

Seguro de Accidentes – Bicis & Scooters**Solicitud-Certificado N°** _____**Código SBS: AE2036100143****Póliza No: 31 – 168721****Compañía de Seguros (La Compañía)**

Inicio de vigencia: las 12 hrs. Del _____ Fin de vigencia: las 12 hrs. Del _____, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero. Renovación: Automática Vigencia: Mensual
--

Datos Generales de la Solicitud-Certificado

Nombre Comercial: Chubb Seguros Perú S.A. Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	RUC: 20390625007 Teléfono: 417-5000 Página Web: http://www.chubb.com/pe
---	---

Contratante / Comercializador

Razón Social: Banco Pichincha Dirección: Av. Ricardo Palma N° 278, distrito Miraflores, Lima, Perú Correo Electrónico:	RUC: 20100105862 Teléfono: (01) 612-2222
--	---

Asegurado Titular

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

Requisitos para ser Asegurado

Edad mínima de ingreso: 18 años Edad máxima de ingreso: 59 años y 364 días Edad máxima de permanencia: 65 años y 364 días.
--

Beneficiarios

Para la cobertura de Muerte Accidental: Los herederos legales en alícuotas proporcionales. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Reembolso de Gastos Médicos por Accidente: EL ASEGURADO.
--

Descripción del Interés Asegurado

Proteger al ASEGURADO contra los riesgos señalados en la póliza a causa de un accidente.
--

Coaseguro

Chubb Seguros Perú S.A.- 50% de participación (Empresa Líder) Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros (RUC N° 20600098633) - 50% de participación
--

Coberturas, Sumas Aseguradas y Primas

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Accidental	S/ 20,000.00
Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/ 20,000.00
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	Hasta S/ 2,325.00
Prima Comercial Mensual	S/ 14.41
Prima Comercial Mensual + IGV	S/ 17.00

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 27.18%

Forma de Pago: Cargo a la Tarjeta de Crédito _____/ Cuenta de Ahorros _____ **(Marcar con una "X" la opción elegida)**

Seguro de Accidentes – Bicis & Scooters**Solicitud-Certificado N°** _____**Código SBS: AE2036100143****Póliza No: 31 – 168721****Compañía de Seguros (La Compañía)**

Inicio de vigencia: las 12 hrs. Del _____
 Fin de vigencia: las 12 hrs. Del _____, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del
 Condicionado General, lo que ocurra primero.
 Renovación: Automática Vigencia:
 Mensual

Datos Generales de la Solicitud-Certificado

Nombre Comercial: 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: Banco Pichincha RUC: 20100105862
 Dirección: Av. Ricardo Palma N° 278, distrito Miraflores, Lima, Perú Teléfono: (01) 612-2222
 Correo Electrónico:

Asegurado Titular

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

Requisitos para ser Asegurado

Edad mínima de ingreso: 18 años
 Edad máxima de ingreso: 59 años y 364 días
 Edad máxima de permanencia: 65 años y 364 días.

Beneficiarios

Para la cobertura de Muerte Accidental: Los herederos legales en alícuotas proporcionales.
 Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Reembolso de Gastos Médicos por Accidente: El ASEGURADO.

Descripción del Interés Asegurado

Proteger al ASEGURADO contra los riesgos señalados en la póliza a causa de un accidente.

Coaseguro

Chubb Seguros Perú S.A- 50% de participación (Empresa Líder)
Crece Seguros S.A. Compañía de Seguros (RUC N° 20600098633) - 50% de participación

Coberturas, Sumas Aseguradas y Primas

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Accidental	S/ 20,000.00
Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/ 20,000.00
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	Hasta S/ 2,325.00
Prima Comercial Mensual	S/ 14.41
Prima Comercial Mensual + IGV	S/ 17.00

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 27.18%

Forma de Pago: Cargo a la Tarjeta de Crédito _____/ Cuenta de Ahorros _____ **(Marcar con una "X" la opción elegida)**

Seguro de Accidentes – Bicis & Scooters**Solicitud-Certificado N°** _____**Código SBS: AE2036100143****Póliza No: 31 – 168721****Compañía de Seguros (La Compañía)**

Inicio de vigencia: las 12 hrs. Del _____ Fin de vigencia: las 12 hrs. Del _____, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero. Renovación: Automática Vigencia: Mensual
--

Datos Generales de la Solicitud-Certificado

Nombre Comercial: Chubb Seguros Perú S.A. Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	RUC: 20390625007 Teléfono: 417-5000 Página Web: http://www.chubb.com/pe
---	---

Contratante / Comercializador

Razón Social: Banco Pichincha Dirección: Av. Ricardo Palma N° 278, distrito Miraflores, Lima, Perú Correo Electrónico:	RUC: 20100105862 Teléfono: (01) 612-2222
--	---

Asegurado Titular

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

Requisitos para ser Asegurado

Edad mínima de ingreso: 18 años Edad máxima de ingreso: 59 años y 364 días Edad máxima de permanencia: 65 años y 364 días.
--

Beneficiarios

Para la cobertura de Muerte Accidental: Los herederos legales en alícuotas proporcionales. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Reembolso de Gastos Médicos por Accidente: El ASEGURADO.
--

Descripción del Interés Asegurado

Proteger al ASEGURADO contra los riesgos señalados en la póliza a causa de un accidente.
--

Coaseguro

Chubb Seguros Perú S.A.- 50% de participación (Empresa Líder) Crece Seguros S.A. Compañía de Seguros (RUC N° 20600098633) - 50% de participación

Coberturas, Sumas Aseguradas y Primas

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Accidental	S/ 20,000.00
Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/ 20,000.00
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	Hasta S/ 2,325.00
Prima Comercial Mensual	S/ 14.41
Prima Comercial Mensual + IGV	S/ 17.00

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 27.18%

Forma de Pago: Cargo a la Tarjeta de Crédito _____ / Cuenta de Ahorros _____ **(Marcar con una "X" la opción elegida)**

- El ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo mensual de la prima en la tarjeta designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de 01 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 01 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 extinguido transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO TITULAR del pago oportuno de la prima.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

Beneficios Adicionales		
Servicio de Asistencias Bicis & Scooters		
Servicio de Asistencias (*)	Monto Máximo (Soles)	Eventos por año
Auxilio para Bicicleta y Scooter por accidente (pinchazo, ruptura de cadena)	Hasta S/. 40.00 por evento	2 Eventos
Mantenimiento básico de bicicleta y scooter	Hasta S/. 100.00	2 Eventos
Engrase de rodamientos, centrado de llantas, lubricación de cadenas, ajuste de frenos y suministros	Hasta S/. 100.00	2 Eventos
Transporte (taxi) en caso de robo de bicicleta o scooter	Hasta 20 km	2 Eventos
Traslado médico (ambulancia por accidente en la vía pública)	Hasta S/. 500.00 por evento	2 Eventos
Reemplazo de bicicleta / Scooter (por accidente en la vía pública)	Hasta S/. 30.00 por evento	2 Eventos
Orientación médica telefónica las 24 horas	Sin límite	Sin límite
Orientación nutricional telefónica	Sin límite	Sin límite
Apertura de candado (romper)	Hasta S/. 20.00 por evento	2 Eventos
Referencia y coordinación de compra de repuestos, coordinación de talleres para bicicleta / scooter.	Sin límite	Sin límite
Asistencia legal telefónica en caso de robo y accidente.	Sin límite	Sin límite

(*) Los servicios de asistencias cuentan con un periodo de carencia de atención de treinta (30) días.

El servicio de Asistencia es brindado por A365. Para poder hacer uso de este beneficio deberá contactarse al teléfono (01) 610-6693, disponible los 365 días del año, las 24 horas del día.

Descripción de Coberturas del seguro

- **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. El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.
- **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia de 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 y la causa de la Invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones. 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 el presente documento. La COMPAÑÍA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.
 Se brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

- **Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:** En caso que el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza, ya sea que este haya ocurrido en territorio nacional o internacional, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO hasta el límite aquí establecido, 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 la póliza 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 aquí señalado.

Se cubre también las lesiones del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

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, 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.
- c) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto ilícito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que el mismo constituya delito o causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Por acto delictivo cometido por el beneficiario o heredero contra el ASEGURADO, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al beneficiario excluido.
- f) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- g) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, entendidas estas como cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado o cualquier lesión, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro.
- i) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en actividades competitivas o deportivas de manera profesional.
- j) El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO. Ejemplos: ser minero, bombero, vigilante, miembro de las fuerzas armadas o policiales.
- k) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación, asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de un accidente de tránsito, así como el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no está referida únicamente al accidente de tránsito.

- m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
- n) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- o) Las consecuencias de hernias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.
- p) Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.
- q) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
- r) Apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos.

Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Aplicarán además de las exclusiones previstas en los literales b), c), d), g), h) y l) expuestos previamente lo siguiente:

- s) Intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- t) Participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- u) 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.
- v) 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.

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 misma no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la Solicitud-Certificado, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó su solicitud.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales (durante la vigencia del contrato)

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación.

EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato. La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Renovación Automática

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

Cuando la Aseguradora considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no

menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento de la póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la póliza para manifestar su rechazo en la propuesta de la Aseguradora. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Aseguradora. En este último caso, la Aseguradora debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

Terminación del Seguro

La Solicitud-Certificado terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) La muerte del ASEGURADO Titular.
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia.
- c) Al vencimiento del plazo de la presente Solicitud-Certificado, en caso éste no haya sido renovado.
- d) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

En caso de siniestro, el BENEFICIARIO deberá cumplir con lo siguiente:

- 1) **Aviso del siniestro:** Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- 2) **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

Para la cobertura de Muerte Accidental:

- a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerlo físicamente;
 - b. Partida o Acta de Defunción;
 - c. Certificado Médico de Defunción completo;
 - d. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;
 - e. Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo, según corresponda;
 - f. Protocolo de Necropsia completo, según corresponda; y
 - g. Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.
- En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

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

Para la cobertura de 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.
- 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 (Heredero 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 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 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 étílico, 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.

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

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.

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:

- a) Pérdida total de la visión de ambos ojos;
- b) Pérdida total de ambos brazos;
- c) Pérdida total de ambas manos;
- d) Pérdida total de ambas piernas
- e) Pérdida total de ambos pies;
- f) Pérdida total de una mano y de un pie;
- g) Fractura incurable de la columna vertebral;
- h) Estado absoluto de descerebramiento ocasionado por accidente que no permita al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.

Lesión(es) 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.

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.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR

Medios habilitados para presentar consultas y/o reclamos:

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

- 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 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 a los teléfonos 399-1212 o (51-1) 417-5000 (*)

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 treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias

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

Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el ASEGURADO TITULAR señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la presente Solicitud-Certificado, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para esta Solicitud-Certificado.

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas de forma física o por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la solicitud de seguro (electrónicas o telefónicas), con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

Importante

- La información contenida en esta Solicitud-Certificado se complementa con las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- Las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al COMERCIALIZADOR se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- LA COMPAÑÍA es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima antes indicada.

- La presente Solicitud-Certificado forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- Los Comprobante de Pago Electrónicos 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 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. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

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

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

El ASEGURADO AUTORIZA: ☐ Sí ☐ No (marcar con una X)

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

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

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

Fecha de emisión: _____



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

ASEGURADO

- La presente Solicitud-Certificado forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- Los Comprobante de Pago Electrónicos 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 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. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

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

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

El ASEGURADO AUTORIZA: ☐ Sí ☒ No (marcar con una X)

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

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

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

Fecha de emisión: _____



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

ASEGURADO

- La presente Solicitud-Certificado forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- Los Comprobante de Pago Electrónicos 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 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. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

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

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

El ASEGURADO AUTORIZA: ☐ Sí ☐ No (marcar con una X)

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

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

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

Fecha de emisión: _____



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

ASEGURADO

CONDICIONADO DEL SERVICIOS DEL PROGRAMA “CHUBB – ASISTENCIAS BICIS & SCOOTERS PICHINCHA” ENTRE ASISTENCIA 365 SAC. y CHUBB.**1. INTRODUCCION.**

CHUBB con su programa “**CHUBB – ASISTENCIAS BICIS & SCOOTERS PICHINCHA**”, le brinda Asistencia Médica Ambulatoria, telemedicina y servicio telefónico, ante cualquier eventualidad los 365 días del año, las 24 horas del día con tan sólo una llamada al **(01) 610-6693**, **A365** dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier problema, sujetándose para ello al presente contrato.

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS.**2.1. DEFINICIONES.**

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

A) CHUBB: CHUBB

B) A365: ASISTENCIA 365 SAC

C) AFILIADO: Es la persona física **AFILIADO a CHUBB** que se haya **AFILIADO a “CHUBB – ASISTENCIAS BICIS & SCOOTERS PICHINCHA”**. Dentro de este rubro el **AFILIADO** registrado, podrá gozar de todos los servicios a los que tiene derecho de acuerdo con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

D) TITULAR: **AFILIADO** principal de **CHUBB**.

E) SOL: La moneda en curso legal en la República del Perú

F) SERVICIOS: Los servicios de asistencia contemplados en **CHUBB** y que se refiere el presente documento.

G) SITUACIÓN DE ASISTENCIA: Todo hecho o acto del hombre, accidente, ocurrido al **AFILIADO** de acuerdo a los términos y con las características y limitaciones establecidas en el documento, que den derecho a la prestación de los **SERVICIOS**.

H) ACCIDENTE: Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales al **AFILIADO** causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad) que ocurra al **AFILIADO** durante la vigencia del presente.

I) FECHA DE INICIO: Contados a partir de la fecha **de inicio de vigencia del Certificado de Seguro** Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece A365 estarán a disposición del **AFILIADO** de **CHUBB**.

J) PAÍS DE RESIDENCIA: La república del Perú.

K) REPRESENTANTE: el **AFILIADO** que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

L) TERRITORIALIDAD PARA SERVICIOS MEDICOS:

Lima Metropolitana, Callao y Balnearios

Por el Norte: Hasta la Variante de Ancón.

Por el Sur: Hasta Villa el Salvador (en verano se amplía hasta Asia). Por el

Este: Hasta Chosica.

Por el Oeste: Hasta la Punta.

Provincias: El radio de acción será de 40km. a la redonda, partiendo del centro de cada ciudad. Por el

Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote y Huaraz.

Por el Sur: Chinchá, Pisco, Ica, Arequipa, Juliaca, Puno y Tacna.

Por el Este: Huancayo, Huánuco y Cuzco.

Para las ciudades donde no exista infraestructura pública o privada para la prestación del servicio A365 coordinará con el cliente el servicio más cercano a la ciudad donde viva el cliente. En caso de que A365 no ubique proveedor disponible por disponibilidad o tiempos prolongados se realizará el reembolso correspondiente de la atención que no se pueda prestar, siempre que el cliente se contacte previamente a la central de emergencias y cuente con los documentos de sustento.

3. SERVICIOS:

3.1 ASISTENCIA MÉDICA

A. AUXILIO PARA BICICLETA & SCOOTER POR ACCIDENTE (PINCHAZO DE LLANTA O RUPTURA DE CADENA):

En caso el AFILIADO requiera un Cambio de llanta por el repuesto en caso de pinchadura o ruptura de cadena, A365 gestionará y cubrirá el costo del envío de una persona que se encargue de solucionar el inconveniente respectivo, de tal forma que el vehículo en relación con el cual se solicita el servicio pueda movilizarse por sus propios medios, cabe recalcar que el vehículo debe tener una antigüedad máxima de 30 años, con un límite máximo de:

- Auxilio de bicicleta: **Hasta S/. 40.00 POR EVENTO Y 2 EVENTOS POR AÑO**

EL AFILIADO en todo momento deberá supervisar la prestación de los SERVICIOS DE ASISTENCIA VIAL.

B. MANTENIMIENTO BASICO DE BICICLETA & SCOOTER

En caso el AFILIADO requiera realizar el mantenimiento básico o reparación a su bicicleta, A365 cubrirá y gestionará lo siguiente:

- Engrase rodamientos
- Centrado de llantas
- Lubricación de cadena, plato y piñones
- Ajuste de frenos
- Suministro de aire para la bicicleta o vulcanización

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **HASTA S/ 100.00 POR EVENTO, 2 EVENTOS AL AÑO.**

C. TRANSPORTE (TAXI) EN CASO DE ROBO DE BICICLETA O SCOOTER

En caso el asegurado necesite transportarse en un taxi tras haber sufrido un robo de bicicleta o scooter , podrá hacerlo máximo a 20km a la redonda y hasta 2 eventos al año.

D. TRASLADO MÉDICO (AMBULANCIA POR ACCIDENTE EN LA VÍA PÚBLICA):

En caso de que el **AFILIADO** sufra una enfermedad grave o accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización o estabilización, **A365** gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, **A365** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de: **S/ 500.00 POR EVENTO Y 2 EVENTOS POR AÑO (POR ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD GRAVE).**

E. REEMPLAZO DE BICICLETA / SCOOTER (POR ACCIDENTE EN VÍA PÚBLICA)

En caso de que el afiliado necesite un vehículo como bicicleta o Scooter de reemplazo por haber sufrido un accidente , A365 gestionará el alquiler del mismo, esto estará cubierto hasta S/: 30.00 por evento y hasta 2 eventos al año.

F. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA LAS 24 HORAS

En caso de que el **AFILIADO** requiera de una consulta telefónica con un médico ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), **A365** gestionará y coordinará un enlace telefónico con un médico especialista en medicina general para que absuelva su consulta. Este servicio se brindará las 24 horas del día. **A365** no se hace responsable por el diagnóstico que se brinde o el mal manejo de la orientación brindada. El servicio aquí indicado se

realizará: **CON COBERTURA AL 100% Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

G. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA

En caso de que el **AFILIADO** requiera de una consulta telefónica con un nutricionista ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), **A365** gestionará y coordinará un enlace telefónico con un especialista en nutrición para que absuelva su consulta. Este servicio se brindará las 24 horas del día. **A365** no se hace responsable por el diagnóstico que se brinde o el mal manejo de la orientación brindada. El servicio aquí indicado se realizará: **CON COBERTURA AL 100% Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

H. APERTURA DE CANDADO (ROMPER)

En caso el **AFILIADO** requiera una apertura de candado (romper), **A365** gestionará y cubrirá el costo del envío de una persona que se encargue de solucionar el inconveniente respectivo, de tal forma que el vehículo en relación con el cual se solicita el servicio pueda movilizarse por sus propios medios con un límite máximo de:

- **Hasta S/ 20.00 POR EVENTO Y 2 EVENTOS POR AÑO**

EL AFILIADO en todo momento deberá supervisar la prestación de los SERVICIOS DE APERTURA DE CANDADO.

I. REFERENCIA Y COORDINACIÓN DE COMPRA DE REPUESTOS, COORDINACIÓN DE TALLERES PARA BICICLETA / SCOOTERS

Cuando el **AFILIADO** requiera referencia y coordinación para la compra de repuestos y/o información de talleres para bicicleta / scooter, **A365** a solicitud del **AFILIADO** podrá brindar la información solicitada, el costo de estos servicios correrá por cuenta del **AFILIADO**.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite **SIN LÍMITE Y SIN LÍMITE DE EVENTOS**.

J. ASISTENCIA LEGAL TELEFÓNICA EN CASO DE ROBO Y ACCIDENTE

Por este servicio **A365** brindará al **AFILIADO**, previa solicitud, vía telefónica, los servicios de referencia y consultoría legal en materia penal y civil. En todo caso, los gastos en que incurra el **AFILIADO** por la prestación de los servicios profesionales del referido serán pagados con sus propios recursos.

A365 no será responsable por el resultado de las gestiones y defensas realizadas por parte del abogado que contrate directamente el **AFILIADO**. Estos servicios serán proporcionados **SIN LÍMITE DE COSTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO**.

4. EXCLUSIONES MÉDICAS:

Están excluidos de esta cobertura las prestaciones y hechos siguientes:

1. Los servicios que el **TITULAR** haya concertado por su cuenta, sin previa coordinación con **EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA** través de su proveedor de servicios.
2. La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
3. Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación en toda clase de competencias deportivas profesionales, es decir, prácticas amateurs son cubiertas.
4. Quedan excluidas de estas coberturas las atenciones de cualquier índole a causa de enfermedades crónicas o **PREEXISTENTES** (incluyendo, pero no limitado a: hipertensión arterial, cáncer, diabetes, insuficiencia renal, respiratoria o cardíaca, cirugías) quedan excluidas las prótesis u órtesis internas o externas incluyendo, pero no limitado a: prótesis dentales, audífonos, anteojos, muletas, férulas, nebulizadores, respiradores, etc. en caso de procedimientos, cirugías u hospitalizaciones.
5. Están también excluidas todas las enfermedades psicológicas mentales y/o afines, así como sus consecuencias.
6. Están excluidas de la presente cobertura las pandemias, sospechas de pandemias y epidemias advertidas por la OMS o MINSA, para lo cual se deberá seguir el protocolo de atención según el MINSA haya notificado.

5. EXCLUSIONES GENERALES:

No son objeto de los SERVICIOS, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

7. La mala fe del TITULAR comprobada por el personal de A365.
8. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
9. Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
10. Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
11. Cuando el TITULAR no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
12. Cuando el TITULAR no se identifique como TITULAR de CHUBB
13. Cuando el TITULAR incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
14. En caso de que el costo del servicio de exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el TITULAR.
15. A365 avisará a CHUBB de los servicios improcedentes por las causas arriba citadas para verificar si éste autoriza la prestación del servicio por la calidad del cliente de que se trate siempre y cuando que por circunstancias de la hora y el día se pueda comunicar inmediatamente, de lo contrario se reportará al día siguiente hábil por escrito.

6. OBLIGACIONES DEL TITULAR:

Con el fin de que el TITULAR pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Abstenerse de realizar gastos sin haber consultado previamente con EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA.
2. El TITULAR deberá llamar a la Central de Emergencia: (01) 610-6693.
3. Seguidamente, deberá identificarse con el nombre del TITULAR, DNI, teléfono y dirección para la validación respectiva.
4. El SERVICIO se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables.

7. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Queda entendido que A365 podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.