

## Seguro de Accidentes

Código SBS: AE2036100025 Adecuado a la Ley 29946 y sus Normas Reglamentarias

Certificado de Seguro N° \_\_\_\_\_

Póliza No: \_\_\_\_\_

### Datos Generales del Certificado de Seguro

Fecha de emisión:  
 Inicio de vigencia: las 12 hrs. del \_\_\_\_\_  
 Fin de vigencia: las 12 hrs. del \_\_\_\_\_ o cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero  
 Renovación: \_\_\_\_\_ Vigencia: \_\_\_\_\_

Corredor: \_\_\_\_\_ Código SBS N°:  
 Comisión: \_\_\_\_\_

### Compañía de Seguros

Nombre : **Chubb Seguros Perú S.A.** RUC : **20390625007**  
 Dirección : **Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro**  
 Teléfono : **417-5000 / Fax 221-3313**  
 Página Web : [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe) Correo Electrónico :  
**atencion.seguros@chubb.com**

### Contratante (Persona Jurídica)

Denominación Social / Razón Social

RUC:  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Distrito:  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento:  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico:

### Contratante (Persona Natural)

Nombres y Apellidos:  
 Tipo y N° Doc. Identidad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento:  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad:  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Distrito:  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento:  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico:

### Asegurado Titular

Nombres y Apellidos:  
 Tipo y N° Doc. Identidad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento:  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad:  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Distrito:  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento:  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico:  
 Relación con el Contratante:

### Asegurado(s) Adicional(es)

Nombres y Apellidos:  
 Tipo y N° Doc. Identidad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento:  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad:  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Distrito:  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento:  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico:  
 Relación con el Asegurado Titular:

### Requisitos para ser Asegurado

Edad de Ingreso y permanencia:

Podrán asegurarse bajo este seguro en condición de ASEGURADO titular y/o asegurado adicional (cónyuge/conviviente o dependientes) las personas naturales mayores de 18 años hasta los 64 años con 364 días, pudiendo permanecer asegurado hasta la edad de 69 años y 364 días.

Asimismo se podrán asegurar los hijos reconocidos o legalmente adoptados y solteros, desde los 0 años, pudiendo permanecer hasta los 22 años y 364 días de edad.

### Beneficiarios

<u>Nombres</u>	<u>Apellidos Paterno</u>	<u>Apellido Materno</u>	<u>% de Capital</u>	<u>Parentesco</u>
----------------	--------------------------	-------------------------	---------------------	-------------------

### Descripción Del Interés Asegurado

Cubrir al CONTRATANTE o ASEGURADO en caso de muerte accidental o invalidez total y permanente por accidente.

### Coberturas y Sumas Aseguradas

<u>Coberturas Principales</u>	<u>Suma Asegurada</u>
-------------------------------	-----------------------

- |  |          |
|--|----------|
| • Muerte Accidental                          | US \$ S/ |
| • Invalidez Total y Permanente por Accidente | US \$ S/ |

<u>Coberturas Adicionales</u>	
-------------------------------	--

- |         |          |
|---------|----------|
| • XXXXX | US \$ S/ |
| • XXXXX | US \$ S/ |

### Exclusiones

Queda excluido de la cobertura de este Certificado de Seguro, el fallecimiento del ASEGURADO o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, consciente y voluntario, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años.
- 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.
- Detonación nuclear, reacción, 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; 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
- 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.
- Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- 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, en los términos señalados en el artículo de definiciones de este condicionado.
- 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: 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) Accidentes de tránsito 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.
- 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.

#### **Coberturas Adicionales**

**Tener presente que en caso de contratación de Coberturas Adicionales, existen exclusiones específicas que se señalan en sus respectivas Cláusulas Adicionales.**

#### **Prima**

Prima Comercial : XXX

Prima Comercial +IGV: S/ XXX

Forma de pago: Con cargo en Tarjeta / Cuenta del ASEGURADO TITULAR

Total de cuotas pactadas: XXX

TCEA: xxx% ( en caso de pago fraccionado)

Tarjeta N° XXXXX / Cuenta N° XXXXX

Las cuotas consideran los impuestos vigentes al momento de su emisión. Tipo de cambio referencial: S/ XX. Las cuotas mensuales se cargarán en Soles al tipo de cambio, en caso la moneda de la cuenta o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro, y según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

En caso el seguro se cargue en una tarjeta o cuenta:

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO, las cuotas se cargarán mensualmente en la tarjeta/cuenta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación, según las fechas predeterminadas por el CONTRATANTE.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la tarjeta/cuenta designada o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar re-intentos de cargo en las siguientes fechas predeterminadas por el CONTRATANTE.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la cuota correspondiente entonces se realizarán nuevos intentos en las siguientes fechas de cargo predeterminadas con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes al Seguro, el Contrato de Seguro se extinguirá a los noventa (90) días del incumplimiento de la

primera cuota impaga.

### Riesgos Cubiertos

**Muerte Accidental:** En caso de muerte por accidente, se pagará al Beneficiario la Suma Asegurada indicada en el Certificado de Seguro.

El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (01) 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. No obstante, el seguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevinidos al tratar de salvar vidas humanas.

**Invalidez Total Permanente por Accidente:** Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su invalidez total y permanente siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por el Certificado de Seguro, la COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez basándose en la tabla de indemnizaciones incorporada en el Anexo A que forma parte de la Póliza.

### Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del Certificado de Seguro, siempre que el seguro 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 su Certificado de Seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el ASEGURADO ejerza su derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes.

### Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO 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

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 a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado por escrito o vía telefónica. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso 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 él 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

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

- a)** La muerte del ASEGURADO Titular. La muerte de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
- b)** Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia. El cumplimiento de la edad límite de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
- 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.

### Beneficiarios

Al fallecimiento del ASEGURADO, debido a un riesgo cubierto por la presente póliza, la COMPAÑÍA pagará a LOS BENEFICIARIOS designados la suma asegurada. La suma asegurada será entregada a los Beneficiarios en un solo monto, salvo que el ASEGURADO hubiese acordado con la COMPAÑÍA otra forma.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente el BENEFICIARIO será el mismo ASEGURADO.

### Procedimiento para Solicitar la Cobertura en Caso de Siniestro

Si ocurriera un suceso que diera lugar a solicitar la cobertura bajo esta Póliza, el ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán:

Aviso del siniestro: Comunicar a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de conocido el suceso, o desde que tomó conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, 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, salvo el caso de la cobertura de “Muerte Accidental”, a la cual no le será aplicable la reducción de la indemnización por aviso extemporáneo.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberán presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o los BENEFICIARIOS podrán 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 contar con el mismo;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los BENEFICIARIOS o Herederos Legales, según corresponda;

- e) Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que designe a los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda.
- f) Atestado Policial Completo, según corresponda
- g) Protocolo de Necropsia completo, según corresponda; y
- h) 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.

El presente seguro no obliga a la COMPAÑÍA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑÍA al lugar donde se encuentre el cuerpo del ASEGURADO, en caso sea necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.

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 que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento al CONTRATANTE/ASEGURADO 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 COMPAÑÍA para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.**

#### Lugares Autorizados para solicitar la Cobertura

LA COMPAÑÍA (ver información de la COMPAÑÍA en la primera hoja de este documento) / EL COMERCIALIZADOR (dirección)

#### Información Adicional

**Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro:** Ver RESUMEN.

#### **Medios habilitados para presentar 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 Fax (51-1) 422-7174.
- b. Escribiendo a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com) o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe) opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.
- c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 399-1212

En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.

- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro
- Detalle del reclamo

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 puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe) Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional.
- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:** Plataforma de Atención al Usuario, Teléfono: (01) 200-1930 en Lima o 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro – Lima, Web: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)
- **INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe).

#### Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO autoriza de forma expresa a Chubb Seguros Perú S.A., el uso de los datos personales proporcionados en la contratación del presente microseguro, para fines comerciales, tales como el envío de publicidad, promociones y ventas de diferentes productos o servicios, así como para la transferencia (entre entidades que forman parte de Chubb Group) y tratamiento de dichos datos personales.

#### Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales, considerándose como tal el uso de correos electrónicos si es que fue pactado como medio de comunicación.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para este contrato de seguro.

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito 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 este Certificado de Seguro es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y en las 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 ASEGURADO TITULAR / CONTRATANTE, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el ASEGURADO / CONTRATANTE al comercializador se consideran abonados a la COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE / 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 que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.

- Deducibles, Franquicias o Copago: No aplican

- 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 las cuotas de la prima antes indicada.

- ***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***

Fecha de emisión: XXXX

FIRMA FUNCIONARIO DE Chubb Seguros Perú