

CHUBB®

---

# Póliza de Accidentes para Estudiantes

---

*Vigencia: 2024*

 Marsh

---

## ¿Qué es?

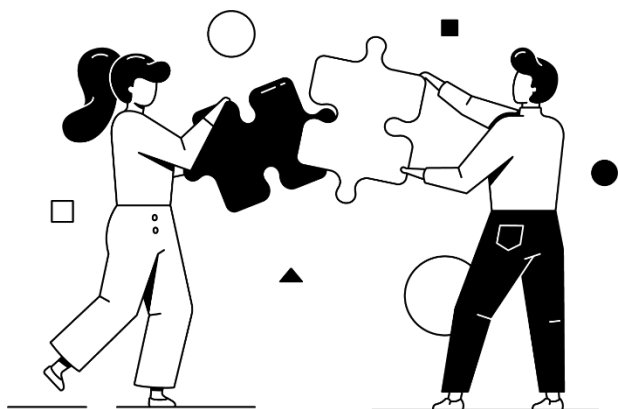


- Es un seguro que brinda coberturas a estudiantes contra el riesgo de accidentes dentro y fuera del centro de estudios. La cobertura está activa al 100% desde el primer día de clases.
- No todos los accidentes están cubiertos por el seguro por eso es importante revisar las **EXCLUSIONES** principales indicadas en este folleto y en la **WEB DEL ALUMNO EN SENATI**.

\* La totalidad de exclusiones están indicadas en la póliza.

# Reportar **todos** los Incidentes y Accidentes

COMUNICA INMEDIATAMENTE A TU TUTOR O JEFE INMEDIATO O JEFE TALLER CONVENIO

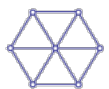


• Informa a tus familiares que cuentas con un Seguro Contra Accidentes - SENATI

• Brinda cobertura a estudiantes contra el riesgo de accidentes dentro y fuera del centro de estudios.

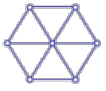
• Cobertura durante las 24 horas del día.

• La cobertura se extiende durante la vigencia de estudios.



## Principales Coberturas

<b>CIA. DE SEGUROS</b>	<b>CHUBB SEGUROS</b>		
<b>VIGENCIA</b>	<b>01/03/2024 AL 28/02/2025</b>		
<b>RIESGO</b>	<b>ACCIDENTES PERSONALES</b>		
<b>POLIZA N°</b>	<b>MODALIDAD</b>		<b>DECLARACION</b>
<b>170648</b>	<b>ALUMNOS - FORMACION PROFESIONAL</b>	<b>ENSEÑANZA PRESENCIAL Y SEMIPRESENCIAL</b>	<b>SEMESTRAL</b>
<b>170647</b>	<b>ALUMNOS - CAPACITACION CONTINUA</b>	<b>ENSEÑANZA PRESENCIAL Y SEMIPRESENCIAL</b>	<b>MENSUAL</b>
<b>NOTA : NO APLICA A LOS ALUMNOS DE ENSEÑANZA 100% VIRTUAL</b>			



## Principales Coberturas

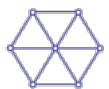
Muerte  
Accidental  
S/. 5,000

Invalidez Total/Parcial  
y Permanente por  
Accidente  
S/. 80,000

Gastos de Sepelio  
por accidente  
S/. 3,000

Gastos de Curación  
por Accidente  
S/. 50,000

- Cobertura 24 horas.
- Central de emergencias accidentales 24 horas.
- Atención a crédito en red de clínicas afiliadas.
- Atención con DNI



# Principales Exclusiones



a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.

Lesiones, accidentes o enfermedades pre-existentes.

Participación en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.

Peleas o riñas

Conducción de motocicletas sin licencia o sin el uso de elementos de seguridad

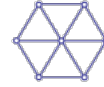
Práctica de deportes notoriamente peligrosos

Accidentes por el consumo de drogas o alcohol

Cirugía estética o tratamiento de queloides.  
Aparatos ortopédicos u ortésicos, prótesis externa, aloinjerto

Gastos que deben ser cubiertos por el SOAT o SCTR.

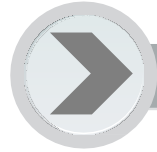




# Procedimiento de atención de emergencias accidentales



Llama a la Central de Emergencias de Chubb  
(01) 615-9817



Indica tus datos personales (Nombre + DNI+ Celular)  
Menciona la clínica a la que te dirigirás

1



Dirigirse al centro de atención de su preferencia o más cercano



Presentar DNI+ Formato de declaración de Accidentes (Solo la primera cara)

2

Proceder con la atención en el centro de salud escogido

3

En caso tenga consultas adicionales, estas serán coordinadas en la misma clínica y comunicada a Chubb

4

- Luego de la atención de emergencia recibirán una orden para segundas citas/tratamientos del médico que los atendió.
- Presentar la orden al área de admisión de la misma clínica luego de la atención de emergencia y agendar la siguiente cita según indicación de la clínica.
- La misma clínica realizara el trámite con Chubb para la siguiente atención
- De igual manera se recomienda dar aviso de la siguiente atención y enviar toda la documentación con mínimo 24h de anticipación a los siguientes correos:

- [accidentespersonaleschubb@medi-k.com.pe](mailto:accidentespersonaleschubb@medi-k.com.pe)
- [cruiz@medi-k.com.pe](mailto:cruiz@medi-k.com.pe)
- CC: [mellyn.ramirez@mercermarshbeneficios.com](mailto:mellyn.ramirez@mercermarshbeneficios.com)

**CHUBB®**

Chubb Seguros Perú S.A.  
 (una compañía de Chubb Group)  
 Calle Amador Merino Reyna 267, Of. 402  
 San Isidro - Lima 27  
 Perú

**DECLARACION DE ACCIDENTES PERSONALES**

*Este formulario debe ser contestado y devuelto por el asegurado(a).*

DATOS DEL CONTRATANTE					
Contratante					
Póliza N°			Sede		
DATOS DEL ASEGURADO(A)/AFECTADO(A)					
Nombre completo					
Dirección					
N° de DNI					
Profesión/Ocupación				Edad	
Teléfono(s)			Talla	cm.	Peso kg.
1	¿Cuándo y dónde tuvo lugar el accidente?				
	Fecha	Hora	Lugar		
2	¿Cómo sucedió y/o qué estabas haciendo al momento del accidente? <i>(Descripción detallada de los hechos)</i>				
3	a.- ¿Qué lesiones ha sufrido?				
	b.- ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en la misma región?		SI	NO	
4	a.- Nombre de la clinica en que fuiste atendido cuando sufriste el accidente				
	b.- ¿Es tu médico de siempre?				
5	¿Estás como consecuencia directa del accidente, incapacitado para atender totalmente tus ocupaciones habituales?			SI	NO
6	Si ahora estas en condiciones de atender tus ocupaciones habituales, indicar desde que fecha:				
	a.- Parcialmente desde:		b.- Totalmente desde:		
7	a.- ¿Cuándo y dónde puedes ser visitado por nuestro médico y/o empleado?				
	¿Cuándo?	¿Dónde?			
	Referencias para llegar:				

*Yo, el abajo firmante, declaro que las manifestaciones y detalles consignados son verídicos.*

Fecha:	Firma:
--------	--------



El presente Formato de Declaración de Accidentes (FDA) es para uso exclusivo de una póliza de seguros de Accidentes Personales emitida por la Compañía de Seguros CHUBB SEGUROS, cuya atención es gestionada por MEDI-K. Luego de la atención del paciente, y la emisión de la Carta de Garantía, agradeceremos completar la información requerida en el FDA y comunicarse con nuestra Central de Emergencia 24 horas: (01) 615-9817.

# IMPORTANTE!

Si existiera algún motivo de fuerza mayor que impida la atención de un ASEGURADO en la Red de Clínicas, deberá presentar la documentación sustitutoria del caso al corredor de seguros, para el reembolso respectivo (solo en caso de Emergencia), según las condiciones de la Póliza y los documentos a presentar que señala.

Las atenciones de continuación de emergencia accidental deben ser atendidas bajo póliza, vía crédito en la Red de Clínicas.



---

## Notas importantes sobre la atención:

- Los siniestros deben ser reportados máximo 24 horas después de ocurrido el accidente, caso contrario, no tendrán cobertura.
- Los accidentes deportivos fuera de la institución o que se produzcan cuando el asegurado NO represente a SENATI, tendrán una suma asegurada máxima de S/. 2,500.
- En caso de accidentes de tránsito y para los casos de peleas o riñas en los que participe el asegurado, aún así se trate de legítima defensa, o para lesiones corporales causados por terceros, se debe presentar la denuncia policial, realizada inmediatamente después de ocurrido el hecho.
- En caso de accidentes de tránsito, el SOAT es lo primero en activarse y debe consumirse por completo. Luego de esto, para activar la cobertura de Gastos de Curación del presente seguro, se debe presentar la denuncia policial, la carta de liquidación de SOAT de la aseguradora responsable y otros documentos que se consideren necesarios.

---

## ¿Qué documentos debo presentar para un reembolso?

- En los casos de fuerza mayor, que impidan la atención en alguna clínica afiliada a la Red, luego de la atención de emergencia deberá presentar la toda documentación sustentadora a su bróker, para que pueda hacer el trámite y se le realice el reembolso respectivo (deben ser reportados como máximo 48 horas luego de ocurrido el accidente):
- Documentos a compartir:
  - Formato de reembolso con la información para poder realizar el reembolso.
  - Comprobantes de pagos.
  - Diagnósticos.
  - Ordenes médicas, etc.

---

CHUBB®

---

# Preguntas Frecuentes



---

### 1.- ¿Se cubre por la póliza de accidentes si el asegurado ha sufrido un accidente de tránsito?

Sí, pero luego de consumir el SOAT. Para los casos de Atropello y Fuga o si desconoce la placa de la unidad en la que se transportaba y sufrió un choque, sí se activa la cobertura de manera directa. Para ello será necesario presentar la Denuncia Policial respectiva donde se especifique lo ocurrido y que desconoce la placa de la unidad.

### 2.- Procedimiento para Continuidad de Tratamiento en un proveedor afiliado

Se debe enviar los siguientes documentos, a fin de que sea evaluado por el médico auditor:

- Formato de declaración de accidentes (FDA).
- Cita médica donde se indique fecha para su atención. La clínica deberá gestionar la Carta de Garantía.

### 3.- ¿Cuándo se suspende las atenciones de Continuidad de Tratamientos?

- Alta del paciente, indicado por el médico que lo trató.
- Cuando se haya llegado al tope de la suma asegurada de la cobertura.
- Abandono de tratamiento por parte del asegurado (esto se verifica en el Historial Clínico)
- Cuando el alumno ya no tenga vínculo con la institución o no se haya matriculado para el periodo en vigencia.

---

Central de atención de accidentes  
Chubb

**(01) 615-9817**



\*Revisa toda la información sobre los deducibles, condiciones y exclusiones dentro de tu póliza en tu intranet.



CHUBB®

 Marsh

Chubb. Insured.