

Seguro de Accidentes Personales – Soles

Solicitud-Certificado N°

Código SBS: AE2036100143

Póliza No: 31-171594

Fecha de emisión:

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.	
Vigencia: Anual	
Renovación: Automática	
Corredor: F REYES Y CIA CORREDORES DE SEGUROS SAC	Cód. SBS N°: J0233

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	
Razón Social: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO DE ICA S.A	
Dirección: AV. CONDE DE NIEVA NRO. 498	RUC: 20104888934
Provincia: ICA	Departamento: ICA
Teléfono: (056) 581 430	Página web: https://cajaica.pe/

Asegurado Titular	
Nombres y Apellidos:	Tipo:
Fecha de Nacimiento:	N° Doc. Identidad:
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Correo Electrónico:

Requisitos para ser Asegurado
Edad de Mínima de Ingreso: 18 años y 364 días
Edad Máxima de Ingreso: 64 años y 364 días
Edad Máxima de Permanencia: 69 años y 364 días

Beneficiarios		
Para las coberturas de Muerte Accidental, Renta para el Hogar por Muerte Accidental y Gastos por Sepelio por Accidente:		
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 las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Renta Hospitalaria por Accidente: EL

ASEGURADO

Cobertura		
Cobertura Principal	Descripción	Suma Asegurada 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 o internacional, LA COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en el presente documento, en los plazos y términos que se señalan en los mismos, 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/10,000.00
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 la póliza, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos aquí establecidos. Esto se cumplirá siempre y cuando la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, el seguro principal esté vigente y la causa de la Invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones.</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 esta cobertura.</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 Cláusula Adicional brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.</p>	S/10,000.00
Gastos por Sepelio por Accidente	<p>Producido un accidente cubierto por el presente seguro y siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas se manifiesten a más tardar dentro de un año de producido el accidente, la COMPAÑÍA pagará por la siguiente cobertura:</p> <p>La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada por el fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de un accidente cubierto por el presente seguro durante la vigencia de la póliza.</p> <p>El seguro cubre el riesgo de sepelio por muerte accidental 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. El seguro cubre también el sepelio por la muerte del ASEGURADO que pueda resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.</p>	S/1,000.00
Renta para el Hogar por Muerte Accidental	<p>En caso de fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de un accidente, ya sea que el accidente haya ocurrido en territorio nacional o internacional, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada.</p>	S/6,000.00
Renta Hospitalaria por Accidente	<p>LA COMPAÑÍA pagará por cada día de 24 horas continuas de hospitalización por accidente el beneficio indicado en el presente documento, hasta un máximo de 180 días por año.</p> <p>Al término de cada año de vigencia, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual.</p> <p>Los pagos que se efectúen por concepto de cualquier cobertura adicional no disminuyen el Beneficio Máximo Anual por esta cobertura.</p> <p>La Renta Hospitalaria no se pagará si el ASEGURADO no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.</p> <p>La Renta Hospitalaria será computada desde la fecha de ingreso en la institución hospitalaria por un período que no exceda de los 180 días para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de un accidente.</p> <p>La hospitalización de un ASEGURADO que comience mientras su póliza esté vigente, y que se deba a la misma causa o causas relacionadas a una hospitalización anterior por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo esta cobertura y que no esté separada por un período de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de</p>	<p>S/50.00</p> <p>por día</p> <p>Máximo 180 días Por año de vigencia</p>

	<p>dicha hospitalización anterior. En este caso, se considerará que la última hospitalización ha ocurrido durante el mismo período del accidente, o ha sido resultado de la misma Lesión, con el propósito de determinar el período máximo de indemnización y el beneficio máximo anual pagadero bajo esta cobertura.</p> <p>Se consideran como hospitalizaciones separadas aquellas separadas por un periodo de doce (12) meses o más, con el propósito de determinar el beneficio máximo anual pagadero con arreglo a esta cobertura.</p> <p>El cálculo de los doce meses se hará desde la fecha de ingreso de la primera hospitalización hasta la fecha de ingreso de la siguiente hospitalización.</p>	
--	--	--

*Las coberturas son excluyentes entre sí

Descripción del Interés Asegurado
Proteger al ASEGURADO contra el riesgo de fallecimiento por causa de un accidente.

Prima					
<table border="1"> <tr> <th data-bbox="363 909 799 965">Prima Comercial</th> </tr> <tr> <td data-bbox="363 965 799 1016" style="text-align: center;">S/45.76</td> </tr> </table>	Prima Comercial	S/45.76	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="799 909 1235 965">Prima Comercial + IG V</th> </tr> <tr> <td data-bbox="799 965 1235 1016" style="text-align: center;">S/54.00</td> </tr> </table>	Prima Comercial + IG V	S/54.00
Prima Comercial					
S/45.76					
Prima Comercial + IG V					
S/54.00					
<p>Periodicidad de pago: Anual La prima comercial incluye: Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 40.78% Forma y Lugar de Pago de la Prima: En efectivo () Carga al crédito () Cargo en Cuenta ()</p>					



 Chubb Seguros Perú

 CONTRATANTE

 ASEGURADO

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 y Renta para el Hogar por 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 el caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente: aplican las exclusiones previstas para la cobertura de Muerte Accidental previamente señaladas. Asimismo, se encuentran excluidas las lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro.

Para el caso de la cobertura de Gastos por Sepelio por Accidente

- a) Suicidio, intento de suicidio, 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.
- e) Detonación, reacción o 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 delictivo o en actos violatorios de leyes, o reglamentos relacionados con la seguridad de las personas; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables que existió 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, ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro.
- i) La práctica de deportes peligrosos: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros, cacería de fieras, motociclismo y deportes de invierno.
- j) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- k) Desempeñarse el ASEGURADO 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.
- l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo, insolación o congelación. Esta póliza se rige por las disposiciones legales peruanas vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente. Para efectos de esta póliza se utiliza 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.
- m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento.
- n) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- o) Las hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.

Para la cobertura de 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 la Póliza.

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 11º de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

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.

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.

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 COM- PAÑÍA 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:

En caso de Muerte Accidental y Renta para el Hogar por 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 Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- h) Documento de identidad del ASEGURADO;
- i) 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.
- j) 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 Gastos por Sepelio por Accidente

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, de tenerlo físicamente;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda;
- e) Copia literal de inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada, expedida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos, que designe a el/los Heredero(s) Legal(es) o Beneficiario(s), según corresponda;
- f) Copia certificada del Atestado Policial completo, en caso corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda; y
- h) Resultado de dosaje etílico y examen 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 (Heredero 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 (Heredero Legal).

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.

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.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR

Medio 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 COMPALIA, 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 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

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 sus 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 cursada.

Definiciones

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

Asegurado: Concepto referido tanto al Asegurado Titular como al Asegurado Adicional

Asegurado Titular: Se trata del Asegurado que se acoge a todas las coberturas -principales y adicionales previstas por la presente póliza.

Asegurado Adicional: Es el cónyuge o conviviente, descendientes o ascendientes del Asegurado Titular, detallados en la Solicitud de Seguro, que se acoge a las coberturas de la póliza, según corresponda.

Deporte peligroso: Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comporta una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican.

Hospitalización: Internamiento de una persona dentro de una institución hospitalaria como paciente interno, un mínimo de 24 horas continuas, bajo supervisión de médico autorizado. **No se considerará hospitalización el internamiento del paciente por un periodo inferior a 24 horas.**

Institución Hospitalaria: Establecimiento legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos: a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones

organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía, así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería. **Para los efectos de esta Cláusula Adicional no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Para efectos de esta cobertura sólo se considerará que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Accidente si presenta alguna de las siguientes condiciones dentro del plazo de dos (2) años de ocurrido el accidente:

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 de descerebramiento ocasionado por accidente que no permita al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.

Lesión Accidental: Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico, sufrido por el ASEGURADO durante la vigencia de la Cláusula Adicional y que sea base para una solicitud de cobertura de acuerdo a los términos de esta Cláusula Adicional.

Lesiones preexistentes: Se entiende como tal, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro.

Ocupación o Actividad de Riesgo: Todo quehacer o trabajo, diario o de manera habitual, que es ejercido en condiciones de peligrosidad porque conlleva un daño para la salud o para la integridad física de la persona.

Paciente Interno: Persona cuyo ingreso a una institución hospitalaria se realiza por recomendación de un médico, con la finalidad de prestarle atención médica en relación a una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta Cláusula Adicional.

Renta Hospitalaria: Corresponde a la indemnización pagadera por cada 24 horas de hospitalización de un ASEGURADO en una Institución Hospitalaria a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta Cláusula Adicional y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Sonambulismo: Estado de una persona que mientras está dormida tiene cierta aptitud para ejecutar algunas funciones tales como levantarse, andar y hablar.

Importante

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

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.