

Seguro de Accidentes Personales

Solicitud-Certificado N°

Código SBS: AE2036100143

Póliza No: 31-170742

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: Automática
 Vigencia: Anual
 Corredor: MARSH PERU S.A.C. CORREDORES DE SEGUROS Cód. SBS N°: J0045
 Comisión: 9.71% de la prima comercial

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: Caja Rural de Ahorro y Crédito del Centro S.A.
 Tipo y N° Doc. Identidad: RUC 20568444737
 Dirección: JR. CUSCO NRO. 327, HUANCAYO, PERÚ Distrito: Huancayo
 Provincia: Huancayo Departamento: Junín
 Teléfono: (64) 484848 Página Web: <https://www.cajacentro.com.pe/>

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos: _____ Tipo y N° Doc. Identidad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Departamento: _____
 Provincia: _____
 Correo Electrónico: _____
 Relación con el Contratante: Cliente

Prima

Prima Comercial: S/ 40.68
 Prima Comercial + IGV: S/ 48.00
 Periodicidad de pago: Anual
 La prima comercial incluye:
 Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: 9.71% / J0045
 Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 24.27%

Forma y Lugar de Pago de la Prima: Marcar con una "X"

En efectivo () Con cargo al crédito () Cargo en cuenta ()

Cuando se establezca pago con cargo en CUENTA BANCARIA del ASEGURADO TITULAR:

- El ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo mensual de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de 1 re-intento de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de 1 nuevo intento en la siguiente fecha de cargo, incluyendo en esta última oportunidad la prima del mes pendiente más la prima del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, la Solicitud- Certificado quedará extinguido transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO TITULAR del pago oportuno de la prima.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

Beneficiarios

Para la cobertura de Muerte Accidental:

Los beneficiarios serán las personas designadas por el ASEGURADO en el presente documento:

<u>Nombres</u>	<u>Apellidos Paterno</u>	<u>Apellido Materno</u>	<u>% de Capital</u>	<u>Relación con el Asegurado</u>

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.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, y Renta Hospitalaria por Accidente:

El beneficiario será el mismo ASEGURADO

Para la cobertura de Desamparo Familiar Súbito:

Solo serán beneficiarios los hijos del ASEGURADO que sean menores de dieciocho (18) años al momento del fallecimiento de ambos padres.

Descripción del Interés Asegurado

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

Coberturas

Coberturas	Descripción	Sumas Aseguradas y Límites
Muerte Accidental (*)	<p>En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza, ya sea que el accidente haya ocurrido en territorio nacional, LA COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en el presente documento, en los plazos y términos que se señalan en el mismo, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro.</p> <p>Este seguro cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de LA COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.</p> <p>El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.</p>	S/ 10,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente (*)	<p>La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia de este seguro, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en el presente documento. Esto se cumplirá siempre y cuando la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el presente documento, el seguro principal esté vigente y la causa de la Invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro.</p> <p>Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente cubierto por este seguro.</p> <p>La COMPAÑÍA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.</p> <p>Esta cobertura brinda cobertura en el ámbito nacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.</p>	Suma Asegurada Máxima por cualquiera de las coberturas en total
Desamparo Familiar Súbito	<p>En caso de fallecimiento del ASEGURADO y su cónyuge/conviviente a consecuencia de un mismo accidente, ya sea que el accidente haya ocurrido en territorio nacional, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada señalada en el presente documento.</p> <p>Es condición para la presente cobertura, que entre el fallecimiento del ASEGURADO y el de su cónyuge/conviviente exista un plazo máximo de veinticuatro (24) horas.</p>	S/ 3,000
Renta Hospitalaria por Accidente	<p>La COMPAÑÍA pagará el Beneficio señalado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, por cada día de 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 30 días por año, sin considerar convalecencia, como límite máximo por accidente, si como consecuencia de él, haya sido necesaria la hospitalización del ASEGURADO debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.</p> <p>Para los efectos de esta cobertura, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente.</p> <p>Asimismo, se considera que un mismo accidente que sobrepase los 365 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo en la</p>	<p>S/ 50 por cada 24 horas de internamiento</p> <p>Máximo de cobertura: 30 días durante la vigencia de la Solicitud-Certificado</p>

	vigencia siguiente, en caso de renovación de este seguro, precisándose que sí estará cubierto cualquier otro accidente sufrido durante la vigencia de este seguro renovado. Esta cobertura brinda cobertura en el ámbito nacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.	
--	---	--

(*) Las coberturas son excluyentes entre sí

Requisitos para ser Asegurado

- Edad de Mínima de Ingreso: 18 años
- Edad Máxima de Ingreso: 64 años y 364 días
- Edad Máxima de Permanencia: 69 años y 364 días

Beneficios adicionales

SERVICIOS DE ASISTENCIA FUNERARIA (*)	MONTO MÁXIMO POR EVENTO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
Asistencia legal para la familia	Servicio funerario hasta S/1000	1 evento
Asistente del director funerario		
Trámites generales de sepelio		
Preparación tanatológica del fallecido		
Traslados, conducción e instalación del servicio		
Ataúd de madera imperial		
Arreglo floral (lágrima)		
Misa de cuerpo presente		
Capilla ardiente		
Carroza		
Coordinación de obituarios		
Referencias de cementerios, nicho y crematorios a nivel nacional		

(*) El servicio de asistencia es brindado por AMERICAN ASSIST INTERNATIONAL PERU S.A.C. identificado con RUC 20604457255. Para hacer uso de este beneficio el ASEGURADO debe comunicarse al (511) 640-8861, las 24 horas del día, los 365 días del año. 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:

Para la cobertura de Muerte Accidental:

- 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.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Rigen para la presente cobertura las Exclusiones establecidas para la Cobertura de Muerte Accidental.

Asimismo, se encuentran excluidas las lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro.

Para la cobertura Desamparo Familiar Súbito:

Quedan excluidos de esta cobertura los siniestros ocurridos bajo los eventos que se excluyen para la cobertura de Muerte Accidental.

Adicionalmente, los siniestros ocurridos se excluirán si ocurren bajo las siguientes causas:

- a) 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, o las que ocurran como consecuencia de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o guerra.
- b) Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- c) Duelo concertado, suicidio o intento de suicidio consciente y voluntario.
- d) Participación activa del ASEGURADO y su cónyuge/conviviente en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos; siendo aplicable esta exclusión siempre y cuando corresponda a un delito o constituya la causa del siniestro.
- e) Participación del ASEGURADO y su cónyuge/conviviente 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 y su cónyuge/conviviente) que se ha tratado de legítima defensa.
- f) Participación del ASEGURADO y su cónyuge/conviviente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- g) Participación del ASEGURADO y su cónyuge/conviviente como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de vehículos motorizados (automóviles, motocicletas, lanchas o avionetas).
- h) Participación del ASEGURADO y su cónyuge/conviviente en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- i) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO y su cónyuge/conviviente en calidad de pasajeros en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- j) La práctica de deportes peligrosos: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, box, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros y cacería de fieras.
- k) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo: el manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión o similares, ser bombero, ser miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- l) Desempeñarse como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, y asimismo como empleado de una aerolínea que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- m) Eventos ocurridos bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.
- n) Estado etílico del ASEGURADO y/o su cónyuge/conviviente, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente, salvo cuando el Asegurado y/o su cónyuge/conviviente hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su fallecimiento. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia el límite máximo aceptable 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.
- o) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro.

Para la cobertura Renta Hospitalaria por Accidente:

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, consciente y voluntario.

- 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) Condiciones médicas pre-existentes, entendiéndose como tales las definidas en el artículo de definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Solicitud-Certificado, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, 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 Automática

El seguro se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza y mientras el ASEGURADO no haya cumplido la edad límite de permanencia. No se emitirán documentos de renovación ya que la Póliza originalmente entregada al CONTRATANTE constituye evidencia de la validez de la cobertura.

Cuando la Aseguradora considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato 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 de la póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la póliza para manifestar su rechazo en la propuesta de la Aseguradora. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Aseguradora. En este último caso, la Aseguradora debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

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:

Para la cobertura de Muerte Accidental:

- 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.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a. Documento de identidad del ASEGURADO;
- b. Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente (si es que se indicaran) y sus consecuencias conocidas o probables.
- c. Certificado médico con diagnóstico, emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud o entidad legal que la sustituya, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente.

Para la cobertura de Desamparo Familiar Súbito:

- a. Documento de identidad del ASEGURADO y su cónyuge/conviviente fallecidos, en caso de tenerlos físicamente;
- b. Partida o Acta de Defunción;
- c. Certificado Médico de Defunción completo;
- d. Documento de identidad del solicitante de la cobertura;
- e. Atestado Policial completo o Parte policial, en caso corresponda;
- f. Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda; y
- g. Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente:

- a. Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización;
- b. Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias;
- c. Documento de identidad del ASEGURADO.

En caso el ASEGURADO haya fallecido antes del cobro de la indemnización, se encontrará facultado para realizar el trámite de cobertura el BENEFICIARIO (Hereder Legal), quien deberá presentar adicionalmente:

- a. Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que lo designe, según corresponda;
- b. Documento de identidad del BENEFICIARIO (Hereder Legal).

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.

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.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador 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.
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima antes indicada.

- 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.*

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 los 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 actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web www.chubb.com/ la autorización incluye compartir información con terceros para fines estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes. LA COMPAÑÍA garantiza 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 contingencias 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 web www.chubb.com/pe, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

EL ASEGURADO AUTORIZA (marcar con una X):

Sí () No ()

EL ASEGURADO manifiesta que tiene conocimiento sobre sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo electrónico con nombre y apellidos, tipo y número de documentos de identidad, 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 cinco años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero.

Fecha de emisión:



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

EL ASEGURADO

- 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.*

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. 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, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

El ASEGURADO AUTORIZA (marcar con una X):

Sí () No ()

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

Fecha de emisión:



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

EL ASEGURADO

CLIENTE

CONDICIONADO GENERAL DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIA

SERVICIOS DE ASISTENCIA FUNERARIA (*)	MONTO MÁXIMO POR EVENTO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
Asistencia legal para la familia	Servicio funerario hasta S/1000	1 evento
Asistente del director funerario		
Trámites generales de sepelio		
Preparación tanatológica del fallecido		
Traslados, conducción e instalación del servicio		
Ataúd de madera imperial		
Arreglo floral (lágrima)		
Misa de cuerpo presente		
Capilla ardiente		
Carroza		
Coordinación de obituarios		
Referencias de cementerios, nicho y crematorios a nivel nacional		

1. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

- a) Estos términos y condiciones regulan las características generales, coberturas y exclusiones de los servicios de asistencia incluidos en el Programa de Asistencia, en adelante, “Programa” ofrecida por ADDIUVA PERÚ S.A.C. en adelante “ADDIUVA PERÚ”.
- b) ADDIUVA PERÚ le brindará al titular servicios de asistencia las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año a través de ADDIUVA PERÚ y acorde a lo establecido en el Programa. Por ello, es necesario que ADDIUVA PERÚ disponga de los recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier emergencia o solicitud de referencias, sujetándose al Programa.

2. DEFINICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA

Los términos señalados a continuación que se encuentren aquí definidos tendrán los significados que se le atribuyen a los mismos en este documento de Términos y Condiciones del Servicio.

- a) **TITULAR:** Son los suscriptores o clientes que hayan contratado el Programa de asistencia a través del canal definido.
- b) **EVENTO:** El hecho que, ocurrido en un mismo momento, produce el daño, avería, desperfecto en una única oportunidad con la asistencia.
- c) **PERIODO DE VIGENCIA:** Periodo durante el cual se consideran activos los servicios del Programa.
- d) **PROVEEDOR:** Tercero que, por cuenta de ADDIUVA PERÚ, presta directamente los Servicios al Titular.
- e) **SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados y descritos en el Condicionado del Servicio.
- f) **SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Todo hecho o acto, accidente, ocurrido al titular y/o beneficiarios que estando dentro de los términos y con las características y limitaciones establecidas en el Condicionado del Servicio, den derecho a solicitar la prestación de los Servicios.
- g) **SOLES:** La moneda de curso legal vigente en Perú

3. DETALLE DE COBERTURAS Y EXCLUSIONES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

ASISTENCIA FUNERARIA TITULAR

Este servicio es brindado sólo para el Titular de la póliza por muerte accidental en territorio peruano con un máximo de 24 horas de ocurrido el evento y deben cumplir con los siguientes rangos de edades:

- ✓ Edad mínima de ingreso 18 años.
- ✓ Edad máxima de ingreso 64 años, 11 meses y 29 días.
- ✓ Edad de permanencia hasta los 69 años, 11 meses y 29 días.

El beneficiario y/o encargado, podrá solicitar cualquier servicio en cobertura de la siguiente relación, siempre que exista la infraestructura y sean solicitados y reportados a través de la central telefónica, durante las primeras 24 horas de ocurrido el evento.

- ✓ Asistencia legal para la familia.
- ✓ Director Funerario
- ✓ Trámites generales de sepelio.
- ✓ Preparación tanatológica del fallecido
- ✓ Traslados, conducción e instalación del servicio
- ✓ Ataúd de madera (Imperial)
- ✓ Arreglo de flores (Lágrima)
- ✓ Misa de cuerpo presente
- ✓ Capilla ardiente
- ✓ Carroza
- ✓ Coordinación de obituarios
- ✓ Referencia de nicho o cremación a nivel nacional

4. OTRAS CONDICIONES CONTRACTUALES:

EXCEDENTES

Se considera excedente todos aquellos gastos adicionales al valor tope de servicio de la asistencia, ya sea por un servicio adicional o porque el trabajo a realizar incluye gastos mayores. El excedente será pagado en forma inmediata por el Titular con sus propios recursos al prestador del servicio

5. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS

ADDIUVA PERÚ queda excluida de su obligación de prestar los Servicios en las Situaciones de Asistencia que presenten las siguientes causas:

1. Cuando se reporte la Situación de Asistencia en un plazo superior a las veinticuatro (24) horas de ocurrido el evento.
2. Los Servicios que el Afiliado haya contratado sin previo consentimiento de ADDIUVA PERÚ; salvo en caso de fuerza mayor o caso fortuito comprobado que le impida al Afiliado comunicarse con ADDIUVA PERÚ o con el Personal de Asistencia.
3. Cuando el Afiliado se niegue a colaborar con el Personal de Asistencia asignado por ADDIUVA PERÚ para la prestación de los Servicios de Asistencia.
4. Cuando haya indicios de que el Afiliado está usando los Servicios para beneficio de terceros.
5. Cuando la Situación de Asistencia exista antes de la fecha de inicio de la vigencia del Programa de Asistencia (daño preexistente).
6. Por la mala fe del Afiliado comprobada por el Personal de Asistencia de ADDIUVA PERÚ.
7. Cuando no exista la infraestructura pública o privada o las condiciones de seguridad del lugar no permitan llevar a cabo la prestación del Servicio.
8. Cuando la Situación de Asistencia es causada por fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, epidemias, pandemias etc.
9. Cuando la Situación de Asistencia es causada por energía nuclear o radiación.
10. Cuando la Situación de Asistencia es causada por daños intencionales, hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.

11. Cuando la Situación de Asistencia es causada por hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
12. Cuando la Situación de Asistencia es causada por la ingestión de bebidas alcohólicas, sustancias controladas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
13. Cuando la Situación de Asistencia es causada por la participación en prácticas deportivas, competencias, pruebas preparatorias o entrenamientos.
14. Cuando la Situación de Asistencia es causada por la participación en carreras o pruebas de seguridad, resistencia o velocidad.
15. Caso de fuerza mayor o caso fortuito.
16. En caso de que se limite la locomoción para la prestación del servicio por acto de autoridad.

6. OBLIGACIONES DEL USUARIO

A fin de que el titular o sus Beneficiarios pueda(n) disfrutar los servicios del Programa, deberá(n) cumplir con lo siguiente:

- Abstenerse de realizar gastos o arreglos de forma particular sin haber consultado previamente con el encargado responsable de ADDIUVA.
- Informar a la asistencia del evento en un plazo NO superior al tiempo indicado en cada cobertura.
- Identificarse como Titular o sus Beneficiario ante los encargados de ADDIUVA o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

7. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso el Titular requiera de los servicios contemplados en el Programa, se procederá de la siguiente manera:

- El titular que requiera del servicio se comunicará al siguiente número de contacto: 640-8861
- El titular debe reportar la solicitud de asistencia en el momento que requiera la asistencia.
- El Titular procederá a suministrarle al funcionario que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como titular, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales; como la ubicación exacta.
- En caso se desee realizar una consulta sobre las coberturas de su servicio de asistencia, pueden comunicarse al 640-8861.

8. CARENCIA DE SOLICITUD DE SERVICIOS

30 días desde el momento de la contratación.

9. RESTITUCIÓN DE GASTOS

Únicamente cuando se cumplan las siguientes condiciones el titular tendrá derecho a algún tipo de reembolso:

- a) Obligatorio y excluyente, haberse comunicado con la línea de asistencia.
- b) Obligatorio y excluyente haber solicitado antes de contratar un servicio cubierto por el presente condicionado, una autorización de la asistencia, la cual deberá pedirse por teléfono, solo cuando la compañía de asistencia no pueda prestar el servicio y se encuentre esto justificado.
- c) Una vez autorizada la solicitud previa, se enviará al Titular un mail con el procedimiento para hacer efectivo el reembolso.
- d) En ningún caso la compañía de asistencia realizará una restitución económica sin que al Titular haya remitido las facturas originales correspondientes (con detalle de prestación) y éstas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley
- e) En ningún caso la compañía de asistencia realizará una restitución económica sin que al Titular haya solicitado el servicio a través de la plataforma de asistencia.
- f) El Titular tiene un plazo de 07 días calendario, para hacer llegar la documentación original, para hacer efectivo el cobro de la restitución económica, pasado este tiempo no tendrá lugar a este beneficio.