

## CHUBB®

### Seguro De Hospitalización

#### Solicitud-Certificado N°

Código SBS: AE2036400022. **Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias**

Póliza No: \_\_\_\_\_.

#### Datos Generales de la Póliza

Vigencia del Seguro :  
Renovación :  
Inicio de Vigencia Las 12 Horas del :  
Fin de Vigencia Anual Las 12 Horas del: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos de Terminación de la Cobertura, lo que ocurra primero

#### Datos de la COMPAÑÍA

Nombre: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros  
RUC: 20390625007  
Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 267 - Of. 402, San Isidro Teléfono: 417-5000  
Correo electrónico: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com)  
Página Web: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

#### Datos del CORREDOR DE SEGUROS

Razón Social /Nombre: N° de Registro  
Comisión: Teléfono:

#### Datos del CONTRATANTE

Denominación Social o Nombres :  
Tipo y N° de documento :  
Dirección :  
Distrito :  
Provincia : Departamento :  
Teléfono : Correo Electrónico :

#### Datos del COMERCIALIZADOR

Denominación Social o Nombres :  
Tipo y N° de documento :  
Dirección :  
Distrito :  
Provincia : Departamento :  
Teléfono : Correo Electrónico :

#### Datos del ASEGURADO TITULAR

Nombre s y Apellidos :  
DNI / CE : Fecha de Nacimiento :  
Dirección :  
Distrito : Provincia:  
Departamento : Teléfono:  
Correo Electrónico : Relación con el CONTRATANTE:

### Datos del ASEGURADO ADICIONAL (cuando corresponda)

Nombre s y Apellidos :  
DNI / CE : Fecha de Nacimiento :  
Dirección :  
Distrito : Provincia:  
Departamento : Teléfono:  
Correo Electrónico : Relación con el CONTRATANTE:

### Condiciones para ser ASEGURADO

XXXX

### BENEFICIARIOS

Nombres % de Capital Relación con el Asegurado

### Coberturas, Sumas Aseguradas Máximas y Límites

Cobertura Principal	Descripción	Condiciones
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad		Suma Asegurada: Deducible: Periodo de Carencia: N° de Eventos:

Coberturas Adicionales	Descripción	Condiciones
xxx	xxxx	Suma Asegurada: Deducible: Periodo de Carencia: N° de Eventos:
xxx	xxxx	Suma Asegurada Deducible: Periodo de Carencia: N° de Eventos:

### Exclusiones

Quedan excluidos de cobertura de esta Póliza las lesiones o enfermedades que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- 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) Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza.
- d) Curas de Reposo, entendido como lapsos de descanso recetados al ASEGURADO..
- e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- f) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- g) Preexistencias, entendiéndose como tales las establecidas en el artículo de las definiciones.
- h) Exámenes médicos de rutina.
- i) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- j) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- l) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos descritos en las Definiciones.

## Prima Comercial

Prima Comercial:

Prima Comercial + IGV:

La prima comercial incluye:

- Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)
- Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)
- Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

Periodicidad y forma de Pago:

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores (si fuera el caso):  
xxx

(En caso de Pago con Cargo en la Tarjeta de Crédito o Cuenta)

- El ASEGURADO 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 o este tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de X re-intentos 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 X nuevos intentos 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 extinguida 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 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.

#### **Derecho de Arrepentimiento**

Si la póliza o Solicitud-Certificado ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, 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 Póliza o de una nota de cobertura provisional, en el caso de seguros individuales, o la Solicitud-Certificado en el caso de pólizas grupales; que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

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

En caso el CONTRATANTE o ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total, o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada, en un plazo máximo de treinta (30) días a partir del ejercicio de su derecho de arrepentimiento.

#### **Derecho de Resolución sin Expresión de Causa**

El ASEGURADO y la COMPAÑÍA pueden resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita. El artículo 9° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica establece este derecho.

#### **Aceptación de Cambios de Condiciones Contractuales (durante 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 (cuando corresponda)**

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

Cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva e ininterrumpida tendrá derecho a continuar renovando el contrato de seguro indefinidamente, con coberturas no menores a las pactadas anteriormente, salvo el ajuste de primas que la COMPAÑÍA podrá realizar en base a los criterios de actualización por siniestralidad, edad alcanzada, gastos de proveedores médicos y los que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

### Terminación del Seguro

El contrato de seguro, terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO Titular.
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia, salvo que haya venido renovando su seguro por 5 años consecutivos.
- c) Al vencimiento del plazo de la presente Póliza o la Solicitud-Certificado, sin que se hayan renovado por decisión del ASEGURADO Titular.

En todos los supuestos de terminación la COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se obliga a devolver la prima por el periodo no devengado en un plazo máximo de 30 días calendario a partir de la fecha de configuración del supuesto de terminación.

### Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

**Aviso de Siniestro: Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Póliza, deberá darse aviso de este por cualquiera de los medios de comunicación pactados con la COMPAÑÍA o del Comercializador, dentro de un lapso máximo de treinta (30) días siguientes a la fecha de conocido el suceso o beneficio, o después de dicho plazo, 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 11.11 del artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.**

**Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):**

- a. **Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización; emitido por la Institución Hospitalaria.**
- b. **Recetas médicas emitidas por la Institución Hospitalaria;**
- c. **Resultados de exámenes y procedimientos médicos, de haberse solicitado, emitidos por la Institución Hospitalaria;**
- d. **Comprobantes de pago legalmente emitidos por las Instituciones Hospitalarias; y**
- e. **Documento de identidad del ASEGURADO .**
- f. **Historia Clínica del ASEGURADO emitida por el hospital correspondiente.**

**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, caso contrario se producirá el consentimiento del siniestro; salvo que la COMPAÑÍA 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.**

**Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación e información presentada, 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.**

**Cooperación:** En caso de una solicitud de cobertura en virtud de la presente póliza, el ASEGURADO no sólo procederá a dar aviso a la COMPAÑÍA, sino que adoptará y permitirá que se adopten todas las medidas que fueren razonables para reducir al mínimo las consecuencias de la enfermedad o lesión que motivó la hospitalización. Igualmente, el ASEGURADO está obligado a obtener la autorización correspondiente, para que todos los médicos que estén atendiendo o hubiesen atendido tanto a él como a cualquiera de las personas Aseguradas, proporcionen a la COMPAÑÍA información sobre el estado físico, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con el ASEGURADO. La COMPAÑÍA a su propio costo tendrá derecho a examinar por sus médicos a cualquier ASEGURADO inscrito en la presente póliza, y el mismo se obliga a someterse a dichos exámenes, haya habido solicitud de cobertura o no.

## 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:** Es el ASEGURADO Titular y aquellos familiares elegibles que aparecen en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado.

**ASEGURADO Titular:** Titular de la Póliza.

**Enfermedad:** Cualquier alteración de la salud del ASEGURADO que le ocasione reducción de su capacidad funcional y de la cual se origina un diagnóstico que la define, certificado por un médico durante la vigencia de la Póliza.

**Familiar elegible:** Son familiares elegibles, el cónyuge/conviviente del ASEGURADO titular y todos los hijos reconocidos y legalmente adoptados y solteros, los mismos que son considerados asegurados para los efectos del presente seguro.

**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 póliza 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.**

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

**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 con una enfermedad o lesión cubierta por esta póliza.

**Pre-existencias:** cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud o contratación del seguro. El tratamiento de las mismas se detalla en el artículo 14 de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

**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 accidente cubierta por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en la Solicitud-Certificado.

**Médico Colegiado:** Persona con formación profesional en medicina y que cuenta con una licencia que le autoriza a ejercer la profesión.

#### Solicitud Fraudulenta

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO o BENEFICIARIO perderá todo derecho previsto en esta Póliza en los siguientes supuestos:

- Si el ASEGURADO o BENEFICIARIO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.
- Si en cualquier tiempo, el ASEGURADO o BENEFICIARIO y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con representación o con conocimiento del ASEGURADO o BENEFICIARIO, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una reclamación o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
- Si la pérdida o daño ha sido causado voluntariamente por el ASEGURADO o BENEFICIARIO de los derechos de Indemnización, o con su complicidad o con su consentimiento.

#### Envío Póliza Electrónica (cuando corresponda)

LA COMPAÑÍA podrá enviar de forma electrónica la Solicitud-Certificado al correo electrónico declarado en el presente documento. Asimismo, el ASEGURADO declara conocer sobre (i) las ventajas y posibles riesgos asociados al envío del presente seguro por medios electrónicos; (ii) las medidas de seguridad que le corresponden aplicar y que (iii) a efectos de garantizar la autenticidad e integridad del presente seguro el envío de la Solicitud-Certificado se hará al correo declarado al presente documento con la firma correspondiente de un funcionario de la COMPAÑÍA.

#### Medios de Comunicación Pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

#### Importante

- 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 banca seguros 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 el caso que este seguro sea comercializado a través de un Comercializador, queda establecido que 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 y/o ASEGURADO al Comercializador se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA, en la misma fecha de su realización.

#### **CARGAS**

- *El presente producto presenta obligaciones a cargo del ASEGURADO 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 COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado*

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

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

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de quince (15) días calendario computados a partir de la fecha de presentado el reclamo, para resolverlo.

#### **Instancias Habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias**

- Defensoría del Asegurado: En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe) Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional.
- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP: Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: (01) 200-1930 en Lima o 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro - Lima, Web: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)
- INDECOPI: Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe).

#### **Autorización de Uso de Datos Personales**

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

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

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

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

El ASEGURADO 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](mailto:atencion.seguros@chubb.com).

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

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

#### Declaración

El ASEGURADO declara haber recibido y tomado conocimiento directo de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y Resumen Informativo, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato. Sin perjuicio de ello, el ASEGURADO declara que ha sido informado de que puede acceder a los citados documentos en nuestra página web: <http://www.chubb.pe>.

Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Chubb Seguros Perú S.A.  
**la Solicitud-Certificado**

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO