

Seguro Solidario

Solicitud-Certificado N°

Póliza No: 31-171759 (Plan Base) 31 - 172937 (Plan Power)

Código SBS AE2036100025. Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Datos Generales de la Solicitud - Certificado

Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte del CONTRATANTE.**Fin de Vigencia:** Fecha en la que culmina el cronograma del crédito emitido por el CONTRATANTE.**Renovación:** Facultativa**Vigencia:** Según el plazo del crédito

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

Razón Social: Financiera QAPAQ S.A.

RUC: 20521308321

Dirección: Av Pershing N°455, Urbanización Country Club Lima

Distrito: Magdalena del Mar

Teléfono: (01) 205-4320

Departamento: Lima

Provincia: Lima

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos:

Tipo y N° de Doc. Identidad:

Dirección:

Fecha de Nacimiento:

Provincia:

Distrito:

Teléfono:

Departamento:

Relación con el Contratante: Cliente

Correo Electrónico:

Requisitos para ser Asegurado

Ser titular de créditos de consumo otorgado por el CONTRATANTE y encontrarse entre los siguientes límites de edad:

Edad mínima de Ingreso: 18 años **Edad máxima de Ingreso:** 74 años con 364 días **Edad límite de Permanencia:** 80 años con 364 días

Descripción del Interés Asegurado

Proteger al ASEGURADO contra riesgos por causa de un accidente.

Beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental (*)

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Porcentaje	Fecha de Nacimiento	N° de documento	Relación con el Asegurado

(*) En caso de no designarse Beneficiario(s), la indemnización se pagará a los herederos 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. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios en cualquier momento, mediante comunicación escrita a la COMPAÑÍA.

Prima

Prima Comercial	Plan Base	Plan Power
Prima Comercial Mensual Seguro Chubb	S/ 5.99	S/ 7.17
Prima Comercial Mensual Seguro Chubb + IGV	S/ 7.07	S/ 8.46
Contraprestación Mensual Asistencia VDR	S/ 0.79	S/ 0.88
Contraprestación Mensual Asistencia VDR + IGV	S/ 0.93	S/ 1.04
Contraprestación Total Mensual Seguro Chubb + Asistencia VDR	S/ 8.00	S/ 9.50
Marcar con una (X) el plan elegido	()	()

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 63.31%

Periodicidad de pago: Prima Única Adelantada**Forma de Pago de la Prima:** Con cargo al crédito

Solicitud-Certificado N°

Póliza No: 31-171759 (Plan Base) 31 - 172937 (Plan Power)

Código SBS AE2036100025. Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Datos Generales de la Solicitud - Certificado

Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte del CONTRATANTE.

Fin de Vigencia: Fecha en la que culmina el cronograma del crédito emitido por el CONTRATANTE.

Renovación: Facultativa

Vigencia: Según el plazo del crédito

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

Razón Social: Financiera QAPAQ S.A.

RUC: 20521308321

Dirección: Av Pershing N°455, Urbanización Country Club Lima

Distrito: Magdalena del Mar

Teléfono: (01) 205-4320

Departamento: Lima

Provincia: Lima

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos:

Tipo y N° de Doc. Identidad:

Dirección:

Fecha de Nacimiento:

Provincia:

Distrito:

Teléfono:

Departamento:

Relación con el Contratante: Cliente

Correo Electrónico:

Requisitos para ser Asegurado

Ser titular de créditos de consumo otorgado por el CONTRATANTE y encontrarse entre los siguientes límites de edad:

Edad mínima de Ingreso: 18 años

Edad máxima de Ingreso: 74 años con

Edad límite de Permanencia: 80

364 días

años con 364 días

Descripción del Interés Asegurado

Proteger al ASEGURADO contra riesgos por causa de un accidente.

Beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental (*)

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Porcentaje	Fecha de Nacimiento	N° de documento	Relación con el Asegurado

(*) En caso de no designarse Beneficiario(s), la indemnización se pagará a los herederos 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. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios en cualquier momento, mediante comunicación escrita a la COMPAÑÍA.

Prima

Prima Comercial	Plan Base	Plan Power
Prima Comercial Mensual Seguro Chubb	S/ 5.99	S/ 7.17
Prima Comercial Mensual Seguro Chubb + IGV	S/ 7.07	S/ 8.46
Contraprestación Mensual Asistencia VDR	S/ 0.79	S/ 0.88
Contraprestación Mensual Asistencia VDR + IGV	S/ 0.93	S/ 1.04
Contraprestación Total Mensual Seguro Chubb + Asistencia VDR	S/ 8.00	S/ 9.50
Marcar con una (X) el plan elegido	()	()

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 63.31%

Periodicidad de pago: Prima Única Adelantada

Forma de Pago de la Prima: Con cargo al crédito

Pago de la Contraprestación

El cálculo se realizará multiplicando [(Prima Comercial Mensual Chubb + IGV) + (Contraprestación Mensual VDR + IGV)], en la moneda que corresponda, por el número de meses que dure el contrato del crédito (mínimo 12 meses).

El ASEGURADO autoriza al CONTRATANTE a realizar el cargo correspondiente e incluir la contraprestación de este producto en el crédito desembolsado.

El ASEGURADO manifiesta en forma expresa su intención de contratar este producto de forma voluntaria y que ha tomado conocimiento de los alcances del seguro y el servicio de asistencia que adquiere, así como la prima y la contraprestación, respectivamente, a pagar.

Coberturas del Seguro

Coberturas	Plan Base	Plan Power
Muerte Accidental	Hasta S/ 15,000	Hasta S/ 20,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Hasta S/ 15,000	Hasta S/ 20,000
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	S/ Hasta 1,500	Hasta S/ 2,000

Servicios de Asistencia (*)

Detalle de Servicios	Plan Base	Plan Power
Servicio de Médico a Domicilio por medicina general	No aplica	Co Pago S/ 35.00 por evento Máximo 03 eventos por Año
Telemedicina por medicina general	No aplica	100% del Servicio Sin Límite
Evaluación inicial presencial con Fisioterapeuta	100% Servicio Máximo 01 evento al año	100% Servicio Máximo 01 evento al año
Servicio de envío de Técnica en Enfermería a domicilio para cuidado del paciente derivado de un accidente	Co pago de S/ 35.00 por evento Máximo 01 evento al año	Co pago de S/ 35.00 por evento Máximo 01 evento al año
Orientación Psicológica telefónica	100% del servicio Máximo 02 eventos al año	100% del servicio Máximo 03 eventos al año
Servicio de traslado en ambulancia por urgencia médica las 24 horas los 365 días del año	Hasta S/ 250 Máximo 01 evento al año	Hasta S/ 250 Máximo 01 evento al año
Orientación médica telefónica las 24 horas los 365 días del año	100% del servicio Sin límite	100% del servicio Sin límite
Asistencia de Sepelio: - Asistencia del directorio funerario - Gestión de trámites generales de sepelio - Traslado e instalación del servicio al lugar de velación - Maquillaje y arreglo estético del fallecido - Tratamiento de conservación del cuerpo - Ataúd de madera modelo imperial - Traslado e instalación de Capilla ardiente - Traslado féretro en carroza	100% del Servicio Monto máximo Servicio Funerario: S/ 1,200.00 Evento único	100% del Servicio Monto máximo Servicio Funerario: S/ 1,500.00 Evento único

(*) Este servicio es brindado por la empresa VDR ASISTENCIAS S.A.C. con RUC 20600128605. Para acceder al servicio de Asistencia, deberá comunicarse a la Central Telefónica al (01) 476-1610 de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. En el caso del Servicio de Traslado en Ambulancia por Urgencia Médica, puede comunicarse las 24 horas del día, los 365 días del año.

Aplican los términos y condiciones detallados en el Condicionado General de la Asistencia.

Descripción de las Coberturas

Muerte Accidental: En caso 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.

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.

Para tales efectos, se considera accidente lo indicado en el rubro de Definiciones.

El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevinidos al tratar de salvar vidas humanas.

Las coberturas provistas bajo esta Póliza serán efectivas las 24 horas del día, los 365 días del año y en cualquier parte del mundo.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su invalidez permanente siempre que su causa fuera un accidente amparado por la Póliza y siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas se manifiesten a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente, la COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez permanente, basándose en la siguiente tabla de indemnizaciones:

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida: 100% de la suma asegurada
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total permanente. 100% de la suma asegurada
Pérdida total de los 2 ojos: 100% de la suma asegurada Pérdida total de 2 o más miembros: 100% de la suma asegurada Pérdida total de 1 ojo y de 1 miembro: 100% de la suma asegurada
Pérdida total de 1 ojo: 50% de la suma asegurada Pérdida total de 1 miembro: 50% de la suma asegurada

Disposiciones:

A.1 Por la pérdida de varios miembros u órganos la indemnización total no podrá exceder del 100% de la suma asegurada indicada en el presente documento.

A.2 Asimismo, el total de indemnizaciones por uno o más accidentes ocurridos durante el periodo de cobertura de este seguro, no podrán en ningún caso, exceder del 100% de la suma asegurada.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente: En caso que el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del presente documento, ya sea que este haya ocurrido en territorio nacional o internacional, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO hasta el límite establecido en el presente documento, por los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación y que sean incurridos dentro del plazo de 30 días calendarios contados desde la fecha de ocurrencia del accidente.

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO siempre y cuando las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de esta cobertura y siempre que el ASEGURADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro seguro. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro seguro, y los gastos no cubiertos por dicho seguro, serán reembolsados por la COMPAÑÍA hasta el límite señalado en el presente documento.

Esta cobertura cubre también las lesiones del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevinidos al tratar de salvar vidas humanas.

Las coberturas provistas bajo esta Póliza serán efectivas las 24 horas del día, los 365 días del año y en cualquier parte del mundo.

Exclusiones

Queda excluido de la cobertura los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

Para las coberturas de Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- 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, 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.
- c) 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; 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, ensayos de velocidad o de resistencia de vehículos motorizados (automóviles, motocicletas, lanchas o avionetas).
- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, en los términos señalados en el artículo de definiciones de este condicionado.
- i) Participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- 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: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión o similares, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
- 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) Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.
- n) Estado etílico del ASEGURADO, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente, o cuando el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de drogas o estupefacientes. 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.
 - o) En estado de sonambulismo, insolación o congelación.
 - p) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
 - q) Los denominados “accidentes médicos”: apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos.
 - r) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan; vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
 - s) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
 - t) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
 - u) Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

Para Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:

Queda excluido de cobertura los accidentes y/o lesiones que ocurran a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Lesiones preexistentes al momento de contratar la Cláusula Adicional. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro.
- 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) Radiación nuclear.
- d) Participación activa del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.
- f) Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- g) Intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- h) Participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- i) 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.
- j) 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.
- k) Bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes.

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 su contratación.

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, 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 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.

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, emitida por RENIEC;
- c. Certificado Médico de Defunción completo, emitido por el MINSA;
- d. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;
- e. Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo emitido por la Policía Nacional del Perú, según corresponda;
- f. Protocolo de Necropsia Clínica o Médico Legal completo, cuando haya sido dispuesto por la autoridad competente y el documento se haya emitido por las entidades sectoriales correspondientes;
- g. Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, cuando haya sido dispuesto por la autoridad competente y el documento se haya emitido por las entidades sectoriales correspondientes.

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 indicara, y sus consecuencias conocidas o probables.
- c. Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez, otorgado por los hospitales de los ministerios 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 el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse mediante la declaración judicial correspondiente, conforme a las disposiciones legales vigentes.

Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:

- a) Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;
- b) Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables, obtenido del médico tratante;
- c) En el caso de accidentes de tránsito en los que el ASEGURADO sea el conductor del vehículo, resultado de Dosaje Etílico;
- d) Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.

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

- e) Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que

lo designe, según corresponda; f) **Documento de identidad del BENEFICIARIO (Herederero 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.

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 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 y/o para recibir orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro:

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.

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. **Lesiones preexistentes:** Se entiende como tal, 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 contratación del presente seguro.

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

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

Pérdida Funcional: Es la ausencia de capacidad de función fisiológica del o de los órganos afectados, pudiendo estar o no implicado el aspecto anatómico del órgano o del miembro comprometido. Será absoluta si involucra la pérdida de toda capacidad de función.

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.

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 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.

- 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.
- Los Comprobante de Pago Electrónicos emitidos a Personas Jurídicas pueden ser descargados ingresando al portal: www.gosocket.net
- Para el caso de los Comprobantes de Pago Electrónicos emitidos a adquirientes 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 su requerimiento.

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 datos personales

EL ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que **CHUBB** 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 sus datos personales puedan ser cedidos a terceros, sean entidades y/o personas naturales o jurídicas, vinculados o no a **CHUBB**, para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, según el listado referencial que se encuentra en la página web www.chubb.com/pe, respetando la legislación peruana sobre protección de datos personales.

El **ASEGURADO** autoriza, acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales incluirá la posibilidad de realizar estudios estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes, remitir información sobre 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 **CHUBB**.

Los datos personales proporcionados seguirán siendo de titularidad exclusiva de **EL ASEGURADO**, tiene carácter confidencial y están protegidos por la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N°016-2024-JUS.

CHUBB declara que los datos personales han sido obtenidos cumpliendo con la normativa vigente y que cuenta con el consentimiento previo, expreso, libre e informado de los titulares de dichos datos; o, en su defecto, se encuentra dentro de las excepciones al consentimiento contenidas en el artículo 14° de la Ley de Protección de Datos Personales.

La finalidad del tratamiento de los datos personales es únicamente para realizar procesamiento de datos y permitir la ejecución del contrato, conforme a los servicios estipulados en el presente Contrato. En ningún caso, los datos podrán ser utilizados para fines distintos sin la debida autorización de **CHUBB**.

Para la ejecución del tratamiento se deberá contar con los siguientes datos personales:

- Nombre completo.
- Documento de identidad.
- Información médica, cuando corresponda.

CHUBB se compromete a:

- Custodiar y proteger los datos personales proporcionados u obtenidos, implementando las medidas de seguridad técnicas, organizativas y jurídicas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
- Utilizar los datos personales exclusivamente para la ejecución de los servicios objeto del contrato, sin aplicarlos para fines propios o distintos a los establecidos.
- No transferir, comunicar ni ceder los datos personales a terceros, salvo que se requieran para la ejecución contractual. Asimismo, se prohíbe la copia o reproducción de la información, salvo que sea estrictamente necesaria para la ejecución de los servicios.
- No realizar transferencias internacionales de datos personales, salvo que sea necesario para la ejecución contractual. En caso de que dicha transferencia sea necesaria, deberá garantizar que el país de destino cuente con un nivel de protección adecuado, conforme a la Ley N°29733 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°016-2024-JUS y que se suscriban los acuerdos necesarios para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos.
- Asegurar que el acceso a los datos personales esté limitado únicamente al personal cuya intervención sea necesaria para la prestación de los servicios, informándoles de las medidas de seguridad y el deber de confidencialidad que deben observar, incluso después de finalizada la relación contractual.
- Aceptar la realización de controles, comprobaciones y auditorías que se considere necesarios a efectos de verificar el cumplimiento de lo establecido en el presente Contrato.
- En caso se detecte cualquier incidente de seguridad que implique un acceso no autorizado, pérdida, alteración o divulgación indebida de datos personales, deberá notificarlo de manera inmediata y dentro de un plazo máximo de 24 horas. Asimismo, deberá proporcionar un informe detallado sobre las causas del incidente, las medidas correctivas adoptadas y cualquier otra información relevante que se requiera.
- Canalizar cualquier solicitud de ejercicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición).

EL ASEGURADO autoriza voluntariamente el uso y tratamiento de sus datos personales (marcar con una X):

Sí ()

No ()

EL ASEGURADO ha sido informado y conoce sobre el ejercicio de los derechos ARCO (acceso, rectificación, oposición y cancelación) de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignado su nombre y apellidos, tipo y número de documento de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a legal.peru@chubb.com

CHUBB 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**.

En caso de incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, la parte responsable asumirá íntegramente cualquier reclamo, denuncia, proceso judicial o procedimiento administrativo iniciado en su contra, incluyendo el pago de indemnizaciones, multas, costas y costos que pudieran derivarse de dicho incumplimiento.

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. Las obligaciones establecidas en esta cláusula permanecerán vigentes durante la ejecución del Contrato y después de su finalización, en lo que respecta a la confidencialidad y tratamiento de los datos personales.

Al suscribir el presente documento el ASEGURADO acepta la contratación de dos servicios: el seguro Protección Total y el Servicio de Asistencia, cuyos términos y condiciones se detallan en el presente documento y a continuación. El ASEGURADO declara conocer que los servicios son brindados por empresas diferentes, siendo el SEGURO a cargo de CHUBB PERU S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGURO y el servicio de asistencia a cargo de VDR ASISTENCIAS S.A.C

Fecha de emisión: _____



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

EL ASEGURADO

Autorización de Datos Personales

EL ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que **CHUBB** 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 sus datos personales puedan ser cedidos a terceros, sean entidades y/o personas naturales o jurídicas, vinculados o no a **CHUBB**, para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, según el listado referencial que se encuentra en la página web www.chubb.com/pe, respetando la legislación peruana sobre protección de datos personales.

EL ASEGURADO autoriza, acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales incluirá la posibilidad de realizar estudios estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes, remitir información sobre 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 **CHUBB**.

Los datos personales proporcionados seguirán siendo de titularidad exclusiva de **EL ASEGURADO**, tiene carácter confidencial y están protegidos por la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N°016-2024-JUS.

CHUBB declara que los datos personales han sido obtenidos cumpliendo con la normativa vigente y que cuenta con el consentimiento previo, expreso, libre e informado de los titulares de dichos datos; o, en su defecto, se encuentra dentro de las excepciones al consentimiento contenidas en el artículo 14° de la Ley de Protección de Datos Personales.

La finalidad del tratamiento de los datos personales es únicamente para realizar procesamiento de datos y permitir la ejecución del contrato, conforme a los servicios estipulados en el presente Contrato. En ningún caso, los datos podrán ser utilizados para fines distintos sin la debida autorización de **CHUBB**.

Para la ejecución del tratamiento se deberá contar con los siguientes datos personales:

- Nombre completo.
- Documento de identidad.
- Información médica, cuando corresponda.

CHUBB se compromete a:

- Custodiar y proteger los datos personales proporcionados u obtenidos, implementando las medidas de seguridad técnicas, organizativas y jurídicas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
- Utilizar los datos personales exclusivamente para la ejecución de los servicios objeto del contrato, sin aplicarlos para fines propios o distintos a los establecidos.
- No transferir, comunicar ni ceder los datos personales a terceros, salvo que se requieran para la ejecución contractual. Asimismo, se prohíbe la copia o reproducción de la información, salvo que sea estrictamente necesaria para la ejecución de los servicios.
- No realizar transferencias internacionales de datos personales, salvo que sea necesario para la ejecución contractual. En caso de que dicha transferencia sea necesaria, deberá garantizar que el país de destino cuente con un nivel de protección adecuado, conforme a la Ley N°29733 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°016-2024-JUS y que se suscriban los acuerdos necesarios para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos.
- Asegurar que el acceso a los datos personales esté limitado únicamente al personal cuya intervención sea necesaria para la prestación de los servicios, informándoles de las medidas de seguridad y el deber de confidencialidad que deben observar, incluso después de finalizada la relación contractual.
- Aceptar la realización de controles, comprobaciones y auditorías que se considere necesarios a efectos de verificar el cumplimiento de lo establecido en el presente Contrato.
- En caso se detecte cualquier incidente de seguridad que implique un acceso no autorizado, pérdida, alteración o divulgación indebida de datos personales, deberá notificarlo de manera inmediata y dentro de un plazo máximo de 24 horas. Asimismo, deberá proporcionar un informe detallado sobre las causas del incidente, las medidas correctivas adoptadas y cualquier otra información relevante que se requiera.
- Canalizar cualquier solicitud de ejercicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición).

EL ASEGURADO autoriza voluntariamente el uso y tratamiento de sus datos personales

Sí ()

No ()

EL ASEGURADO ha sido informado y conoce sobre el ejercicio de los derechos ARCO (acceso, rectificación, oposición y cancelación) de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignado su nombre y apellidos, tipo y número de documento de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a legal.peru@chubb.com

CHUBB 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.

En caso de incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, la parte responsable asumirá íntegramente cualquier reclamo, denuncia, proceso judicial o procedimiento administrativo iniciado en su contra, incluyendo el pago de indemnizaciones, multas, costas y costos que pudieran derivarse de dicho incumplimiento.

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. Las obligaciones establecidas en esta cláusula permanecerán vigentes durante la ejecución del Contrato y después de su finalización, en lo que respecta a la confidencialidad y tratamiento de los datos personales.

Al suscribir el presente documento el ASEGURADO acepta la contratación de dos servicios: el seguro Protección Total y el Servicio de Asistencia, cuyos términos y condiciones se detallan en el presente documento y a continuación. El ASEGURADO declara conocer que los servicios son brindados por empresas diferentes, siendo el SEGURO a cargo de CHUBB PERU S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGURO y el servicio de asistencia a cargo de VDR ASISTENCIAS S.A.C

Fecha de emisión: _____



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

EL ASEGURADO

CONDICIONADO GENERAL DEL SERVICIO DE ASISTENCIAS

Los servicios descritos a continuación aplican al Plan Base o Plan Power según el ASEGURADO haya contratado de acuerdo al cuadro previsto en el rubro “Servicio de Asistencia” de la Solicitud Certificado.

I. Descripción de Servicios de Asistencia:

- 1. Servicio de Médico a domicilio por medicina general:** En caso el Titular requiera de un médico a domicilio (siempre que no sea emergencia), se coordinará el envío de un médico especialista en Medicina General para que evalúe al paciente y realice un diagnóstico. Este servicio se encuentra sujeto a un Copago de S/. 35.00 soles por consulta realizada, no incluye medicamentos. Se encuentra excluido todo gasto adicional que origine la visita del médico a domicilio. Para hacer uso del servicio el Cliente deberá llamar a la central telefónica (01) 476-1610, en el horario de lunes a viernes de 09:00 a.m. a 06:00 p.m.
- 2. Telemedicina por medicina general:** En caso el Titular requiera de una consulta telefónica con un médico ante cualquier molestia que sufriera (siempre que no sean emergencia), se gestionará y coordinará una video llamada mediante la plataforma Zoom u otra herramienta que el afiliado disponga con un especialista en Medicina General para que absuelva su consulta. Este servicio tiene como ventaja realizar respuestas a las inquietudes y consultas efectuadas del cliente que pueda decidirse a qué especialidad recurrir para la dolencia o malestar que presentan, siempre que no sea una emergencia, recibiendo atención personalizada y una respuesta rápida y eficaz por parte de profesionales. Se brindará respuestas a las inquietudes y consultas efectuadas, según su estado y condición física. Los servicios para brindar son los siguientes:
 - i. Triage médico
 - ii. Diagnóstico médico de enfermedades de baja complejidad
 - iii. Prescripción de medicamentos derivados del diagnóstico
 - iv. Referencia de laboratorios médicos según distrito o provincia
 - v. Lectura de exámenes de laboratorio
 - vi. Consejos para la buena salud y prevención de enfermedades
 - vii. Control de calidad de atención

Asimismo, este servicio permite la entrega de medicamentos genéricos de forma gratuita en cadenas de farmacias InkaFarma y/o MiFarma a nivel nacional, portando receta médica virtual cuya antigüedad no debe exceder de siete días hábiles desde la fecha de consulta. Medicamentos para entregar para un tratamiento máximo de 10 días.

En caso el médico crea conveniente emitir un descanso médico, lo gestionará dentro de la Receta médica.

Servicio disponible a través de nuestra central telefónica 476-1610, en los horarios de lunes a viernes de 09:00 am. a 06:00 pm. El servicio indicado se brindará de forma ilimitada al año y será asumido en un 100% por VDR Asistencias. La atención por brindar es un periodo máximo de 20 minutos. El servicio incluye medicamentos. Se brinda descanso médico por medio del servicio de Telesalud, cuando el caso lo amerite. Máximo 1 evento.

- 3. Evaluación Inicial Presencial con Fisioterapeuta:** Este servicio tiene como fin mantener, recuperar, habilitar y potenciar el movimiento corporal humano, el que se altera por factores genéticos, congénitos u traumatológicos, viéndose afectado los sistemas musculoesquelético, neurológico, respiratorio y cardiovascular, contemplándolo con el uso de agentes físicos (ondas sónicas, laser, ondas de choque, electroestimulación, hidroterapia, calor, frío, entre otros) recuperando el movimiento funcional y mejorando la calidad de vida de las personas de toda edad. El servicio se brindará de lunes a viernes y cuenta con 1 evento al año, para ello deberá comunicar a nuestra central telefónica (01) 476-1610, el Afiliado deberá presentar al Fisioterapeuta su informe médico tratante donde se señale el diagnóstico de la terapia a realizar. El tiempo máximo por sesión es de 45 minutos. El servicio se brindará según disponibilidad teniendo como horario máximo de atención el sábado hasta el mediodía. Los servicios para brindar son los siguientes:

Terapia por parálisis corporal (parálisis de la mitad inferior del cuerpo, que afecta a ambas piernas = paraplejía. La parálisis que afecta los brazos y las piernas = cuadriplejía)
Terapia física en miembros superiores o inferiores
Terapia física de tobillo, muñeca o rodilla
Terapia Facial o por parálisis facial

- 4. Servicio de envío de Técnica en Enfermería a domicilio para el cuidado del paciente derivado de un accidente:** VDR Asistencias brindará el servicio de Técnica en Enfermería a domicilio destinado solo al cuidado post operatorio a consecuencia de un accidente. Este servicio se limita solo al cuidado del paciente. El periodo de cuidado

es de 02 horas por evento. El servicio se encuentra sujeto a un Copago de S/ 35.00 por evento con un beneficio de 1 evento al año. Para solicitar el servicio el Afiliado deberá comunicarse a la central de VDR Asistencias (01) 476-1610 de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm.

- 5. Orientación psicológica telefónica:** Servicio operativo en un rango horario de 09:00 am a 06:00 pm, tiene como finalidad brindar respuestas a las inquietudes y consultas efectuadas por los afiliados según su estado y condición física actual, pudiendo llegar a brindar al afiliado un diagnóstico presuntivo de lo detallado por él mismo (triaje médico). El servicio se prestará solo como orientación o guía, el profesional médico en línea que brinda el servicio en ningún momento dará un diagnóstico definitivo, recetará medicamentos, ni asegurará la duración del proceso. El servicio se brindará de lunes a viernes, para ello deberá comunicar a nuestra central telefónica (01) 476-1610.
 - 6. Servicio de traslado en ambulancia por urgencia médica las 24 horas los 365 días del año:** se brindará 1 evento por año en caso de urgencia médica y que impida la movilización del Afiliado hasta un monto máximo del servicio de S/ 250.00 por evento. Máximo 1 Evento. Este servicio se dará vía terrestre, brindando solo el traslado del afiliado al recinto hospitalario que sea solicitado por este, VDR Asistencias no se responsabiliza por los gastos adicionales que surjan durante el traslado, así como el gasto adicional que ocasioné en el nosocomio el afiliado. El servicio de ambulancia estará circunscrito a las zonas urbanas de las principales ciudades del país. Para solicitar el servicio deberá llamar a la central telefónica (01) 476- 1610 disponible las 24 horas los 365 días del año. Es importante que para hacer uso del servicio el afiliado tiene que haber realizado las coordinaciones previas con el centro de salud a donde se va a trasladar el afiliado.
 - 7. Orientación médica telefónica general las 24 horas los 365 días del año:** Servicio operativo las 24 horas al día los 365 días del año, tiene como finalidad brindar respuestas a las inquietudes y consultas efectuadas por los afiliados en cualquier edad (niños, adultos y adultos mayores) según su estado y condición física actual, en búsqueda de soluciones a su enfermedad, dolencia, signo o síntoma, pudiendo llegar a brindar al afiliado un diagnóstico presuntivo de lo detallado por él mismo (triaje médico) evaluando riesgos y posibles complicaciones del afiliado para poder así llegar a realizar la derivación correspondiente como: utilización de medios físicos, derivación de consultas ambulatorias por medicina general/especialidades, servicios de ambulancia por urgencia médica, servicios domiciliarios (enfermera, médico, fisioterapeuta) entre otros. El servicio se prestará solo como orientación o guía, el profesional médico en línea que brinda el servicio en ningún momento dará un diagnóstico definitivo, recetará medicamentos, ni asegurará la duración del proceso de la enfermedad o molestia al afiliado vía telefónica. El servicio se brindará las 24 horas los 365 días del año para ello deberá comunicar a nuestra central telefónica (01) 476-1610.
 - 8. Asistencia de Sepelio:** El servicio asistencia sepelio cubre el fallecimiento por accidentes personales. El servicio se encuentra activo las 24 horas del día los 365 días del año. Para hacer uso del servicio el Representante del familiar fallecido deberá comunicarse a la central telefónica (01) 226-0657 en un plazo no mayor a las 24 horas ocurrido el deceso o antes de la contratación de forma particular de los servicios funerarios. El monto máximo de la Asistencia de Sepelio dependerá de el plan elegido según se indica en el cuadro de asistencias y será por única atención. Para activar el servicio, los documentos a presentar son: Copia de DNI del afiliado titular fallecido - Certificado de Defunción.
- 8.1. Servicios Ofrecidos:**
- **Asistencia del director Funerario:** El director Funerario es la persona encargada de Asistir a las personas que fallecieron y de las coordinaciones con los familiares. Su trabajo es asesorar, ayudar a los familiares y seres queridos en realizar las coordinaciones del funeral. Es responsable de comunicarse con la familia para organizar todos los aspectos, desde el día y la hora del retiro del fallecido, homenaje o funeral, hasta el día y hora del traslado al cementerio.
 - **Gestión de trámites generales de sepelio:** El servicio consiste en la Gestión de Los trámites como inscripción de fallecimiento en la RENIEC (Acta de Defunción), coordinación del Certificado de Embalsamamiento, cuando la velación pase las 48 horas de velación.
 - **Traslado e instalación del servicio al lugar de velación:** El servicio consiste en el traslado e instalación del servicio, donde el familiar del fallecido indique, teniendo en cuenta que tiene que ser dentro los límites de su localidad. Se parte desde el lugar del fallecimiento hasta el lugar de velación o complejo funerario y luego hasta el camposanto o crematorio. El servicio es a nivel nacional.
 - **Maquillaje y arreglo estético del fallecido:** Con ello se busca que lo que se recuerde sea a la persona y sus rasgos vitales. Tal como cuando estaba entre nosotros.
 - **Tratamiento de conservación del cuerpo:** El servicio consiste en realizar arreglos en el cuerpo, cuya finalidad es dejarlo lo más natural posible, bien sea de forma temporal o definitiva, para ello se utiliza una serie de técnicas y

herramientas apropiadas, se empieza por la desinfección para frenar la descomposición del cuerpo y se termina con el maquillaje al difunto.

- **Ataúd de madera modelo imperial:** Se proporcionará el ataúd (modelo imperial) tamaño estándar, en la que se deposita el difunto para protegerlo, la cual sirve para el transporte y entierros respectivos. La finalidad es proteger el cuerpo del entorno, para que sus restos no se dispersen. Demostrando consideración y respeto hacia al difunto.
- **Traslado e Instalación de Capilla Ardiente:** El servicio consiste en armar la capilla ardiente donde consiste se coloca dos filas de lámparas eléctricas, en medio el ataúd con el occiso, la alfombra, un manto, un Cristo y un reclinatorio. Estos elementos suelen darse en velatorios católicos o protestantes.
- **Traslado del féretro en carroza:** El servicio consiste en brindar un vehículo que sirve para transportar el ataúd que contiene los restos mortales de una persona, el cual realiza un trayecto desde el sitio de velación o complejo funerario y luego hasta el camposanto o crematorio.

8.2. Territorio

El servicio de ASISTENCIA DE SEPELIO se proporciona en cualquier parte del territorio del Perú.

8.3. Cobertura

La ASISTENCIA DE SEPELIO aplica en los casos accidentes personales. Teniendo un monto máximo del servicio de hasta S/ 1,200.00 para el plan base y S/ 1,500 para el plan Power.

II. Requisitos de Asegurabilidad:

- Edad Mínima de Ingreso: 18 años
- Edad Máxima de Ingreso: 74 años y 364 días
- Edad Máxima de Permanencia: 80 años y 11 meses y 364 días

III. Obligaciones del afiliado

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Representante Familiar deberá llamar a la central de VDR (01) 226-0657, brindándonos los siguientes datos:

- a) Nombre del Afiliado Titular fallecido y número de DNI
- b) Fecha de fallecimiento
- c) Nombre del Representante familiar
- d) Indicar el número telefónico donde se le puede contactar y parentesco
- e) Datos del lugar donde se encuentre el fallecido
- f) Causa de la muerte
- g) Contar con el Certificado de Defunción

IV. Exclusiones del servicio de asistencia

- a) VDR ASISTENCIAS no brinda reembolsos, cuando el Representante familiar lo gestiona y coordina de manera particular la contratación del servicio funerario.
- b) Fallecimiento ocurrido en el extranjero
- c) Cuando haya sido producto de un delito.
- d) Cuando el Representante familiar no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el evento, o bien incurra en falsedad de declaraciones.
- e) Quedan excluidas las que sean consecuencia directa o indirecta de actos de guerra, invasión, hostilidad, rebelón, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares.
- f) Enfermedades preexistentes.

V. Importante

Todos los tramites se deben coordinar directamente con VDR ASISTENCIAS, no se aceptarán solicitudes de reembolso de gastos realizados, cuando el afiliado realiza el servicio de forma particular.

- El servicio será prestado a través de la Red Asistencial de VDR ASISTENCIAS, mediante nuestra Central Telefónica de (01) 476-1610.
- El Cliente Beneficiario declara que antes de su aceptación ha tomado conocimiento directo de todos los artículos del presente documento.
- Servicio solicitado se considera como evento ejecutado, considerándose como un servicio realizado

Confirmado la hora del servicio por VDR, el Afiliado tiene el periodo máximo de una hora para poder cancelar el servicio comunicándose a la Central telefónica (01) 476-1610. Caso contrario, se considerará como evento ejecutado y realizado.

VI. Procedimiento para la activación de los servicios:

- Los servicios deberán ser solicitados a través del número de asistencia de la central telefónica (01) 476- 1610, el cual se encuentra disponible de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm.
- El Afiliado se comunicará a la central de operaciones de VDR Asistencias, para solicitar cualquiera de los ítems de la asistencia antes mencionadas.
- Toma de información y solicitud de servicios por parte de un agente de la central de operaciones
- Verificación de requisitos necesario para prestación de la asistencia
- Realización de triaje médico telefónico para determinar la asistencia necesaria para el Afiliado.

VII. Atención de quejas y reclamos

- VDR atenderá las quejas y reclamos, en un plazo máximo de treinta (30) días contados a partir de la presentación del reclamo por los familiares, ubicada en el distrito de San Isidro (Calle Armando Blondet 217 Of. 301, escribiendo a “atencionalcliente@vdrasistencias.com.pe” o llamando a nuestro Teléfono de Servicio al Cliente al: 641- 2586 de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00pm.