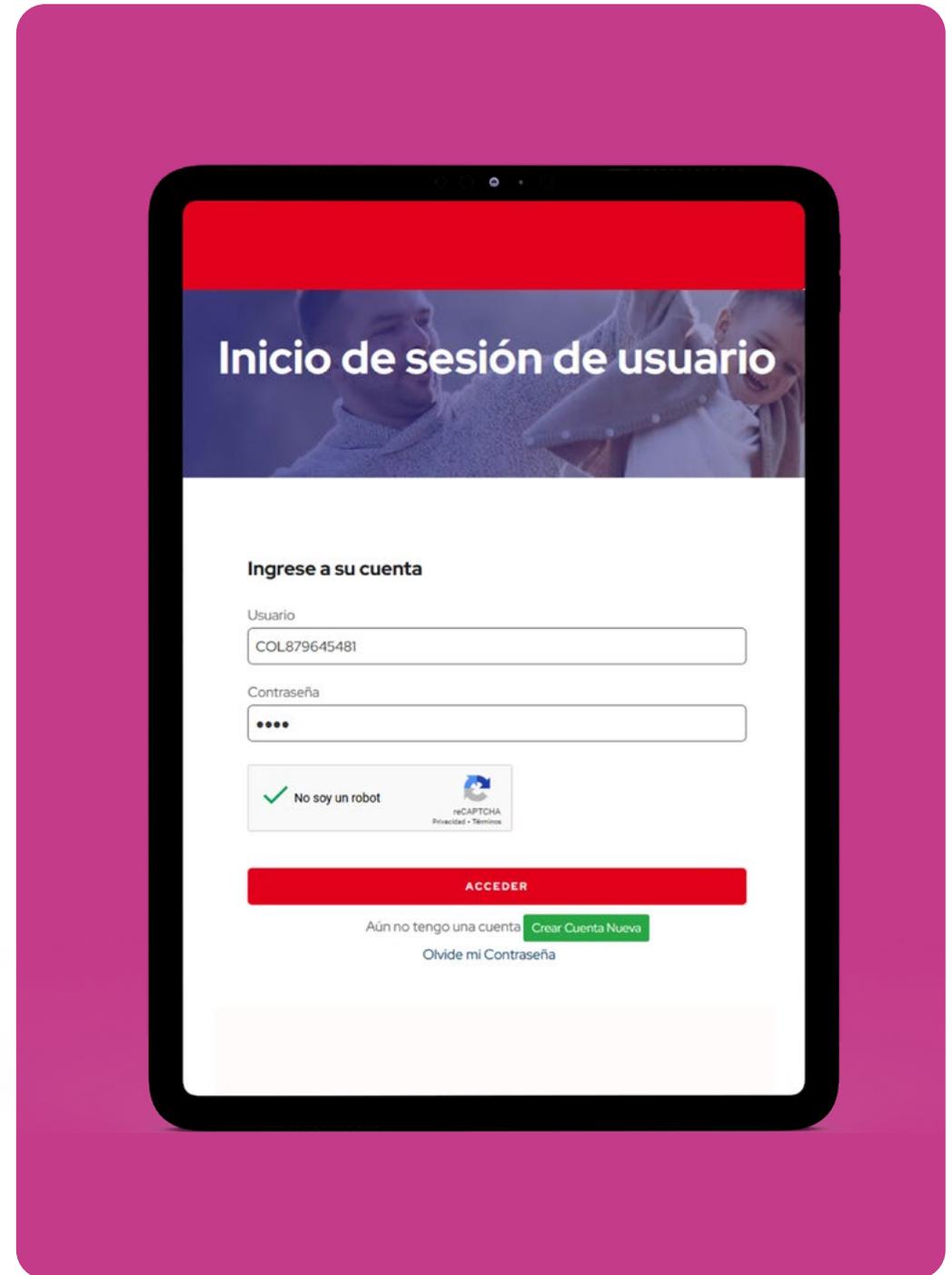


# Plataforma Colaborador

INSURTECH



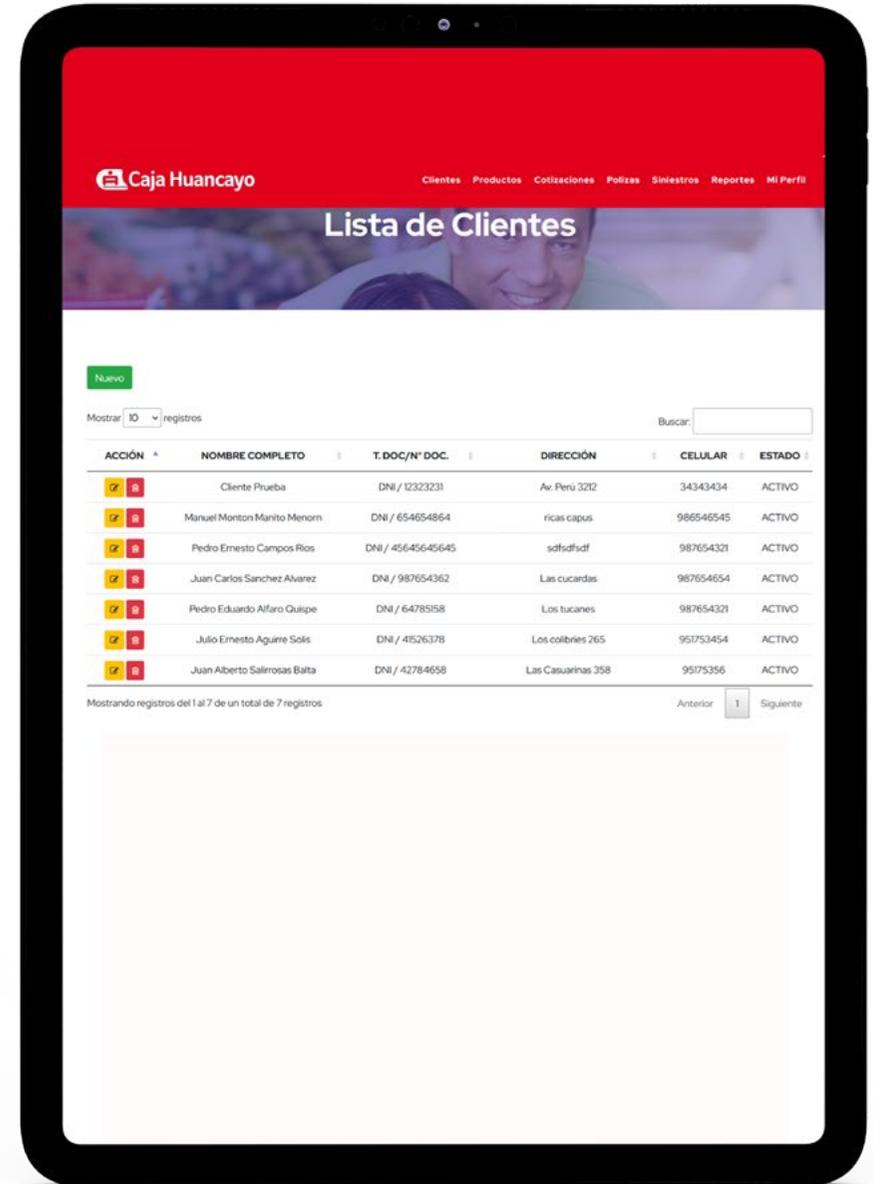
El inicio de sesión es la puerta de inicio a la plataforma, **registrando usuario y contraseña**



Se cuenta en el menú con la **opción de clientes**



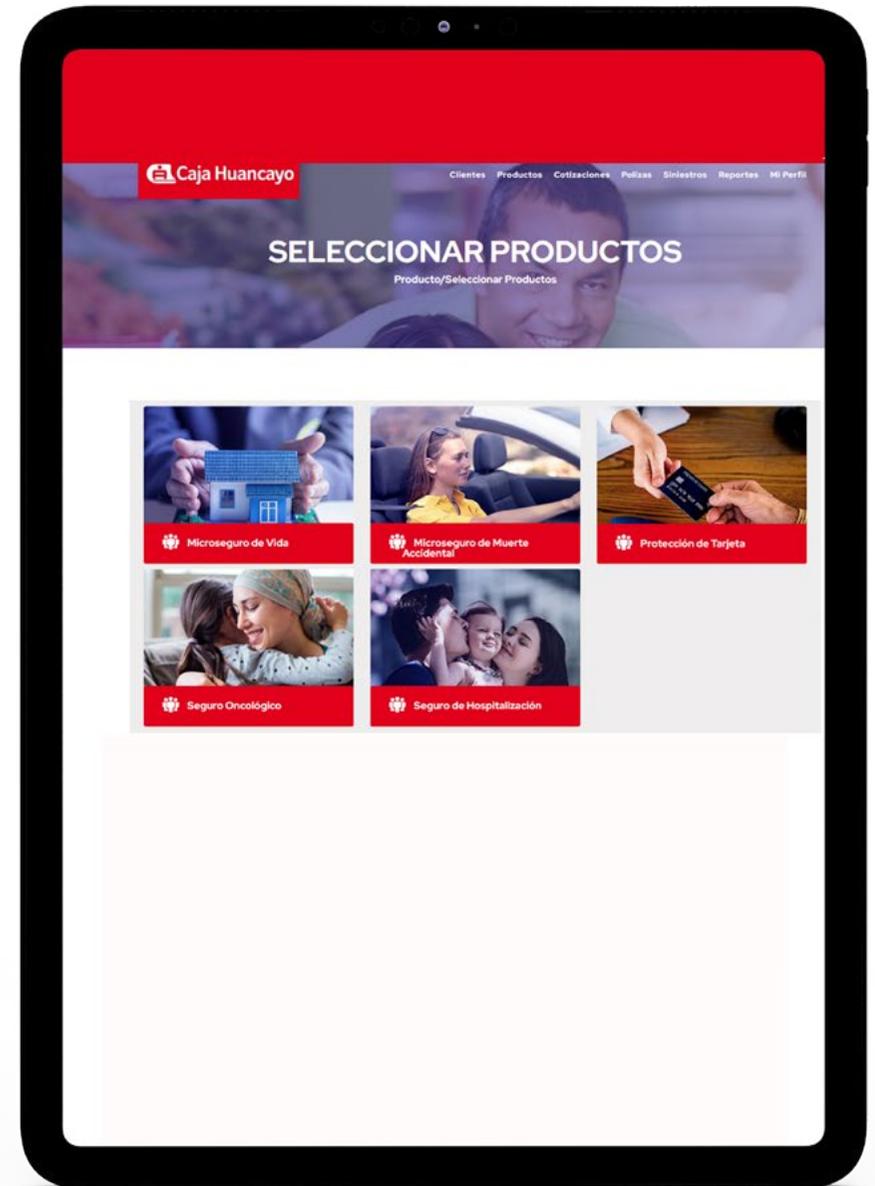
Donde se puede listar y visualizar los clientes registrados



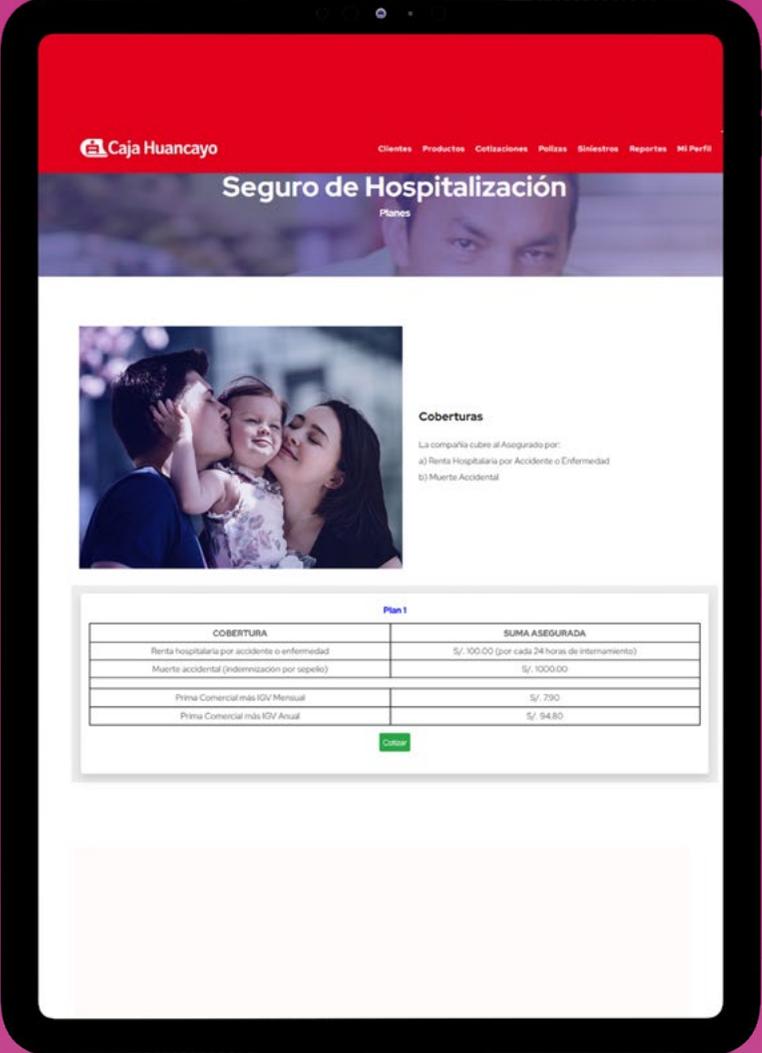
Otra opción es la de **productos**



Donde los colaboradores podrán seleccionar algún producto de interés para el cliente para ofrecerlo en ventanilla o en campo



Al seleccionar un producto en este caso el seguro de hospitalización, se visualiza la **información al detalle**, dándonos la opción de cotizar



Caja Huancayo

Cientes Productos Cotizaciones Pólizas Síntesis Reportes Mi Perfil

## Seguro de Hospitalización

Planes



**Coberturas**

La compañía cubre al Asegurado por:

- a) Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad
- b) Muerte Accidental

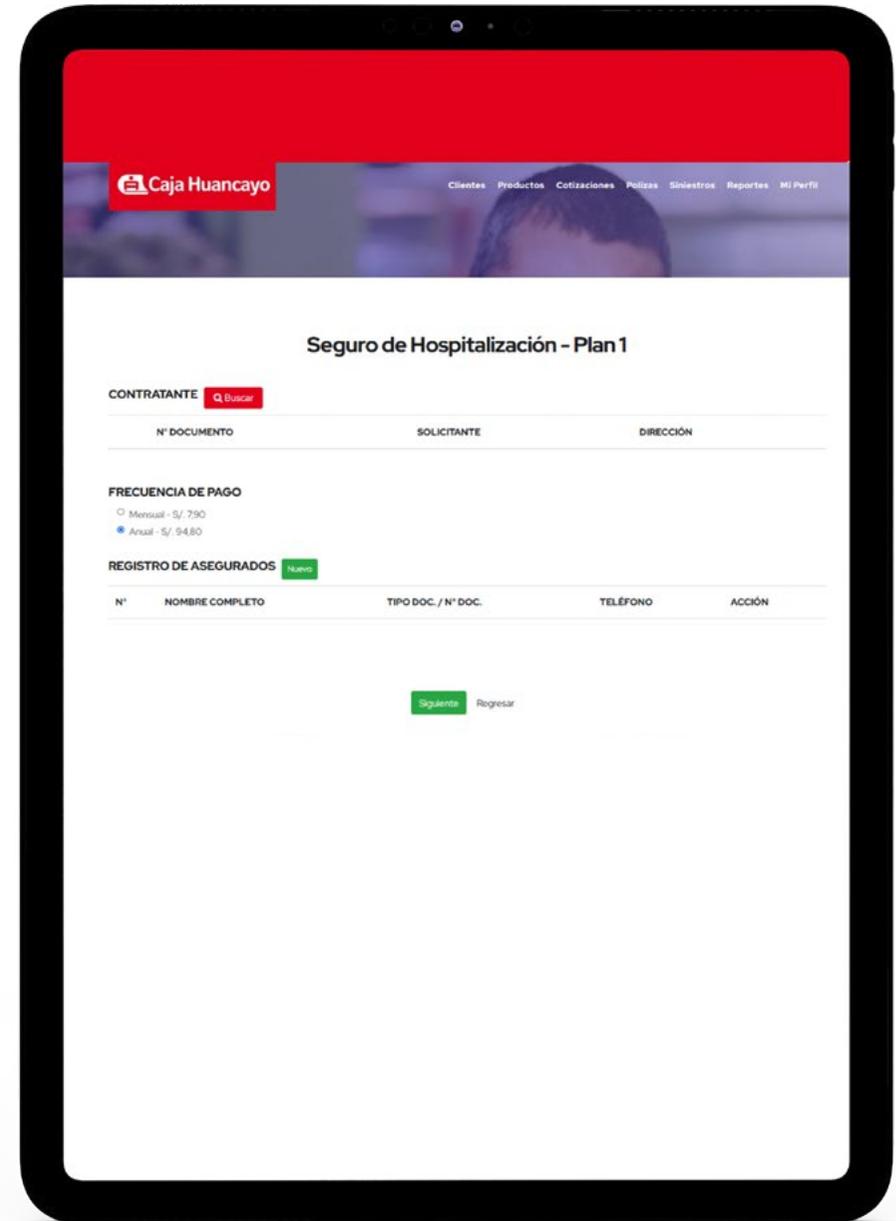
**Plan 1**

COBERTURA	SUMA ASEGURADA
Renta hospitalaria por accidente o enfermedad	S/ 100.00 (por cada 24 horas de internamiento)
Muerte accidental (indemnización por sepelio)	S/ 1000.00
Prima Comercial más IGV Mensual	S/ 790
Prima Comercial más IGV Anual	S/ 9480

[Cotizar](#)



Pulsando el **botón de cotizar**  
se debe seleccionar  
al contratante



Dentro del abanico de clientes registrados, si no estuviera registrado deberá realizar esta operación en la **primera opción del menú “Clientes”**



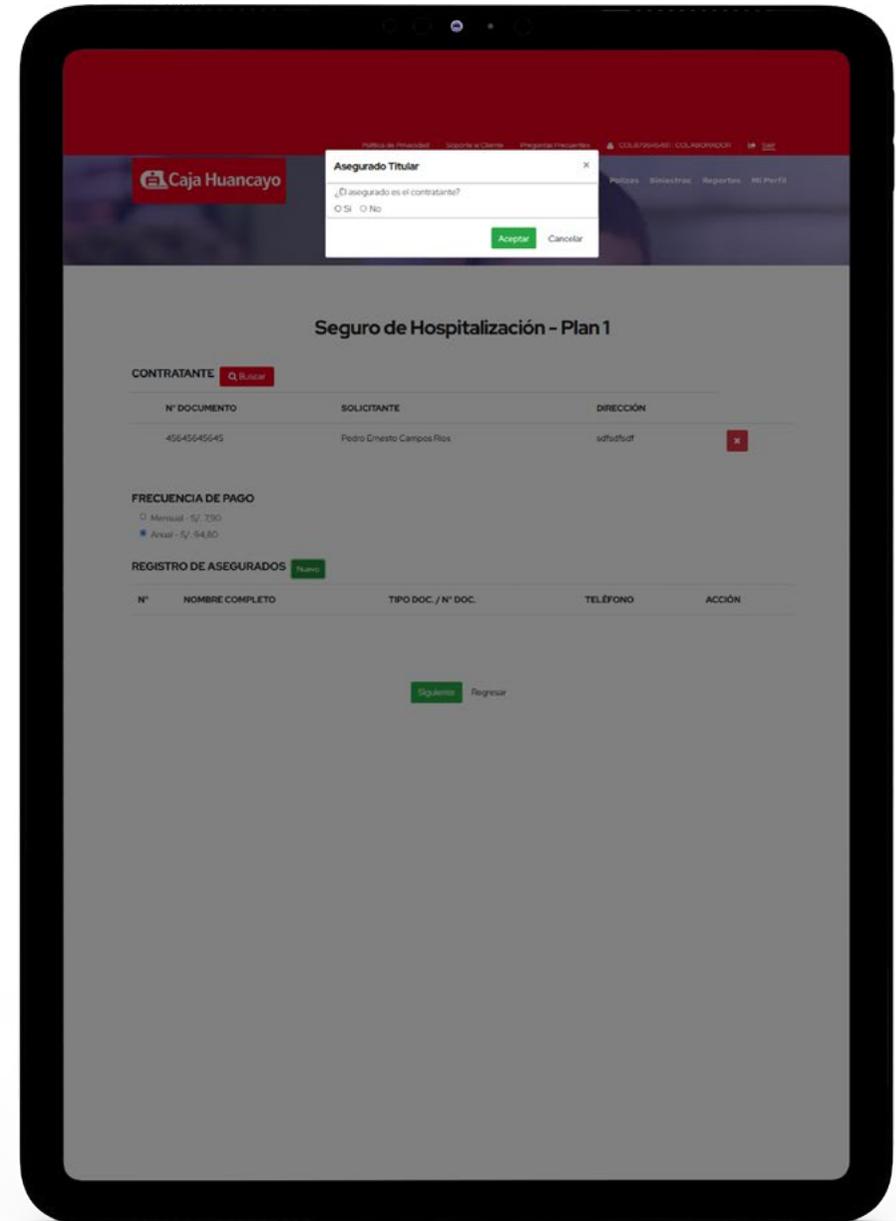
ACCIÓN	NOMBRE COMPLETO	T.DOC/N° DOC.
<a href="#">Seleccionar</a>	Cliente Prueba	DNI / 12323231
<a href="#">Seleccionar</a>	Manuel Monton Manito Menorn	DNI / 654654864
<a href="#">Seleccionar</a>	Pedro Ernesto Campos Rios	DNI / 45645645645
<a href="#">Seleccionar</a>	Juan Carlos Sanchez Álvarez	DNI / 987654362
<a href="#">Seleccionar</a>	Pedro Eduardo Alfaro Quispe	DNI / 64785158
<a href="#">Seleccionar</a>	Julio Ernesto Aguirre Solis	DNI / 41526378
<a href="#">Seleccionar</a>	Juan Alberto Salirrosas Balta	DNI / 42784658

Mostrando registros del 1 al 7 de un total de 7 registros

Anterior 1 Siguiente



Se debe de establecer el asegurado, pudiendo ser el cliente que realiza el trámite o un tercero



Habiendo registrado todo y pulsado el botón de siguiente, **se genera la cotización**

**CONTRATANTE** [Buscar](#)

---

N° DOCUMENTO	SOLICITANTE	DIRECCIÓN	
45645645645	Pedro Ernesto Campos Rios	sdfsdfsd	<a href="#">✕</a>

**FRECUENCIA DE PAGO**

Mensual - S/. 7,90

Anual - S/. 94,80

**REGISTRO DE ASEGURADOS**

N°	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC./ N° DOC.	TELÉFONO	ACCIÓN
1	Pedro Ernesto Campos Rios	DNI 45645645645	987654321	<a href="#">✕</a>

[Siguiente](#) [Regresar](#)



Se genera un **resumen** de la cotización.

Y este resumen nos brinda tres opciones: envío de correo, descarga del pdf y la compra previa aceptación de los términos

Ver condiciones generales [Aquí](#)

Acepto políticas de protección de datos personales.  
 Acepto términos y condiciones.

Cancelar **Enviar a Correo** **Descargar PDF** **Comprar**



### RESUMEN DE COTIZACIÓN DEL PRODUCTO

Seguro de Hospitalización - Plan 1	
Código SBS: AE2036400022	
<b>COBERTURA</b>	<b>SUMA ASEGURADA</b>
Renta Hospitalaria por accidente o enfermedad	S/ 100.00
Muerte Accidental (Indemnización por Sepelio)	S/ 1,000.00
Frecuencia de pago:	Anual
Prima comercial + IGV Anual:	S/ 94.80
<a href="#">Ver condiciones generales Aquí</a>	

CONTRATANTE	
Nombre:	Pedro Ernesto Campos Rios
N° Documento:	45645645645
Dirección:	sdffudfuff
Correo Electrónico:	jalpitrann@outlook.com
Nro. Celular:	987654321

EMPRESA DE SEGUROS	
Razón Social:	Chubb Peru S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros
RUC:	20390625007
Dirección:	C. Amador Merino Reyna 267, San Isidro 15046
Correo Electrónico:	contacto@chubb.com.pe
Página Web:	www.chubb.com/pe-es/

**Exclusiones:**

- Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, sea o no el ASEGURADO en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder nómada o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza.
- Curas de Rejuno.
- Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- Condiciones médicas o enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales las establecidas en el artículo de las Definiciones.
- Extremos médicos de rutina.
- Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- Las enfermedades directas o derivadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, o otra persona que no sea médico legamente habilitado para ejercer la profesión.
- Intoxicación en un establecimiento que no reúna los requisitos descritos en las Definiciones.
- Diferación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva, independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos relacionados con la seguridad de las personas, danto concertado en ciertos casos, salvo en aquellos casos en que se establezca subsiguientemente como hecho o hecho-afectado, servicio o haber, acto, comisión civil, dolo malicioso, voluntad o

Pulsado el botón de compra, se deben registrar los beneficiarios

**PROCESO DE COMPRA**  
Microseguro de Muerte Accidental - Plan 2  
Código SBS: AE2036600146

**Contratante:** Nombre: Juan Alberto Salirrosas Balta  
N° Documento: 42784658  
Dirección: Las Casuarinas 358  
Correo Electrónico: bdtjfc77@freeml.net  
Nro. Celular: 95175356

**Asegurado Titular:** Nombre: Juan Alberto Salirrosas Balta  
N° Documento: 42784658  
Dirección: Las Casuarinas 358  
Correo Electrónico: bdtjfc77@freeml.net  
Nro. Celular: 95175356

**Declaración de Beneficiarios:** [+ Agregar beneficiario](#)

N°	BENEFICIARIO	NRO DOCUMENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE	ACCIÓN
----	--------------	---------------	------------	------------	--------

[Siguiente](#)

**Nuevo Beneficiario**

Tipo Documento:  Número Documento:  Parentesco:  Otro parentesco:

Nombres:  Apellido Paterno:  Apellido Materno:  Porcentaje:

[Registrar](#) [Cancelar](#)

**Seguro de Hospitalización - Plan 1**



Mostrando el **resumen** siguiente

**PROCESO DE COMPRA**  
**Seguro de Hospitalización - Plan 1**  
Código SBS: AE203640022

**Contratante:** Nombre: Pedro Ernesto Campos Rios  
N° Documento: 45645645645  
Dirección: sdfsdfsdf  
Correo Electrónico: jsipranm@outlook.com  
Nro. Celular: 987654321

**Asegurado Titular:** Nombre: Pedro Ernesto Campos Rios  
N° Documento: 45645645645  
Dirección: sdfsdfsdf  
Correo Electrónico: jsipranm@outlook.com  
Nro. Celular: 987654321

**Declaración de Beneficiarios:** + Agregar beneficiario

N°	BENEFICIARIO	NRO DOCUMENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE	ACCIÓN
1	Luisa Prado Alarcon	47459875	CONYUGUE	100%	✕

Siguiente



Luego se muestra el resumen de la compra, donde se solicitará indicar si la compra se realizará desde ventanilla o en campo. Así mismo se debe indicar la **forma de pago**: Cargo en cuenta o Pago en efectivo:

The screenshot displays a mobile application interface for purchasing a product. At the top, there is a red header. Below it, the title "COMPRAR PRODUCTO" is centered, followed by "Seguro de Hospitalización - Plan 1" and the code "Codigo SBS: AE2036400022".

The main content is divided into several sections:

- COBERTURA**: A table listing coverage details.

COBERTURA	SUMA ASEGURADA
Renta Hospitalaria por accidente o enfermedad	S/ 100.00
Muerte Accidental (Indemnización por Sepelio)	S/ 1,000.00
Frecuencia de Pago:	Anual
Prima Comercial Anual	S/ 94.80
- TIPO DE POLIZA**: A table showing policy details.

TIPO DE POLIZA:	Individual
Total de asegurados titulares:	1
Prima comercial + IGV - TOTAL:	S/ 94.80
- OPCIONES DE FACTURACIÓN: ANUAL (pago único)**: A section with the option "OPCIONES DE PAGO: AL CONTADO / CARGO A CUENTA".
- Tipo de Venta**: A section titled "Seleccione el tipo de venta:" with radio buttons for "Ventanilla" and "Campo". Below it is a link "¿Desea generar la Solicitud de Pago?".
- Seleccione el medio de pago:** Radio buttons for "Cargo a cuenta Caja Huancayo" and "Pago en efectivo".
- Terminos y condiciones:** A section with four checkboxes: "Acepto políticas de protección de datos personales.", "Acepto términos y condiciones.", "Autorizo el envío de la póliza en formato digital.", and "Otorgo el nombramiento de corredor de seguros a MASSV." Below this is a yellow button that says "Debe aceptar todas las condiciones para proceder con la compra."



Como medio de pago **cargo a cuenta**, se ha establecido que debe de ingresarse los 4 últimos dígitos de la tarjeta del cliente así como año y mes de caducidad para la validación respectiva

**Tipo de Venta**

Seleccione el tipo de venta:

Ventanilla

Campo

[¿Desea generar la Solicitud de Pago?](#)

Seleccione el medio de pago:

Cargo a cuenta Caja Huancayo

Pago en efectivo

Digite los últimos 4 dígitos de su tarjeta:

4555 \*\*\*\* \*\*\*\*

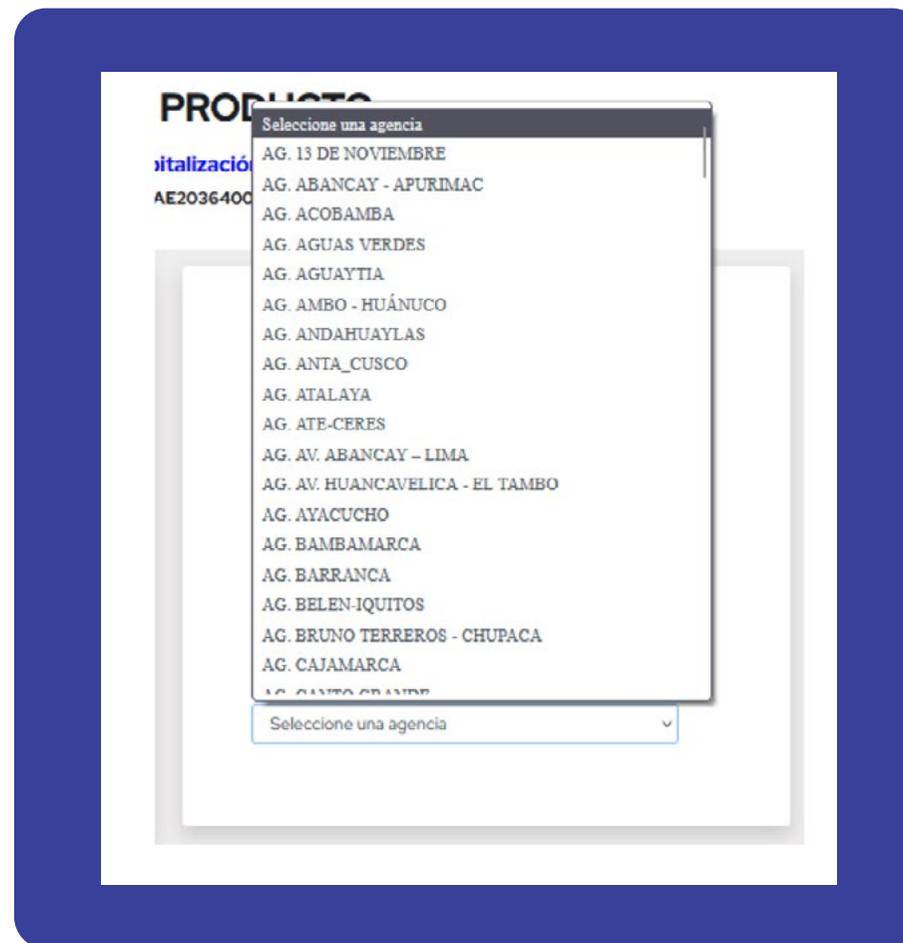
Seleccione el vencimiento de su tarjeta:

Mes:  / Año:

**Validar**



En el caso de seleccionar pago en efectivo se debe de seleccionar la agencia de su preferencia



Para este ejemplo se ha seleccionado ventanilla y pago en efectivo

**PROCESO DE COMPRA**  
Microseguro de Muerte Accidental - Plan 2  
Código SBS: AE2036600146

**Contratante:** Nombre: Juan Alberto Salirrosas Balta  
N° Documento: 42784658  
Dirección: Las Casuarinas 358  
Correo Electrónico: 8dtjfc17@freeml.net  
Nro. Celular: 95175356

**Asegurado Titular:** Nombre: Juan Alberto Salirrosas Balta  
N° Documento: 42784658  
Dirección: Las Casuarinas 358  
Correo Electrónico: 8dtjfc17@freeml.net  
Nro. Celular: 95175356

**Declaración de Beneficiarios:** [+ Agregar beneficiario](#)

N°	BENEFICIARIO	NRO DOCUMENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE	ACCIÓN
1	Carlos Gonzalez Aguirre	18587453	PADRES	100%	<a href="#">X</a>

[Siguiente](#)



Al pulsar el botón  
“**Generar solicitud de pago**”,  
se emite el formato de la  
solicitud con el detalle  
del producto.

**PROCESO DE COMPRA**

Solicitud de pago en efectivo N°: 63656

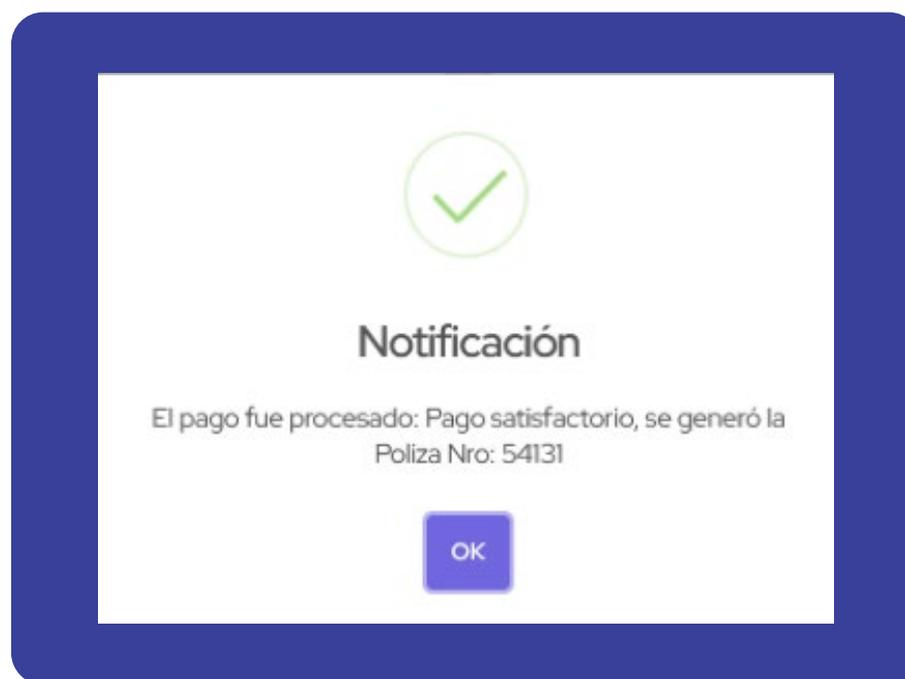
Cotización N°: 53370  
Seguro de Hospitalización - Plan 1  
Código SBS: AE2036400022

Cuota:	1/1	Puede acercarse con esta solicitud y/o su DNI a la agencia seleccionada a realizar el pago, antes de la fecha de vencimiento.
Frecuencia de Pago:	Anual	En caso se pase la fecha de vencimiento tendrá que volver a generar la solicitud de pago si la cotización aun está vigente.
Monto a pagar incluido IGV:	S/94.80	Esta solicitud de pago fue enviada a su correo electrónico.
Fecha de vencimiento:	12/05/2022 12:00:00	También puede encontrarla en la opción cotizaciones en su plataforma.
Caja Huancayo		Una vez confirmado el cargo a cuenta se le enviarán a su correo electrónico la Poliza y los documentos adjuntos a esta, con la información sobre el seguro adquirido.
Agencia:	AG. ANTA_CUSCO	El comprobante de pago será emitido por la Compañía de Seguros a su correo electrónico.
<b>CONTRATANTE</b>		
Nombre:	Pedro Ernesto Campos Rios	
Nro DNI:	45645645645	
Dirección:	solicitud	
Correo Electrónico:	jajirame@outlook.com	
Nro. Celular:	987654321	
<b>EMPRESA DE SEGUROS</b>		
Razón Social:	Chubb Peru S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	
RUC:	2039625007	
Dirección:	C. Amador Merino Reyna 267 San Isidro I50-046	
Correo Electrónico:	contacto@chubb.com.pe	
Página Web:	www.chubb.com/pe-es/	

Descargar PDF Procesar pago



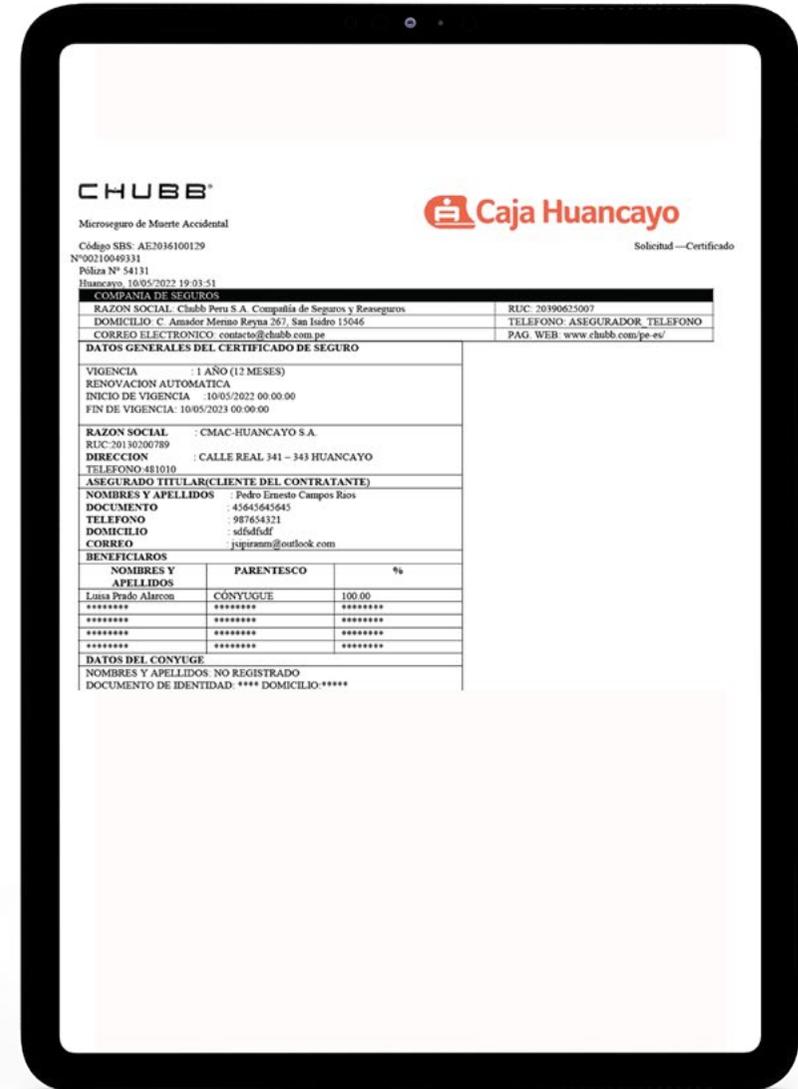
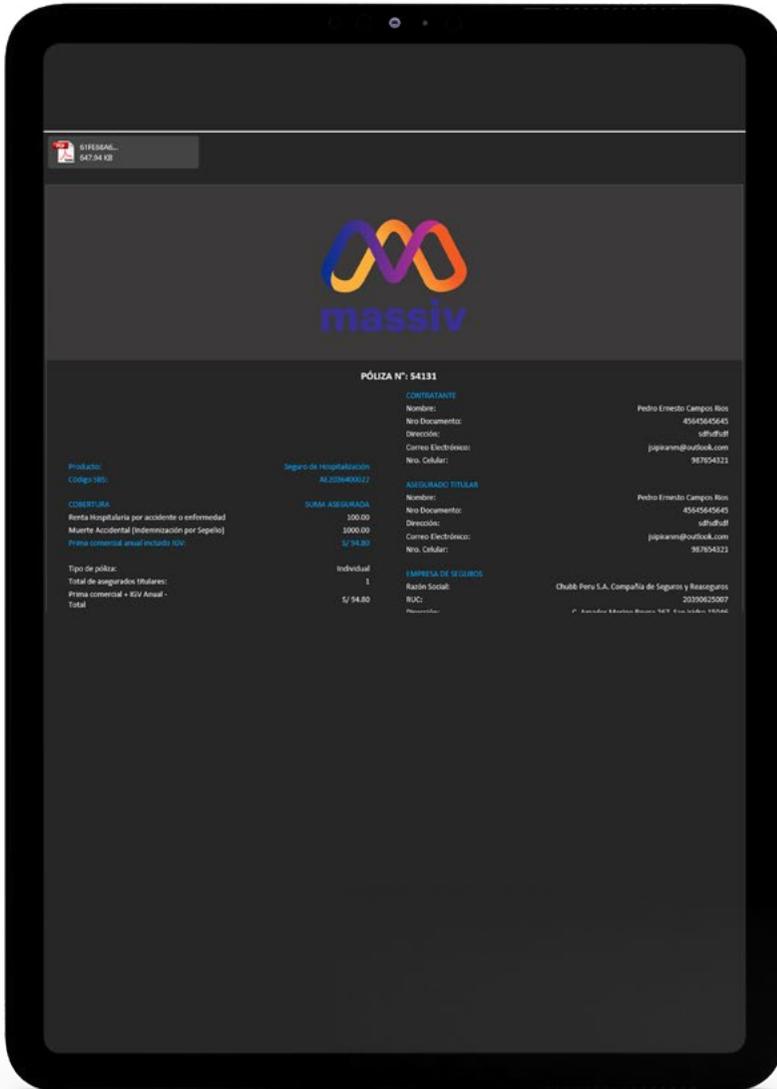
Pulsando el botón **“Procesar pago”**, se efectúa el pago respectivo, validando si ya se ha pagado la solicitud y **procediendo a generar la poliza**



Se emite un resumen de la compra



Enviándose un correo electrónico con la póliza en formato html (incrustado) y pdf (adjunto)

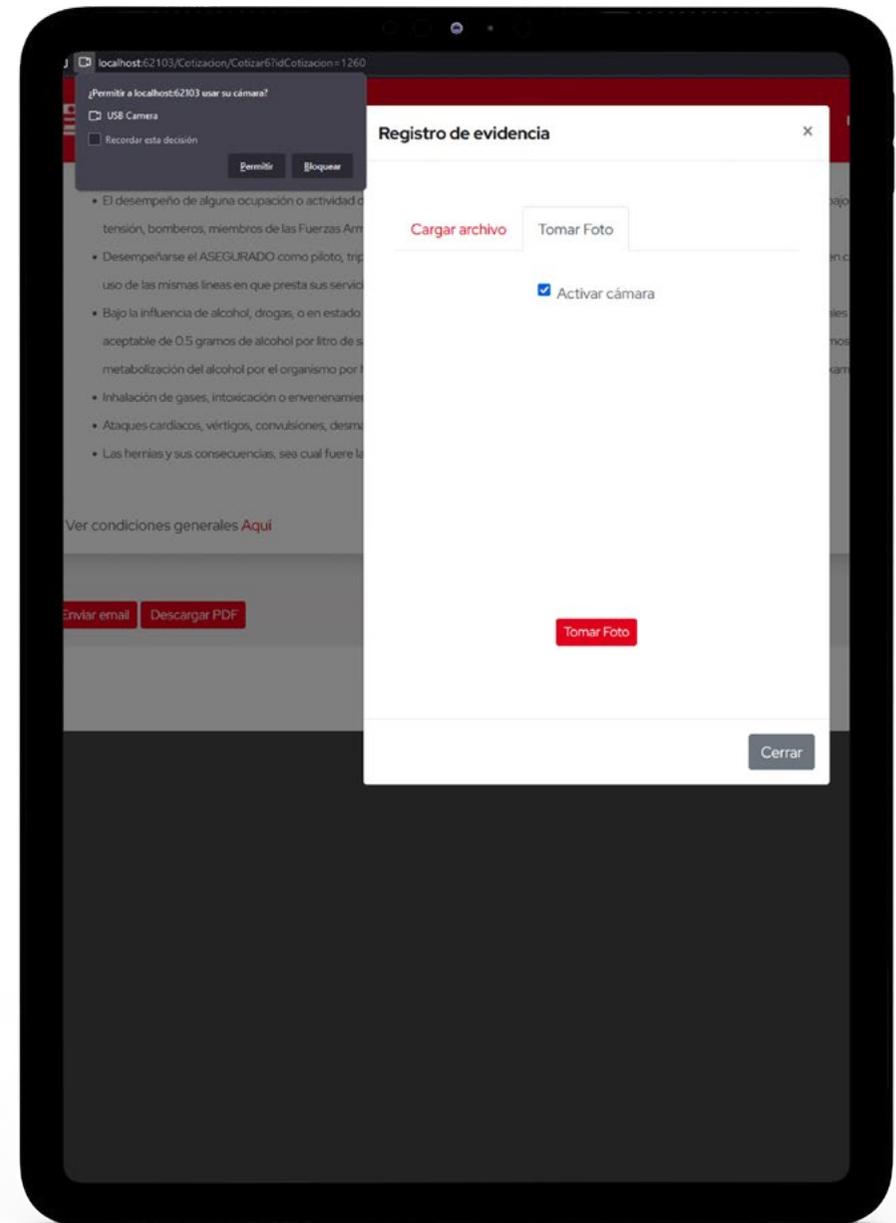


Finalmente se habilitan los botones de envío de correo, descarga de pdf y Registro de evidencia. Esta ultima opción esta destinada a las atenciones de ventanilla y/o campo a fin de que el colaborador recabe evidencia de la atención de libre voluntad por parte del cliente, pudiendo imprimir la póliza y hacerla firmar al cliente subiendo dicha póliza al sistema (si la venta fuera en ventanilla)

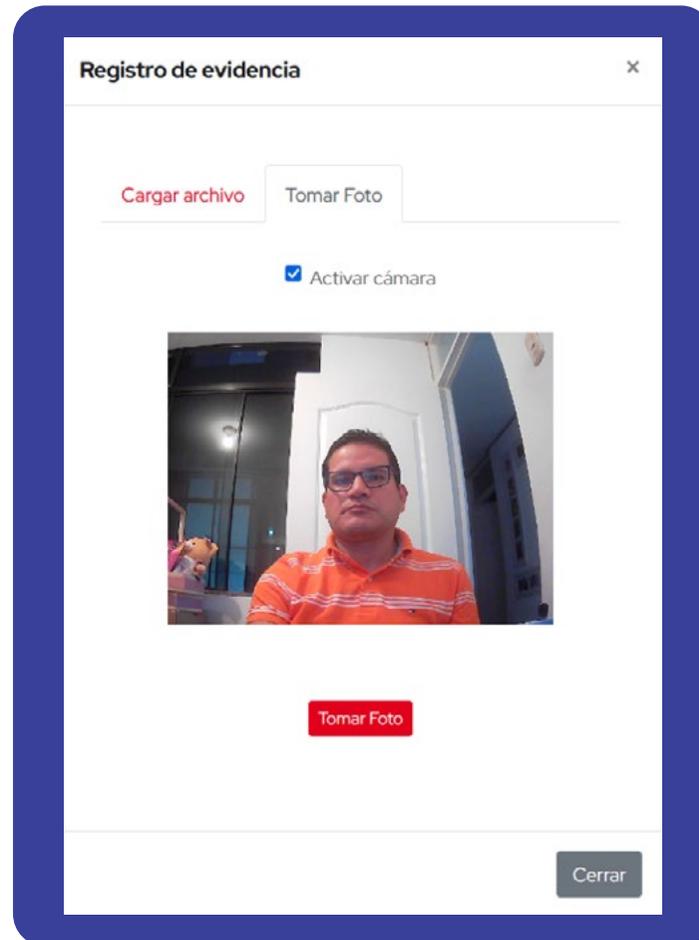


O tomar una foto del cliente o del mismo documento firmado por el cliente (si la venta fuera en campo)

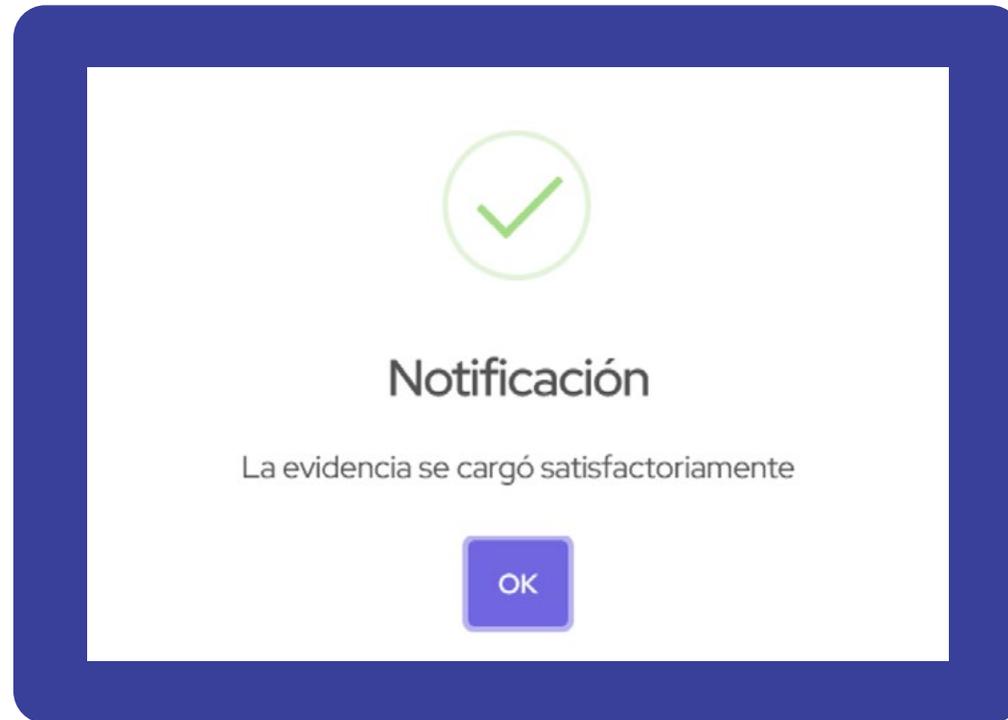
De seleccionarse esta opción deberá de permitírsele acceso a la cámara al sistema



Seguidamente se hace la captura fotográfica y se procede a enviar la evidencia



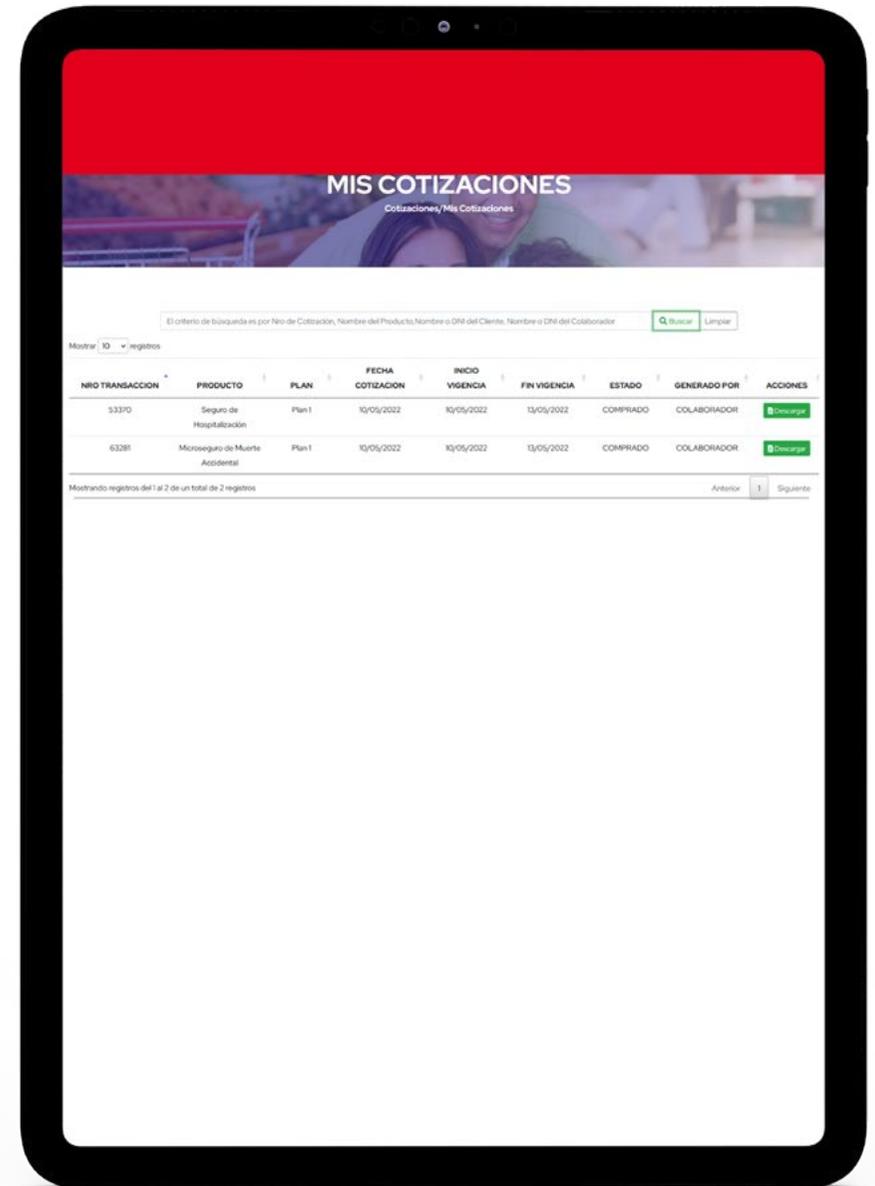
## Recibiendo la notificación de envío satisfactorio



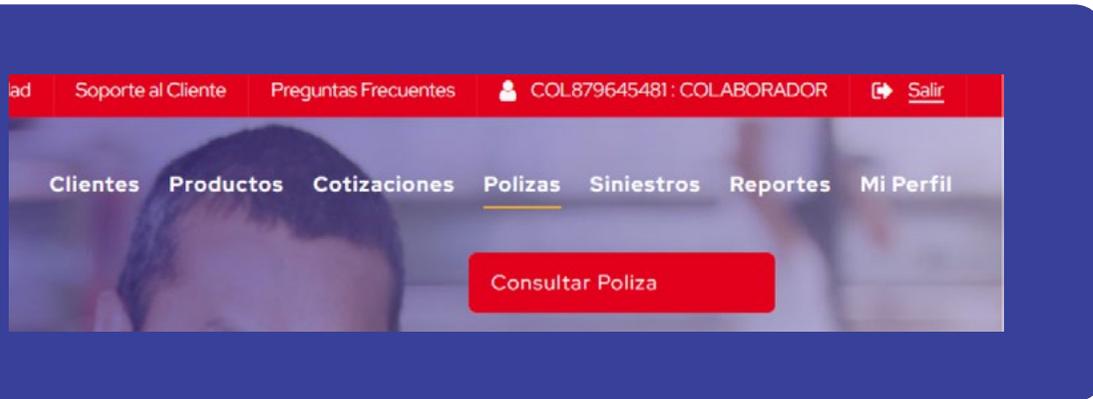
Otra opción en el menú es la de **Cotizaciones**



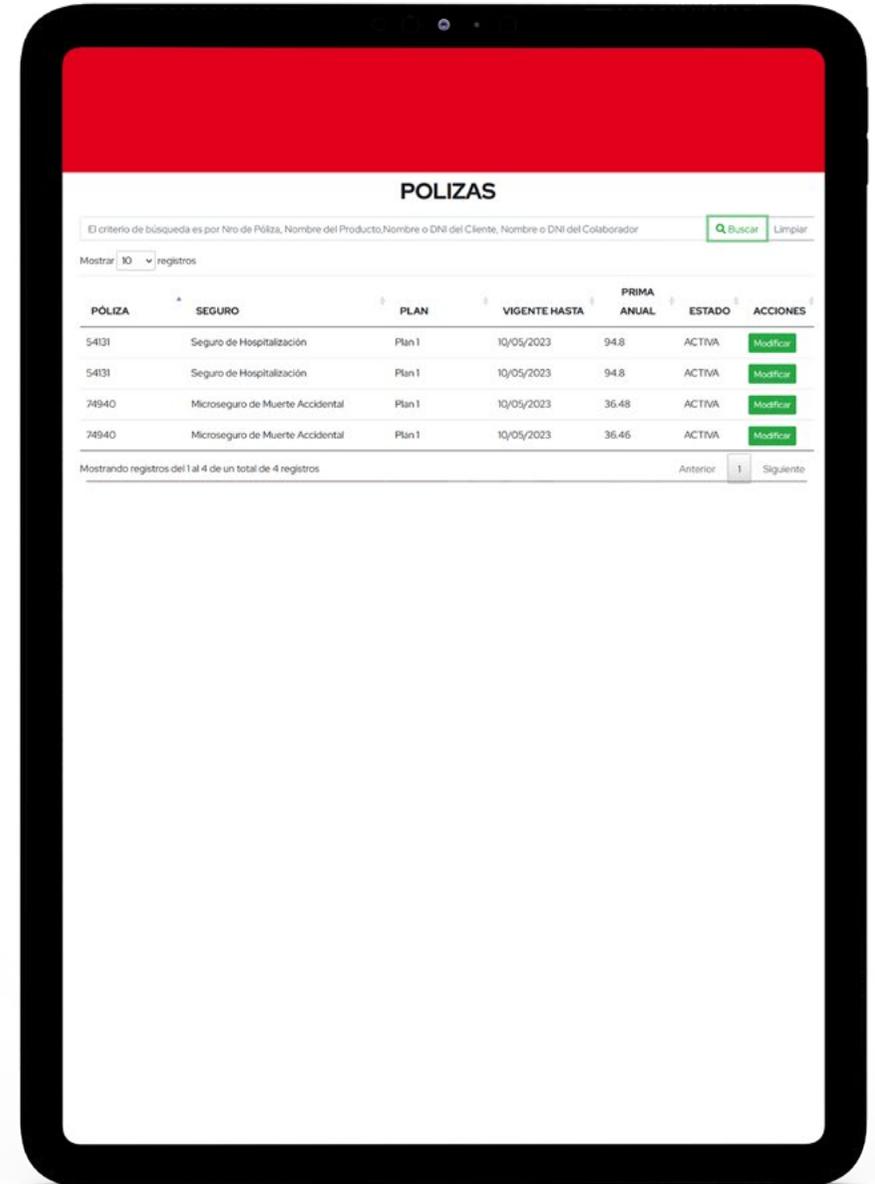
Donde se podrá visualizar y listar las cotizaciones que los clientes atendidos por cada colaborador han generado



Del mismo modo se cuenta con la **opción de Pólizas**



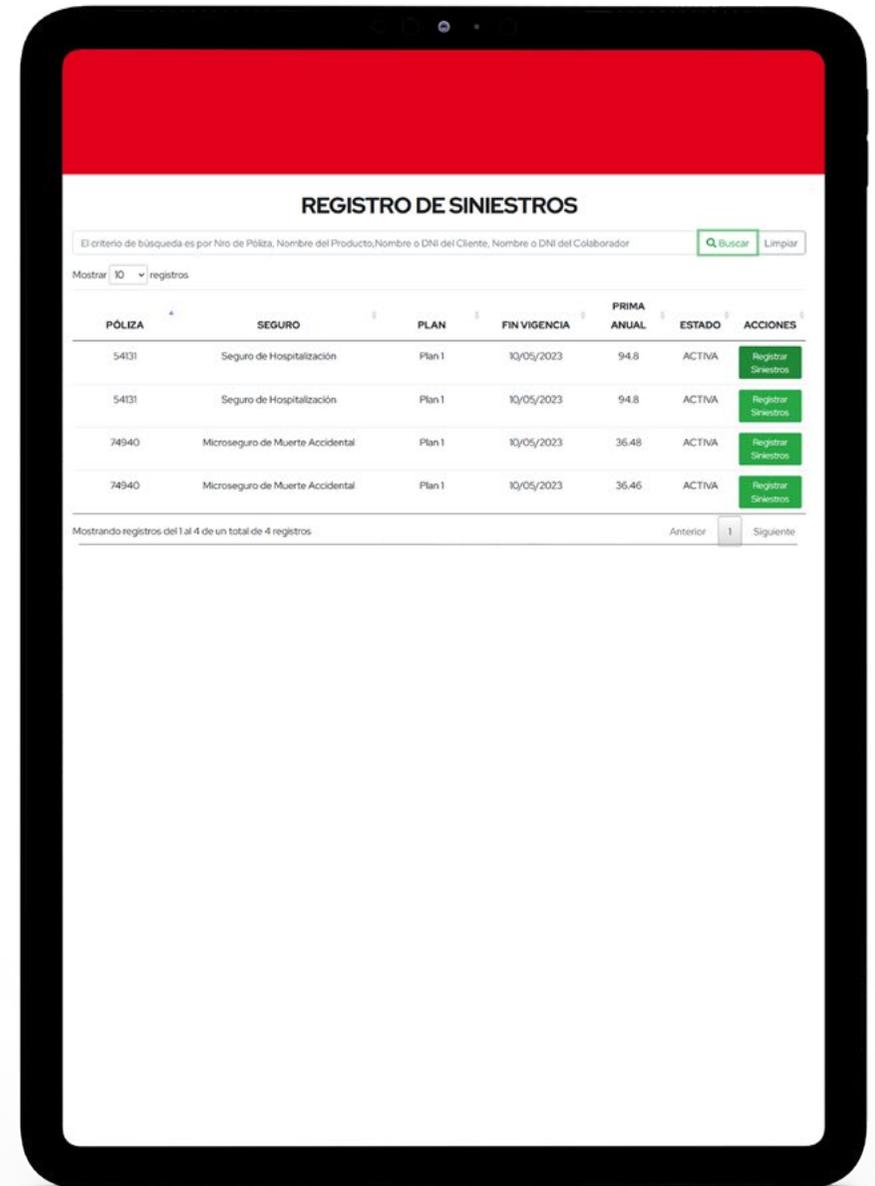
Donde se puede listar y visualizar las pólizas



Igualmente existe la opción de **Siniestros**



Donde se puede listar y visualizar las pólizas y sus respectivos siniestros registrados por el cliente



## Finalmente la opción de **Mi perfil**



Donde se visualizan los datos del colaborador

A screenshot of a tablet displaying a form titled 'DATOS PERSONALES' (Personal Data). The form is set against a white background with a red header. The form fields are as follows:

- Primer Nombre: Carlos
- Segundo Nombre: Raul
- Primer Apellido: Romero
- Segundo Apellido: Sanchez
- Correo electrónico: pipranm@outlook.com
- Dirección: asfadas
- Fecha Nacimiento: 01/01/1978
- Celular: 4566846554

At the bottom of the form, there are two buttons: 'Actualizar' (Update) and 'Regresar' (Return).

