

Microseguro de Muerte Accidental

Información General

Solicitud – Certificado No:
 Código SBS:
 Póliza No:

Vigencia del Seguro

Inicio de Vigencia: Las 12 horas del xx/ xx/ xxxx

Fin de Vigencia: Las 12 horas del xx/ xx/xxxx

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 Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com

Contratante

Razón Social:

RUC:

Dirección:

Teléfono:

Asegurado

Nombres y Apellidos:

Documento de Identidad:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Cónyuge o Concubino (a)

Nombres y Apellidos:

Documento de Identidad:

Fecha de Nacimiento:

Beneficiario(s)

Nombres y Apellidos	Parentesco	% de Participación:	Dirección

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, Planes y Sumas Aseguradas (marcar una opción)

Coberturas	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Coberturas Principales			
<p>MUERTE ACCIDENTAL: En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada estipulada, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro. Se cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente.</p>	S/	S/	S/
<p>AUXILIO EDUCATIVO: En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la renta mensual temporal señalada en la Solicitud-Certificado, en los plazos y términos que se señalan en la misma, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro.</p> <p>Esta cobertura 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 Chubb Seguros Perú que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.</p>	S/	S/	S/
<p>DESAMPARO FAMILIAR SUBITO: En caso que el ASEGURADO y su Cónyuge o Concubina(o) declarada(o) en esta Solicitud-Certificado fallezcan a consecuencia de un mismo accidente y siempre que ambos fallecimientos ocurran dentro del plazo de veinticuatro (24) horas de ocurrido dicho accidente, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada estipulada, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro. Esta cobertura será indemnizada siempre y cuando existan hijos menores de edad al momento del fallecimiento de ambos padres.</p>	S/	S/	S/
<p>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada estipulada, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por este seguro. Se considerará que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si presenta alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Estado absoluto e incurable de alienación mental (descerebramiento) que no permitiera al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida; b) Fractura incurable de la columna vertebral; c) Ceguera total de los 2 ojos; d) Ceguera total de 1 ojo y pérdida funcional de 1 miembro; 	S/	S/	S/

e) Pérdida funcional de 2 o más miembros.			
DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE: En caso de Pérdida Total de algún órgano o miembro del ASEGURADO a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada que corresponda para esta cobertura basándose en la tabla de indemnizaciones que se anexa a la presente Solicitud-Certificado, siempre que la causa directa y única fuera un accidente amparado por este seguro.	S/	S/	S/
Coberturas Adicionales			
XXXXX	S/	S/	S/
XXXXX	S/	S/	S/
XXXXX	S/	S/	S/
XXXXXX	S/	S/	S/
PLAN ELEGIDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Exclusiones

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

- Lesiones pre-existentes al momento de contratar el seguro.
- Guerra civil o internacional, declarada o no.
- Radiación nuclear.
- Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes o reglamentos públicos,
- Suicidio, consciente y voluntario.
- Homicidio causado por un beneficiario de este seguro, dejando a salvo el derecho de los demás beneficiarios.

Exclusiones de la Cláusula Adicional XXXX:

- XXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXX

Exclusiones de la Cláusula Adicional XXXX:

- XXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXX

Exclusiones de la Cláusula Adicional XXXX:

- XXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXX

Pago De La Prima y Periodo De Gracia

Mensual Anual Otros Especificar _____

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

El ASEGURADO gozará de un Periodo de Gracia de 30 días calendario para pagar cualquier prima vencida. Durante ese plazo el ASEGURADO gozará de cobertura. Vencido el Periodo de Gracia sin haberse realizado el pago, el seguro quedará resuelto de manera automática.

Cargo en Tarjeta o Cuenta

Sírvase cargar en mi tarjeta/cuenta, la cuota mensual de mi Seguro por Muerte Accidental que he decidido pagar. Los débitos mensuales serán efectuados al tipo de cambio vigente en la fecha de cargo. 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, con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en curso

TARJETA/CUENTA Nro.:

Importante

- **La vigencia de la póliza es anual, con renovación automática por periodos iguales.**
- **La COMPAÑÍA se obliga a entregar la Solicitud-Certificado al ASEGURADO al momento de la contratación del seguro.**
- **La empresa es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones 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 Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.**

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 la COMPAÑÍA.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- c) La falta de pago de la prima, en los plazos establecidos en esta Póliza.

De otro lado, este seguro quedará resuelto cuando:

- d) A solicitud expresa del ASEGURADO y/o CONTRATANTE, en los términos señalados en el presente documento.
- e) Por dolo o fraude cometido por el ASEGURADO.

Para esto, la COMPAÑÍA emitirá una comunicación indicándole el motivo de la resolución en un plazo no menor a treinta (30) días de efectuarla.

Resolución del Seguro

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE podrá solicitar, sin expresión de causa, la resolución de su seguro, mediante cualquiera de los mecanismos utilizado para la contratación del microseguro, con una anticipación mínima de treinta (30) días calendarios, en cuyo caso esta última devolverá al ASEGURADO la prima que eventualmente haya pagado por adelantado y que no haya sido devengada.

Procedimiento para solicitar Cobertura en caso de Siniestro

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

- 1) Dar aviso al Comercializador o a Chubb Seguros Perú, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios de ocurrido el evento, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible. En su caso, el Comercializador se encargará de tramitar el pago de la indemnización correspondiente ante Chubb Seguros Perú.**

2) Presentar al Comercializador o a Chubb Seguros Perú los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada):

Para las coberturas de Muerte Accidental, Auxilio Educativo y Desamparo Familiar Súbito:

- a) Partida (o Acta) de Defunción del ASEGURADO y de su cónyuge, en caso corresponda;**
- b) Certificado de Defunción del ASEGURADO y de su cónyuge, en caso corresponda;**
- c) Documento de identidad de los beneficiarios o herederos legales (de ser el caso);**
- d) Declaratoria de herederos legales o Testamento o Sucesión Intestada (de ser el caso);**
- e) Atestado Policial completo, en caso corresponda;**
- f) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda;**

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Desmembramiento por Accidente

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.**
- b) Certificado médico con diagnóstico, emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud Comité Médico de las AFP (COMAFP) o entidad legal que la sustituya, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente.**

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

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 veinte (20) días , contados desde la fecha en que ha recibido la información y/o documentación completa señalada en la Solicitud-Certificado, directamente o a través de un comercializador o corredor de seguros.

Beneficiarios

Para las coberturas Muerte Accidental y Auxilio Educativo serán beneficiarios de este seguro 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.

Para la cobertura de Desamparo Familiar Súbito solo serán beneficiarios los hijos que sean menores de dieciocho (18) años al momento del fallecimiento de los padres.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, Desmembramiento por Accidente, , el beneficiario será el ASEGURADO TITULAR.

Para el caso de la cobertura de XXXXX, el beneficiario será el ASEGURADO TITULAR, y para la cobertura de XXXXXX serán los designados en el presente documento.

Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada mediante el sistema de comercialización a distancia, 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 de la Solicitud-Certificado del microseguro que 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 la solicitud-certificado, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

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

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. 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 y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrá optar por los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

En los casos de consultas o reclamos efectuados por los CONTRATANTES y/o ASEGURADOS y/o BENEFICIARIOS por falta de pago de la indemnización correspondiente, el trámite deberá efectuarse a través del Comercializador o del corredor de seguros o la COMPAÑÍA. 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, 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

1. 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 los 69 años de edad.
2. El seguro entrará en vigencia desde la fecha de suscripción de la presente solicitud-certificado.
3. Este documento resume las Condiciones Generales de la Póliza N° _____.
4. El ASEGURADO tiene derecho **a acceder al contenido de la póliza de seguro de grupo o colectivo o a solicitar copia de ella. La copia de la póliza debe ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la fecha en que la empresa o el comercializador reciben la solicitud del asegurado**
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Una copia de esta Solicitud-Certificado es entregada al ASEGURADO, al momento de la contratación.
9. **El presente seguro forma parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o muerte accidental, creado mediante la Ley 29355.**

10. La COMPAÑÍA puede pactar con el CONTRATANTE la utilización de mecanismos directos de comunicación, tales como comunicaciones enviadas al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica.

Chubb Seguros Perú Comercializador Asegurado Fecha de Solicitud-Emisión

Tabla de Indemnizaciones

Por Desmembramiento por Accidente

<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de los 2 ojos • Pérdida total de 2 o más miembros • Pérdida total de 1 ojo y de 1 miembro 	100%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 miembro superior (brazos) • Pérdida total de 1 mano o de 1 miembro inferior (pierna). • Pérdida total de los 2 oídos. • Pérdida total de 1 ojo, tratándose de un asegurado que sufría de ceguera total del otro. 	50%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 pie. 	40%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 ojo. 	35%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 oído en caso de que el asegurado ya hubiere tenido sordera completa del otro. 	25%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 pulgar. 	20%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total del índice derecho. • Pérdida total del índice izquierdo. 	15%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 oído. 	13%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano. 	5%
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de 1 dedo del pie. 	3%

Disposiciones:

- A.1 Por la pérdida total de varios miembros u órganos la indemnización total no podrá exceder del 100% de la suma asegurada indicada en la Solicitud – Certificado del Seguro.**
- A.2 Asimismo, el total de indemnizaciones por uno o más accidentes ocurridos durante el periodo de cobertura de esta póliza, no podrán en ningún caso, exceder del 100% de la suma asegurada.**
- A.3 La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional, en relación a la pérdida del dedo completo correspondiente.**
- A.4 La indemnización por la pérdida total de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falange perdidos. Igual procedimiento se seguirá para evaluar la pérdida de varios miembros, pero en ningún caso la indemnización podrá ser mayor del 100% del capital asegurado.**