

## Microseguro de Accidentes Personales

### Solicitud – Certificado N°

---

Póliza N°  
 Código SBS:

#### Vigencia del Seguro

Inicio de Vigencia:

Fin de Vigencia:

Empresa de Seguros
Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A.
RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 267, Oficina 402, San Isidro, Lima, Perú
Teléfono: 417-5000
Correo electrónico: <a href="mailto:atencion.seguro@chubb.com">atencion.seguro@chubb.com</a>
Página web: <a href="http://www.chubb.com/pe">www.chubb.com/pe</a>

Contratante
Razón Social:
RUC:
Dirección:
Correo electrónico:
Teléfono:

Comercializador
Razón Social:
RUC:
Dirección:
Correo electrónico:
Teléfono:

Asegurador Titular
Nombres y Apellidos:
Documentos de Identidad:
Fecha de nacimiento:
Dirección:

#### Beneficiarios

Nombres y Apellidos	Parentesco	% de Participación:	Cláusula Adicional

En caso de no designarse Beneficiario(s) de este seguro, la indemnización se pagará a los herederos legales del Asegurado. En caso de designarse más de un beneficiario y de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales.

### Coberturas

#### Principal:

**MUERTE ACCIDENTAL.-** En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, ya sea que el accidente haya ocurrido en territorio nacional o internacional, la COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en la Solicitud-Certificado, en los plazos y términos que se señalan en las mismas, 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.

#### Adicionales:

- XXXXX
- XXXXX
- XXXXX
- XXXXX

### Suma Asegurada y Prima Mensual

---

Muerte Accidental	:	S/
XXXXX		
XXXXX		
XXXXX		

### Prima y forma de pago

---

Prima Comercial	:	XXXX
Prima Comercial +IGV	:	XXXX
Periodicidad de pago	:	Mensual ___ Anual: ___
Forma de pago	:	___ Efectivo ___ Tarjeta
Nº de Tarjeta / Cuenta	:	XXXX
TCEA	:	XX%

La prima comercial incluye:

Cargos de Agenciamiento por la intermediación de corredores: XXXX (si fuera el caso)

Cargos por la contratación de comercializadores: XXXX (si fuera el caso)

Cargo por agenciamiento por la contratación de promotores de seguros: XXX (si fuera el caso)

La prima considera los impuestos vigentes al momento de su emisión. Las cuotas mensuales se calcularán según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

### Exclusiones

**Queda excluido de cobertura los accidentes que ocurran a consecuencia de, en relación a, o como producto de:**

- a) **Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes o reglamentos públicos, siempre que constituyan la causa del siniestro;**
- b) **Suicidio, consciente y voluntario.**
- c) **Homicidio causado por un beneficiario de este seguro, dejando a salvo el derecho de los demás beneficiarios.**
- d) **Accidentes ocurridos durante la participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.**
- e) **Accidentes ocurridos durante la 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.**
- f) **Accidentes ocurridos 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.**
- g) **Los accidentes que produzcan el ASEGURADO bajo la influencia de alcohol o drogas.**

**Para la cobertura de XXXXX:**

- a) **XXXXX**
- b) **XXXXX**
- c) **XXXXX**

### **Pago de la Prima y Plazo de Gracia**

El pago de la prima se efectuará en la forma y plazo establecido en el presente documento, no obstante el ASEGURADO gozará de un Periodo de Gracia de 30 días calendarios para pagar cualquier prima vencida. Durante este período, la cobertura permanecerá en pleno vigor. Si al vencimiento del periodo de gracia no ha sido pagada la prima o cuota vencida, esta póliza quedará resuelta de manera automática, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la COMPAÑÍA libre de toda obligación y responsabilidad derivadas de esta Póliza.

### **Terminación del Seguro**

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

- a) A la ocurrencia de cualquier siniestro amparado bajo esta Póliza e indemnizado por Chubb Seguros Perú.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.

### **Resolución del Seguro**

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar, sin expresión de causa, la resolución de su seguro mediante comunicación escrita, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro; con una anticipación mínima de quince (15) días calendarios.

A partir del día siguiente de producida la resolución contractual, El CONTRATANTE podrá solicitar por escrito en la COMPAÑÍA, el reembolso de la prima que corresponda por el periodo no corrido, el mismo que no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. El reembolso se podrá hacer efectivo en la COMPAÑÍA luego de treinta (30) días calendarios de haber sido presentada la solicitud respectiva.

## **Procedimiento para solicitar en caso de siniestro**

**En caso de siniestro los beneficiarios deberán cumplir con lo siguiente:**

- a) Dar aviso al COMERCIALIZADOR o a Chubb Seguros Perú, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios desde la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. En su caso, el COMERCIALIZADOR se encargará de tramitar el pago de la indemnización correspondiente ante Chubb Seguros Perú.**
- b) Posteriormente, presentar al COMERCIALIZADOR o a Chubb Seguros Perú los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada):**
  - a) Partida (o Acta) de Defunción del ASEGURADO;**
  - b) Certificado de Defunción del ASEGURADO;**
  - c) Documento de identidad de los beneficiarios;**
  - d) Testamento o Sucesión Intestada (de ser el caso);**
  - e) Copia certificada del Atestado Policial completo, en caso corresponda;**
  - f) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda;**
  - g) Resultado de Dosaje Étílico (de haberse practicado);**
  - h) Resultado de Análisis Toxicológico (de haberse practicado).**

**En caso contrate la Cláusula Adicional XXXXX:**

- a) XXXXX**
- b) XXXXX**
- c) XXXXX**

**En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a lo establecido en la legislación Peruana.**

## **Derecho de Arrepentimiento**

Si la Solicitud-Certificado ha sido ofertada mediante sistema de comercialización a distancia, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato sin expresión de causa ni penalidad alguna, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días, contados desde la fecha en que el ASEGURADO recibe la Solicitud-Certificado correspondiente, 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 los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. En caso corresponda la devolución de la prima, ésta se efectuará dentro de los treinta (30) días siguientes.

## **Beneficiarios**

Los beneficiarios de este seguro serán aquellas personas designadas en la Solicitud-Certificado. A falta de beneficiarios designados, Chubb Seguros Perú pagará los beneficios a los herederos legales del ASEGURADO. El ASEGURADO podrá modificar la designación de beneficiarios en cualquier momento, mediante comunicación escrita cursada a Chubb Seguros Perú.

## Pago de Beneficios

Al ocurrir un siniestro, debido a un riesgo cubierto por el presente seguro, Chubb Seguros Perú pagará a los beneficiarios la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado en un plazo máximo de diez (10) días calendarios desde la fecha en que la Compañía recibe la información y/o documentación completa señalada en la póliza.

La suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado será pagada de manera proporcional entre todos los beneficiarios debidamente acreditados.

## Atención de Reclamos

En caso de consultas o reclamos el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede llamar al Área de Atención al Cliente de Chubb Seguros Perú S.A., al teléfono 417-5000 opción 3, enviar una carta o acercarse a la oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 – Oficina 402, San Isidro, Lima, en el siguiente horario: de Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m., o escribir al correo [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com). En todos los casos los reclamos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días calendarios de presentados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.

En caso de persistencia del reclamo o que no se encuentren conforme con las respuestas brindadas por la COMPAÑÍA, el CONTRATANTE/ ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO podrán optar por los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

En los casos de reclamos efectuados por los CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO por falta de pago de la indemnización correspondiente, el trámite deberá efectuarse a través del Comercializador o del Corredor de Seguros o Chubb Seguros. Para tales efectos, la COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de quince (15) días calendarios para resolver el reclamo presentado.

## Defensoría del Asegurado

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO tiene derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado ubicada en calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional, cuyo número telefónico y página web son 421-0614 y [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe), para resolver las controversias que pudieran surgir, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado. El fallo de la Defensoría no es vinculante para el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, quien podrá acudir a las demás instancias judiciales y/o administrativas que considere conveniente.

## Importante

**La afiliación es sólo válida para personas que sean mayores de 18 y menores de 65 años de edad. Pueden permanecer en el seguro las personas hasta la edad de sesenta y nueve (69) años (inclusive).** Por lo tanto dejarán de estar aseguradas, en forma automática, aquellas personas que cumplan setenta (70) años de edad.

1. La presente Solicitud-Certificado tendrá vigencia de 30 días calendarios contados a partir de la fecha de pago de la prima respectiva y renovable automáticamente..
2. Este documento resume las Condiciones Generales de la Póliza N° \_\_\_\_\_.
3. El ASEGURADO tiene derecho de solicitar copia de la Póliza completa: Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Especiales y Cláusulas Adicionales; la que será entregada por el Comercializador en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la fecha en que la COMPAÑÍA o el COMERCIALIZADOR reciben la solicitud de seguro.

4. Toda comunicación, reclamo o solicitud de cobertura dirigida al Comercializador sobre aspectos relacionados a los seguros contratados, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a Chubb Seguros Perú, en la misma fecha.
5. Todo pago realizado por el ASEGURADO al Comercializador con respecto a los seguros contratados se considerará abonado a Chubb Seguros Perú, en la misma fecha de su realización. .
6. Chubb Seguros Perú es responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de los seguros en que incurra el Comercializador y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los ASEGURADOS y/o BENEFICIARIOS.
7. **El presente seguro forma parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, conforme a la Ley 29355.**
8. Las formas de comunicación entre la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE/ASEGURADO son: comunicaciones enviadas al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica.

### Declaración

El ASEGURADO declara y firma el presente documento en señal de haber recibido una copia de esta Solicitud-Certificado, a cuyas estipulaciones queda sometido este seguro, de acuerdo con el artículo 380 del Código de Comercio.

\_\_\_\_\_  
**Chubb Seguros Perú**

\_\_\_\_\_  
**Comercializador**

\_\_\_\_\_  
**Asegurado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Solicitud-Emisión**