

Familia Segura – Accidentes – Soles, Dólares

Certificado de Seguro N°:

Póliza N°:

Código SBS: AE2036100117 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Empresa de Seguros (La Compañía)

Nombre: Chubb Seguros Perú S.A. RUC: 20390625007
 Dirección: Calle Amador Merino Reyna 367 Of. 402, San Isidro
 Teléfono: 417-5000 / Fax: 221-3313
 Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com Página web: www.chubb.com/pe

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: automática
 Vigencia: mensual/ o anual
 Corredor: Cód. SBS N°: XXXX
 Comisión:

Contratante

Nombres y Apellidos/ Denominación o Razón Social:
 RUC:
 Tipo y N° Doc. Identidad:
 Lugar de Nacimiento: Nacionalidad:
 Fecha de Nacimiento:
 Dirección: Distrito:
 Provincia: Departamento:
 Teléfono: Correo Electrónico:

Comercializador

Denominación o Razón Social:
 RUC:
 Dirección: Distrito:
 Provincia: Departamento:
 Teléfono: Correo Electrónico:

Asegurado Titular

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

Asegurados Adicionales

Nombres y Apellidos	Parentesco	Fecha de Nacimiento

Requisitos para ser Asegurado

Edad de Ingreso y permanencia:

ASEGURADO Titular / Cónyuge / Conviviente / Dependientes: desde los 18 años hasta los 64 y 364 días de edad.

Pueden permanecer asegurados hasta la edad de 69 años y 364 días.

Asimismo se podrán asegurar los hijos reconocidos o legalmente adoptados, solteros, desde los 0 años, pudiendo permanecer hasta los 23 años de edad.

Beneficiarios (si lo hubiere)

Nombres	Apel. Paterno	Apel. Materno	%	Relación con el Aseg.	Cobert. Adicional *
---------	---------------	---------------	---	-----------------------	---------------------

* Cobert. Adicional: En caso se contrate

Coberturas

Descripción Del Interés Asegurado

Riesgos Cubiertos:

Cobertura Principal

- Muerte Accidental

Suma Asegurada

US \$ S/

Coberturas Adicionales

- XXXX

US\$ S/

Exclusiones

Queda excluido de la cobertura los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) 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.
- b) 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.
- c) Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d) 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.
- e) 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.
- f) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de vehículos motorizados (automóviles, motocicletas, lanchas o avionetas).
- g) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, en los términos señalados en el artículo de definiciones de este condicionado.
- h) Participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- i) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- j) La práctica de deportes peligrosos: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football

americano, box, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros y cacería de fieras.

- k) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión o similares, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
 - l) Desempeñarse como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, y asimismo como empleado de una aerolínea que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
 - m) Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.
 - n) 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 el accidente.
 - o) En estado de sonambulismo, insolación o congelación.
 - p) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
 - q) Los denominados "accidentes médicos": apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos.
 - r) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan; vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
 - s) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
 - t) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

Pago de la Prima

En caso

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO, las primas se cargarán mensualmente en la tarjeta/cuenta/planilla 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/planilla 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 ASEGURADO y/o CONTRATANTE.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la prima 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 quedará extinguido a los 90 días del vencimiento de la primera cuota impaga.

Prima y Forma de Pago

FORMA DE PAGO: TARJETA / CUENTA / DCTO EN PLANILLA

Nº DE TARJETA/CUENTA :

TOTAL CUOTAS PACTADAS:

PRIMA COMERCIAL	:	US \$	S
PRIMA COMERCIAL + IGV MENSUAL	:	US \$	S/

Cargos por la contratación del comercializador: XXX

Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores: XX

Cargos por agenciamiento por la contratación de promotores de seguros: XX

Se cargará la cuota mensual en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo. La cotización considera los impuestos vigentes al momento de su emisión. Las cuotas mensuales se calcularán según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

Clausulas Adicionales

XXX

XXX

Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el Certificado de Seguro, 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.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO como la COMPAÑÍA pueden 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 (durante la Vigencia del Contrato)

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 por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza 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 éste 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 COMPAÑÍA 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 compañía. En caso contrario, se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑÍA. En este último caso, la COMPAÑÍA debe emitir la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

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.

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

- 1) **Aviso del Siniestro:** Dar aviso por cualquiera de los medios de comunicación pactados, a la COMPAÑÍA de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.
- 2) **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El BENEFICIARIO o Heredero Legal podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:
 - a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tenga en su poder;
 - 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 el/los Heredero(s) Legal(es) o Beneficiario(s), según corresponda;
 - f. Copia Certificada del Atestado Policial Completo, en caso corresponda;
 - g. Protocolo de Necropsia completo, en caso 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.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento 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 Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares o el ASEGURADO, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio

pactado.

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.

En caso fuesen contratadas cláusulas adicionales, éstas incluyen su propio procedimiento para efectuar la solicitud de cobertura, se recomienda su lectura.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

La COMPAÑÍA /El COMERCIALIZADOR

Medios habilitados para presentar consultas 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 Fax (51-1) 422-7174.
- 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.

Instancias habilitadas para que el ASEGURADO presente reclamos y/o denuncias, según corresponda:

- 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 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

Cargas

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se 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.

Autorización de Uso de Datos Personales

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, el CONTRATANTE/ASEGURADO queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la COMPAÑÍA, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La COMPAÑÍA utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la COMPAÑÍA utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al CONTRATANTE/ASEGURADO información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El CONTRATANTE reconoce y acepta que la COMPAÑÍA podrá encargarse del tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos suministrados por el CONTRATANTE/ASEGURADO son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el CONTRATANTE decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de la COMPAÑÍA.

Conforme a ley, el CONTRATANTE/ASEGURADO está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la ley antes mencionada, mediante el procedimiento que se indica en dicha ley.

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 Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales. No son oponible al ASEGURADO los contenidos que le hayan sido informados en el presente documento.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a Chubb Seguros Perú S.A., 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 CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a Chubb Seguros Perú S.A. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a Chubb Seguros Perú S.A. en la misma fecha de su realización.
- La empresa es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- 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 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 / CONTRATANTE autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima antes indicada.

Firma Chubb Seguros Perú

FIRMA FUNCIONARIO DE Chubb Seguros Perú