

DTC - Protección contra Robo**Certificado de Seguro N°**

Póliza No: _____

Datos Generales del Certificado de Seguro

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:

Domicilio:

Compañía de Seguros

Nombre : Chubb Seguros Perú S.A. RUC: 20390625007

Dirección : Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro

Teléfono : 417-5000

Página Web : www.chubb.com/peCorreo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com**Contratante**

Nombres y Apellidos:

Tipo y N° Doc. Identidad:

Fecha de Nacimiento: Dirección: Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Asegurado

Nombres y Apellidos:

Tipo y N° Doc. Identidad:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Relación con el Contratante:

N° Placa del Vehículo asegurado:

Requisitos para ser Asegurado

Edad Mínima de Ingreso: XX

Edad Máxima de Ingreso y permanencia: xx

Beneficiarios (para la cobertura de Muerte Accidental por Robo, Asalto o Secuestro)

<u>Nombres</u>	<u>Apellidos Paterno</u>	<u>Apellido Materno</u>	<u>% de Capital</u>	<u>Relación con el Asegurado</u>
----------------	--------------------------	-------------------------	---------------------	----------------------------------

Descripción Del Interés Asegurado

Cubrir al CONTRATANTE o ASEGURADO en caso de muerte accidental por robo, asalto o secuestro y renta hospitalaria por robo, asalto o secuestro, así como robo de contenido de auto y bolso protegido.

Coberturas, Límites y Sumas Aseguradas

Coberturas Principales	Suma Asegurada	Límites
• Muerte Accidental por Robo, Asalto o Secuestro	S/	<u>Xx</u>
• Renta Hospitalaria por Robo, Asalto o Secuestro	S/	<u>Xxx</u>
• Robo de Contenido de Auto	S/	<u>xxxxx</u>
• Bolso Protegido	S/	<u>xxxx</u>
Prima Comercial : S/. XXXX		
Prima Comercial + IGV Mensual: S/. XXXX		
La prima comercial incluye:		
• Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX		
• Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: X		
• Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX		

Exclusiones

El presente seguro no cubre las pérdidas causadas al ASEGURADO en los siguientes casos:

Para las coberturas "Muerte Accidental por Robo, Asalto o Secuestro" y "Renta Hospitalaria por Robo, Asalto o Secuestro":

- Duelo concertado; suicidio consciente y voluntario, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años.
- Lesiones autoinferidas por el mismo ASEGURADO.
- Servicios o tratamientos médicos prestados por cualquier persona o entidad no autorizada por la autoridad competente para prestar dichos servicios o tratamientos.
- Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
- Procedimientos médicos experimentales.
- Gastos de viaje y gastos incurridos durante la convalecencia.
- Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil, o las que ocurran como consecuencia de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o guerra.
- Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca que haya indicios razonables que actuó en legítima defensa.

- j) Participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos que sean causa del siniestro. .
- k) Participación del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar.
- l) Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.
- m) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su fallecimiento u hospitalización. Para efectos de esta póliza se utiliza 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 etílico en el caso que se trate de un accidente de tránsito y sea el Asegurado quien manejaba el vehículo accidentado. En el caso de cualquier otro accidente bastará que el examen médico o prueba que se realice arroje el grado de alcohol señalado.
- n) Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- o) Movimientos sísmicos u otros fenómenos de la naturaleza, cualquiera sea su grado o fuerza.

Exclusiones para la Cobertura “Robo de Contenido de Auto”:

- a) El robo o hurto de accesorios del vehículo y los daños causados a éstos durante la perpetración del hecho, aun cuando éstos hayan sido robados o hurtados conjuntamente con el vehículo ASEGURADO.
- b) Las pérdidas de beneficios, el lucro cesante y otros perjuicios indirectos de cualquier tipo.
- c) Dinero en efectivo, títulos valores.
- d) Los daños que tengan por origen o fueren una consecuencia de granizo, erupción volcánica, salida de mar de origen no sísmico, inundación, avalancha o deslizamiento de tierra, huracán, ciclón, rayo o cualquier otra convulsión de la naturaleza; así como las pérdidas o daños que ocurran a causa de los hechos mencionados.
- e) Los daños que se produzcan o que ocurran como consecuencia de sismo y la salida de mar de origen sísmico; así como los daños que ocurran a causa de la situación anormal provocada por el mismo.
- f) Los daños que sufra el vehículo ASEGURADO, que tuvieren por origen o fueren una consecuencia de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, vandalismo, pandillaje o hechos que las leyes castigan como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- g) Los daños que sufra el vehículo ASEGURADO, que tuvieren por origen o fueren agravados por reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- h) Los daños ocasionados por robos o asaltos ocurridos fuera del territorio Peruano.
- i) Los daños propios al vehículo efectuados con ocasión del robo.
- j) Las reparaciones al vehículo por daños ocasionados por el robo del contenido del mismo, que efectúe el ASEGURADO luego de producido por el robo.

Exclusiones para la Cobertura “Bolso Protegido”:

- a) **Hurtos y extravíos.**
- b) **Pérdida o daño, cuando existe una situación anormal a causa de guerra civil o entre países, o estado de guerra, antes o después de su declaración, o sublevación, huelga, motín, alboroto popular, conmoción civil, insurrección, revolución o rebelión, ni cuando ocurran fenómenos de la naturaleza (terremoto, maremoto, temblor, erupción volcánica, fuego subterráneo, tsunami, marejada, oleaje, huracán, ventarrón, tempestad, granizo).**
- c) **Pérdidas o daños que se deriven de la comisión de un robo frustrado contra el ASEGURADO.**
- d) **Todo tipo de multas o sanciones u otro tipo de prestación que el asegurado sea obligado a pagar por el robo, hurto o extravío de alguno de los bienes cubiertos por el presente seguro.**

Forma de Pago de Prima

Periodicidad de Pago: xx

Forma de pago: XXXX

Total de cuotas pactadas: XXX

TCEA: xxx% (en caso de pago fraccionado)

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

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO indicada en la Solicitud de Seguro, las cuotas se cargarán mensualmente en la tarjeta/cuenta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación,
- 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-intento de cargo en las siguiente fecha predeterminada.
Si luego de dicho re-intento no se hubiera podido cargar la cuota correspondiente entonces se realizará nuevo intento en la siguiente fecha de cargo predeterminada 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.
- La cuota de la prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro. La cotización y cuotas mensuales consideran los impuestos vigentes al momento de su emisión.

Riesgos Cubiertos

Muerte Accidental por Robo, Asalto o Secuestro

Si al producirse el robo, asalto o secuestro materia del presente seguro, se lesionara al ASEGURADO y dichas lesiones le causaran la muerte a más tardar dentro de los 180 días calendarios contados desde la fecha de ocurrencia del citado evento, la COMPAÑÍA indemnizará a los beneficiarios por única vez la Suma Asegurada estipulada en el presente Certificado.

Renta Hospitalaria por Robo, Asalto o Secuestro

Si las lesiones físicas sufridas por el ASEGURADO a consecuencia del robo, asalto o secuestro materia del presente seguro, hicieran necesaria su hospitalización, la COMPAÑÍA pagará el Beneficio indicado el presente Certificado por cada día de 24 horas continuas de hospitalización, hasta el máximo de trescientos

sesenta y cinco (365) días, contados a partir de la hospitalización, **sin considerar el periodo de convalecencia; independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.**

Robo de Contenido de Auto

Corresponde a la de robo de objetos contenidos en el interior del vehículo asegurado, los mismos que serán especificados en la denuncia policial, siempre que no sean accesorios o formen parte del vehículo, con ocasión de un robo que afecte al vehículo asegurado que se haya producido con rotura de vidrio y/o de chapa, los que serán indemnizados a valor actual.

Bolso Protegido

En caso que el ASEGURADO haya sido víctima del robo con violencia de su bolso, cartera, mochila o maletín, que haya ocurrido dentro del territorio nacional y durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará el Beneficio de acuerdo al contenido asegurado, hasta los montos y por un número máximo de dos (02) eventos al año.

Así mismo, se precisa que no será materia de cobertura todo tipo de multas o sanciones u otro tipo de prestación que el asegurado sea obligado a pagar por el robo, hurto o extravío de alguna de las especies cubiertas por el presente seguro

Al término de cada año de vigencia, automáticamente se rehabilitará el número máximo de eventos al año.

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, que no sean 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 el 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 este 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 tiene derecho a resolver el Certificado de Seguro sin expresión de causa, con un preaviso de 30 días. Ver especificaciones en el artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales

El CONTRATANTE tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. 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.

Ver especificaciones en el artículo 14° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales

Vigencia del Seguro y Renovación Automática

Este seguro tendrá una vigencia anual, contado desde la fecha de inicio de vigencia señalado en el presente documento y se renovará automáticamente por periodos iguales con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza. A la renovación no se emitirá un nuevo Certificado ya que la existente constituye evidencia de la validez de las coberturas, salvo que Chubb Seguros Perú modifique las condiciones del mismo.

Terminación de la Cobertura

La cobertura de seguro para cualquiera de los ASEGURADOS bajo esta Póliza terminará indefectiblemente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Al consumir el ASEGURADO los límites anuales de las coberturas contratadas.
- c) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- d) Al vencimiento del plazo de vigencia del Certificado, sin que haya renovación del mismo.
- e) A la cancelación de la Tarjeta Asegurada.

Beneficiarios

Para la cobertura de “Muerte Accidental por Robo, Asalto o Secuestro” los Beneficiarios son los designados por el ASEGURADO y en su defecto serán los herederos legales del ASEGURADO.

Para las demás coberturas el Beneficiario será el ASEGURADO.

Procedimiento para Solicitar la Cobertura en Caso de Siniestro

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Póliza, el Beneficiario deberá cumplir con lo siguiente:

10.1. Aviso del siniestro: El ASEGURADO o BENEFICIARIO deberá dar aviso de la ocurrencia del siniestro a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario desde el conocimiento del mismo o de conocido el beneficio, o después de dicho plazo, 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.

10.2. Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o el Comercializador los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada-):

I. En caso de Muerte Accidental a consecuencia de Robo, Asalto o Secuestro:

- a. Copia Certificada de la Denuncia Policial, la cual debe haber sido interpuesta en el lugar donde ocurrieron los hechos;
- b. Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder;
- c. Partida o Acta de Defunción;
- d. Certificado Médico de Defunción completo;
- e. Documento de identidad de los beneficiarios o Herederos Legales;
- f. Copia Certificada del Informe Policial completo, en caso corresponda;

- g. Protocolo de Necropsia, en caso corresponda;**
- h. Resultado de Dosaje Etílico (accidentes de tránsito) o exámenes médicos (otros accidentes), en caso corresponda; y**
- i. Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.**

El presente seguro no obliga a la COMPAÑIA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑIA 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.

II. En caso de Renta Hospitalaria por Robo, Asalto o Secuestro:

- a. Copia Certificada de Denuncia Policial, la cual debe haber sido interpuesta en el lugar donde ocurrieron los hechos;**
- b. Documento de identidad del ASEGURADO;**
- c. Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la razón de la hospitalización o atención ambulatoria;**
- d. Facturas de los gastos médicos ambulatorios y/u hospitalarios incurridos por el ASEGURADO;**
- e. Demás documentos que certifiquen los servicios de hospitalización suministrados al ASEGURADO, en caso corresponda.**

El presente seguro no obliga a la COMPAÑIA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑIA al lugar donde se encuentre el 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.

III. En caso de Robo de Contenido de Auto:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO;**
- b) Tarjeta de propiedad del vehículo especificado en el presente documento;**
- c) Copia Certificada de Denuncia policial, la cual debe haber sido interpuesta donde ocurrieron los hechos, en la cual se encuentren identificados los objetos robados;**
- d) Facturas, Boletas de Venta, Documentos de Asignación, Guías de Remisión, Estados de Cuenta u otros documentos que demuestren la pre-existencia de los bienes sustraídos.**

IV. En caso de Bolso Protegido:

- a. Cualquier documento que demuestre la pre-existencia del bien o bienes robados;**
- b. Copia Certificada de Denuncia Policial (realizada dentro de las veinticuatro (24) horas de**

ocurrido el siniestro) y/o el Parte Policial, en los casos en los que corresponda, en la cual se encuentren identificados los objetos robados;

En todos los casos, el ASEGURADO o BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento al ASEGURADO/BENEFICIARIO 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. Si no hay pronunciamiento de la COMPAÑÍA dentro del plazo señalado de treinta (30) días se entenderá consentido el siniestro.

Lugares Autorizados para solicitar la Cobertura

Presentar la solicitud de cobertura a la COMPAÑÍA o al 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:

- En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de la COMPAÑÍA ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 (*).
- Escribiendo a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección www.chubb.com/pe opción “Contáctenos” - “Solicitud Electrónica”.
- 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 / 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:** 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
- **INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe.

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 / 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 Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- Deducibles, Franquicias o Copago: No aplican
- ***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***
- **El presente Certificado de Seguro 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,**

Fecha de emisión: XXXX

FIRMA FUNCIONARIO DE Chubb Seguros Perú