vehículo del **AFILIADO**, **A365** gestionará y cubrirá el costo del envío de una persona que se encargue de solucionar el inconveniente respectivo, de tal forma que el vehículo en relación con el cual se solicita el servicio pueda movilizarse por sus propios medios.

Envío de combustible: **A365** gestionará y cubrirá el costo del envío de una persona que se encargue de solucionar el inconveniente respectivo, de tal forma que el vehículo en relación con el cual se solicita el servicio pueda movilizarse por sus propios medios con un límite máximo de: 100% de cobertura y de forma ilimitada. Queda entendido que el servicio cubre solo el traslado y el cliente debe cubrir el costo del combustible que necesite.

Apertura de Puerta: Apertura de puerta de vehículo, no incluye apertura de una maleta o encendido directo de un vehículo.

*****LOS SERVICIOS DE AUXILIOS VIALES TIENEN UN LIMITE DE S/.150.00 DE COBERTURA CADA UNO Y MAXIMO 10 EVENTOS EN TOTAL POR AÑO.*****

C) CHOFER DE REEMPLAZO (SOLO LIMA METROPOLITANA):

Cuando el **AFILIADO** requiera este servicio, **I365** a solicitud del **AFILIADO** podrá enviar un conductor profesional para trasladar al **AFILIADO** en su vehículo desde el punto de contacto hasta la dirección específica del destino. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **HASTA S/. 150.00 POR EVENTO Y 1 EVENTOS AL AÑO.**

La programación del servicio deberá solicitarse con 8 horas de antelación como mínimo. **La atención es sólo Lima Metropolitana en los distritos estipulados en la cobertura de Lima Metropolitana, en caso el servicio supere la cobertura el cliente pagará el excedente.**

- ✓ **La tolerancia es de 15 minutos como máximo (recojo y entrega)**
- ✓ **En caso de exceder este tiempo se cobrará un costo de S/. 50.00 por hora o fracción excedente.**
- ✓ **Se firmará una hoja de conformidad del servicio evaluando posibles daños encontrados.**

Distritos dentro de la cobertura: Cercado, San Luis, Breña, La Victoria, Rimac, Lince, San Miguel, Jesús María, Magdalena, Pblo. Libre. Barranco, MiraRoses, Surco, San Borja, Surquillo, San Isidro, Chorrillos.

D) ORIENTACION LEGAL VIA TELEFONICA:

Cuando el **AFILIADO** y su **Familia** requiera este servicio para consultas con un abogado en materia civil, penal o familiar, **A365** a solicitud del **AFILIADO** podrá coordinar un enlace telefónico para realizar la orientación telefónica. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: 100% Y SIN LIMITE DE EVENTOS.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO: Quedan excluidas de la presente cobertura, la atención presencial y consultas que excedan los 30 minutos. El servicio es para consultas de carácter inicial y no brinda continuidad ni consejería a otros casos consultados con anterioridad.

E) LAVADO VEHICULAR DE BIENVENIDA (CARENCIA DE 90 DIAS):

Cuando el **AFILIADO** requiera este servicio, **I365** a solicitud del **AFILIADO** podrá enviar un servicio de lavado vehicular a domicilio (limpieza básica externa e interna) Incluye el lavado de carrocería exterior, llantas y aspirado interior. El servicio se presta solo en Lima metropolitana. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **CO – PAGO S/. 45.00 HASTA S/. 150.00 POR EVENTO Y 1 EVENTOS AL AÑO.**

La programación del servicio deberá solicitarse con 48 horas de antelación como mínimo. **La atención es sólo Lima Metropolitana en los distritos estipulados en la cobertura de Lima Metropolitana.**

Distritos dentro de la cobertura: Cercado, San Luis, Breña, La Victoria, Rimac, Lince, San Miguel, Jesús María, Magdalena, Pblo. Libre. Barranco, MiraRoses, Surco, San Borja, Surquillo, San Isidro, Chorrillos.

3.3) PLATAFORMA EDUCATIVA:

Como parte de los beneficios asignados al plan asistencial el **AFILIADO** podrá contar con una plataforma educativa carga-

da con videos de diferentes cursos, la misma que se irá actualizando de forma bimensual, la plataforma está a su disposición 24 horas 365 días del año a través del enlace Web (<https://lessin.pe/perfil/>). El ASEGURADO deberá proporcionar su DNI para utilizar la plataforma y acceder a los cursos, los que podrá utilizar las veces que desee y disfrutarlo con la familia.

Como parte de los beneficios las categorías a atender serán, por ejemplo: Marketing Digital, desarrollo personal, nutrición, estrategia de ventas y muchas más.

Exclusiones de la plataforma educativa:

- Los cursos son cambiados sin previo aviso.
- El tiempo promedio de cada curso son 4 mes aproximadamente.
- Existen vigencias de curso por tiempo limitado.
- Los cursos y talleres no son fijos, pueden sufrir variación durante el tiempo de vigencia.

4. EXCLUSIONES GENERALES:

En caso de que el costo del servicio de emergencia exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el AFILIADO.

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

A) Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.

B) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.

C) Enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos, enfermedades Preexistentes y de las diagnosticadas con anterioridad.

D) La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.

E) Enfermedades mentales.

F) La adquisición y uso de prótesis o anteojos.

G) El embarazo.

H) Prácticas deportivas en competencia.

I) El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia del AFILIADO en el procedimiento.

J) La falta de cooperación del AFILIADO para la recuperación de la caución exhibida por la empresa.

K) 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 MISA haya notificado.

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.

6. EXCLUSIONES:

A) Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.

B) Cuando el Beneficiario no se identifique como AFILIADO de CHUBB – RUTA PROTEGIDA.

C) Cuando el Beneficiario incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

7. OBLIGACIONES DEL AFILIADO:

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

- A) Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **A365**.
- B) Identificarse como **AFILIADO** ante los funcionarios de A365 o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ASISTENCIA:

- A) El **AFILIADO** deberá llamar a la Central de Emergencia **(01) 613-1356**.
- B) Seguidamente, deberá identificarse con el nombre del **AFILIADO**, DNI, teléfono y dirección para la validación respectiva.
- C) El **SERVICIO** se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables.
- D) En el caso de los beneficios adicionales, el **AFILIADO** deberá abonar el importe por concepto de deducibles y/o gastos no cubiertos que correspondan según las condiciones establecidas en la póliza que tenga contratada.

9. SUBROGACIÓN.

A365 quedará subrogada hasta el límite del costo de los servicios prestados al **AFILIADO** de las sumas pagadas por dicha compañía, en relación con los derechos que tenga el **AFILIADO** para el cobro de indemnizaciones al responsable del accidente o enfermedad que haya dado lugar a la prestación de los servicios contemplados en el presente documento.

10. 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.