

Microseguro de Vida

Solicitud-Certificado N° _
 Código SBS: VI2037200131
 Póliza No: 42-23121

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

Vigencia del Seguro
Vigencia: Anual
Inicio de vigencia:
Fin de vigencia: / / o cuando el ASEGURADO supere la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.
Renovación: Facultativa

Datos del CONTRATANTE /COMERCIALIZADOR	
Razón Social: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO DE ICA S.A	RUC: 20104888934
Dirección: Av. Conde de Nieva Nro 498	Teléfono: (056) 581 430
Página web: https://cajaica.pe	

Datos del CORREDOR de Seguros	
Razón social: F REYES Y CIA CORREDORES DE SEGUROS SAC	
RUC: 20104695460	
Dirección: Mza. G Lote. 101 Res. San Martin	Página Web: https://www.freyesyca.com/

ASEGURADO	
Nombres y Apellidos:	Documento de Identidad:
Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Dirección:	
Relación con el Contratante: Cliente	

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

Beneficiarios

Para las coberturas de Fallecimiento y Sepelio:

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	% de Participación:

En caso de no designarse Beneficiario(s) de este microseguro, la indemnización se pagará a los herederos legales del Asegurado. En caso de designarse más de un beneficiario y de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente: EL ASEGURADO

Cobertura		
Cobertura Principal	Descripción	Suma Asegurada y Límites
Fallecimiento	En caso el ASEGURADO fallezca durante la vigencia del microseguro, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, en los plazos y términos que se señalan en la misma, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones para esta cobertura.	S/6,000.00
Sepelio	En caso que el ASEGURADO fallezca durante la vigencia de esta póliza, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada en la Solicitud Certificado, en los plazos y términos que se señalan en la misma, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de esta cobertura. Esta cobertura se indemnizará en adición a la cobertura de Muerte.	S/8,000.00
Invalidez Total y Permanente por Accidente	En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, en los plazos y términos que se señalan en la misma, siempre que su causa fuera un accidente amparado por esta cobertura y que la invalidez total y permanente se diagnostique dentro de los 180 días calendarios contados a partir de la ocurrencia del accidente, no siendo indispensable que la cobertura se encuentre vigente al momento del diagnóstico de la invalidez total y permanente.	S/4,000.00

Prima y Forma de pago					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Prima Comercial</th> <th>Prima Comercial + IGV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">S/45.76</td> <td style="text-align: center;">S/54.00</td> </tr> </tbody> </table>	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV	S/45.76	S/54.00	
Prima Comercial	Prima Comercial + IGV				
S/45.76	S/54.00				
<p>Forma de pago: En Efectivo (<input type="checkbox"/>) Con Cargo al Crédito (<input type="checkbox"/>) Cargo en cuenta de ahorros (<input type="checkbox"/>)</p> <p>Periodicidad de pago: Anual La prima comercial incluye: Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: 4.85% / J0233 Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 43.69%</p>					

Condiciones para ser Asegurado
Edad Mínima de Ingreso: 18 años con 364 días Edad Máxima de Ingreso: 70 años con 364 días Edad Máxima de Permanencia: 75 años con 364 días

Fecha de Emisión: de ____ de ____



Juan Carlos Puyó de
 Zavala
 Gerente General
 Chubb Seguros Perú

CONTRATANTE

ASEGURADO

Protección 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. 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: Sí No
 (marcar con una X)

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.



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

ASEGURADO

Exclusiones

Para las coberturas de Fallecimiento y Sepelio:

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

- a) **Enfermedad o accidente pre-existente a la contratación del seguro, según la definición del numeral primero. No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- b) **Suicidio consciente y voluntario, dentro de los 02 (dos) primeros años de vigencia del seguro.**
- c) **Guerra Civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.**
- d) **Eventos catastróficos de la naturaleza: terremoto, inundación, aluvión, huaico y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.**
- e) **Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país, así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.**
- f) **Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva**
- g) **Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.**
- h) **Participación del Asegurado, en estado de ebriedad, como conductor en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento. Para la presente exclusión, se requerirá el dosaje etílico en caso el asegurado fuera quien manejaba en el accidente, a fin de aplicar o no la presente exclusión.**
- i) **Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.**
- j) **Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera caballos, escalada en paredes verticales montañosas o artificiales, práctica de "surf" y "puenting".**
- k) **Que el Asegurado, al momento del accidente de tránsito, se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos y siempre que guarde relación causal con el accidente, ya se el conductor del vehículo o como peatón. A estos efectos, se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.50 gr/lit de alcohol en la sangre, según dosaje etílico.**
- l) **Accidentes provocados dolosamente por el ASEGURADO**

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en el artículo 4° de las Condiciones Generales de la cobertura principal, queda excluido de cobertura los accidentes y/o lesiones que ocurran a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) **Lesiones pre-existentes al momento de contratar esta póliza.**
- b) **Intento de suicidio.**
- c) **Accidentes ocurridos durante la participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.**
- d) **Accidentes ocurridos durante la práctica de los siguientes deportes de alto riesgo: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.**
- e) **Accidentes ocurridos durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.**

Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar Cobertura

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

Para las coberturas de Fallecimiento y Sepelio:

1. **Aviso: Comunicar el siniestro a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados,**

en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario siguientes a la fecha que tomó conocimiento del suceso o del beneficio, o, después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el ASEGURADO o BENEFICIARIO prueben su falta de culpa o que el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

2. **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberán presentar al Comercializador /Corredor de Seguros / Compañía los siguientes documentos (En original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada).

Para la cobertura de Fallecimiento y Sepelio:

- a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido;
- b. Partida o Acta de Defunción del ASEGURADO, emitido por RENIEC;
- c. Certificado de Defunción del ASEGURADO, emitido por el médico o personas autorizadas por la autoridad sanitaria;
- d. Informe médico donde se indique la fecha de diagnóstico de la enfermedad que causó la muerte (causa básica), emitido por los hospitales del Ministerio de Salud, de Defensa y del Interior y el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir este tipo de documento, en caso corresponda.
- e. Documento de identidad de los beneficiarios o herederos legales (de ser el caso);
- f. Sucesión Intestada (Cuando no se haya determinado Beneficiarios expresamente en la póliza) emitida por SUNARP o Testamento;
- g. Informe Policial completo;
- h. Protocolo de Necropsia (cuando corresponda); emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación.
- i. Resultado de Dosaje Étílico (cuando corresponda);
- j. Resultado de Análisis Toxicológico (cuando corresponda).

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a lo establecido en la legislación Peruana. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, de tenerse físicamente;
- b) Atestado Policial completo, en caso corresponda;
- c) Resultado de Dosaje Étílico y/o Análisis Toxicológico (según corresponda);
- d) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables, en caso corresponda
- e) 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.

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

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

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

Resolución Automática por Falta de Pago de la Prima

En caso el producto no cuente con un periodo de gracia detallado en el presente documento, entonces el microseguro quedará resuelto automáticamente a partir de la fecha de incumplimiento del pago de la prima, sin necesidad de comunicación previa por parte de la COMPAÑÍA.

Terminación del Seguro

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

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO Titular.

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

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

Pago de la Prima y Suspensión de Cobertura

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

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

El microseguro solo podrá ser rehabilitado previo pago de la prima y siempre que no haya operado la resolución del microseguro

Resolución del Seguro

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

Medios Habilitados para presentar Consultas o Reclamos

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

- a. En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de LA COMPALIA, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 (*).
- b. 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”.
- c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 399-1212 (*).

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

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

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

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

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

Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias

- Defensoría del Asegurado: En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe, Telef: 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, quien podrá acudir a las demás instancias judiciales y/o administrativas que considere conveniente.

Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO podrá resolver su microseguro, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del mismo, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud. Para tal fin, EL ASEGURADO que quiera hacer valer este derecho podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del microseguro.

Definiciones

Para los efectos de este microseguro los términos que se indican a continuación tendrán el vigente significado

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

Asegurado: Es la persona que está expuesta al riesgo asegurado y a cuyo favor se extiende el microseguro.

Contratante: Es la persona que contrata la Póliza con LA COMPAÑÍA.

Enfermedad o Accidente preexistente: Se entiende por enfermedad o accidente preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración personal de salud, en caso se haya firmado dicho documento.

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

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

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

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

Invalidez Total y Permanente: Para efectos de esta póliza solo se considerará que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si presenta alguna de las siguientes condiciones:

- Pérdida total de la visión de ambos ojos;
- Pérdida total de ambos brazos;
- Pérdida total de ambas manos;
- Pérdida total de ambas piernas;
- Pérdida total de ambos pies;
- Pérdida total de una mano y de un pie;
- Fractura incurable de la columna vertebral;
- Estado absoluto e incurable de alienación mental (descerebramiento) que no permitiera al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.

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

Miembro: Se refiere a las manos, brazos, pies y piernas

Órgano: Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejerce una función.

Pérdida Funcional: Es la ausencia definitiva de toda capacidad de función fisiológica del o de los órganos o miembros afectados, sin implicar su separación del organismo al cual pertenece.

Pérdida Total: Se entiende por pérdida total al cercenamiento (eliminación) o a la pérdida (inhabilitación) funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

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

El presente microseguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, conforme a la Ley N°29355.

Solicitud de Cobertura Fraudulenta

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

- Si el ASEGURADO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.
- Si en cualquier tiempo, el ASEGURADO y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con repre-

sentación o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Cobertura.

- **Si la pérdida ha sido causada voluntariamente por el ASEGURADO, o con su complicidad o con su consentimiento.**

Importante

1. El ASEGURADO tiene derecho de acceder al contenido de la Póliza de seguro de grupo o colectivo o a solicitar copia de ella. La póliza debe ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la fecha de recepción de la solicitud.
2. Toda comunicación, reclamo o solicitud de cobertura dirigida al Comercializador sobre aspectos relacionados a este microseguro contratado, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a LA COMPAÑÍA.
3. Todo pago realizado por el ASEGURADO al Comercializador con respecto al microseguro contratado se considerará abonado a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización
4. LA COMPAÑÍA es responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización del presente microseguro en que incurra el Comercializador y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los ASEGURADOS y/o beneficiarios.
5. El presente seguro formará parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, creado mediante la Ley 29355.
6. Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.
7. Para el caso de los Comprobantes de Pagos Electrónicos emitidos a adquirentes o usuarios no electrónicos (Personas Naturales que Califiquen) según las normas de Emisión Electrónica, estos se consideran otorgados, cuando sean entregados o puestos a disposición mediante una representación impresa. Dichos comprobantes se encuentran a su disposición en las oficinas de la COMPAÑÍA para proceder a su entrega según requerimiento.
8. El comprobante de pago correspondiente a la contratación de este seguro se puede poner a su disposición de forma impresa en la oficina de LA COMPAÑÍA o de forma digital a través de su correo electrónico. Para su entrega el ASEGURADO deberá comunicarse previamente al teléfono 399-1212 o al correo electrónico atencion.seguros@chubb.com. La entrega del comprobante se realizará cuando sea solicitado.

CARGAS: El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.

Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas, electrónicas o telefónicas.

Autorización por Uso de Medios de Comunicación Pactados

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