



Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro - Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

Seguro Desgravamen - Crédito de Consumo

Certificado de Seguro N°

Póliza N° _____

Código SBS N°: VI20374I0010 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros (LA COMPAÑÍA)

| | |
|--|--|
| Nombre: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros | RUC: 20390625007 |
| Dirección: Amador Merino Reyna N°267 Oficina 402, San Isidro | Teléfono: 417-5000 |
| Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com | Página web: www.chubb.com/pe |

Datos del Seguro

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Tipo de Seguro: | Individual <input type="checkbox"/> | Mancomunado <input type="checkbox"/> |
| Vigencia: La cobertura del seguro se inicia desde el momento en que el crédito haya sido desembolsado al ASEGURADO, extendiéndose hasta la cancelación del crédito, siendo requisito indispensable para seguir en vigor que el ASEGURADO se encuentre en todo momento al día en el pago de las cuotas del crédito. | | |

Datos del CONTRATANTE

| | |
|-------------------------------------|---------------------|
| Razón Social o Denominación Social: | RUC: |
| Dirección: | Distrito: |
| Provincia: | Departamento: |
| Teléfono: | Correo electrónico: |

Datos del COMERCIALIZADOR

| | |
|-------------------------------------|---------------------|
| Razón Social o Denominación Social: | RUC: |
| Dirección: | Distrito: |
| Provincia: | Departamento: |
| Teléfono: | Correo electrónico: |

ASEGURADOS

Asegurado Titular

| | |
|---|---------------------------------|
| Nombres y Apellidos: | |
| Tipo y Número de Documento de Identidad: | Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): |
| Domicilio (Calle, N°, distrito, provincia, departamento): | |
| Teléfono: | Relación con el CONTRATANTE: |
| Profesión u Ocupación: | Nacionalidad: |

Asegurado Adicional (solo en caso de créditos mancomunados)

| | |
|---|------------------------------------|
| Nombres y Apellidos: | |
| Tipo y Número de Documento de Identidad: | Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): |
| Domicilio (Calle, N°, distrito, provincia, departamento): | |
| Teléfono: | Relación con el ASEGURADO Titular: |
| Profesión y ocupación: | Nacionalidad: |



Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro - Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

Beneficiarios

Para Desgravamen sobre Saldo Deudor

El Beneficiario es la entidad financiera que respalda el crédito por el total del valor de la suma asegurada a la fecha de siniestro (**sin incluir intereses compensatorios ni moratorios, penalidades, comisiones o gastos**).

Requisitos de Asegurabilidad

Edad Mínima de Ingreso:

Edad Máxima de Ingreso:

Edad Máxima de Permanencia:

Descripción del Interés Asegurable

Cubrir la muerte del ASEGURADO quien presenta un crédito con el CONTRATANTE. Podría contener otras coberturas adicionales que amplían el interés asegurado, en caso de ser contratadas.

Coberturas, Sumas Aseguradas

| Coberturas Principales | Suma Asegurada (S/) |
|---|--|
| Muerte Natural | Saldo Deudor o Monto Inicial según se pacte. |
| Muerte Accidental | |
| Invalidez Total y Permanente por Enfermedad | |
| Invalidez Total y Permanente por Accidente | |

| Coberturas Adicionales (opcionales) | Suma Asegurada (S/) |
|-------------------------------------|---------------------|
| (-----) | S/ |
| (-----) | |
| (-----) | |

Primas

Tasa Comercial:

Tasa Bruta:

Fórmula de Cálculo de Prima Comercial:

Forma de Pago:

Periodicidad de Pago:

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

Cuando se establezca pago con cargo en TARJETA DE CRÉDITO o CUENTA BANCARIA del ASEGURADO TITULAR:

- El ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo mensual de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.
- En caso no se encontrase saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de X re-intentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de X nuevos intentos en la siguiente fecha de cargo, incluyendo en esta última oportunidad la prima del mes pendiente más la prima del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, el Certificado de Seguro quedará extinguido transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO TITULAR del pago oportuno de la prima.
- **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.**

Periodo de Carencia

XXX

Detalle de Coberturas

Muerte Natural o Muerte Accidental: En caso de muerte natural o muerte accidental del ASEGURADO durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro de la Póliza, por cada ASEGURADO, en función al Saldo Deudor, y siempre que se cumpla lo siguiente: (i) que la póliza y el certificado (de ser aplicable) se encuentre(n) vigente(s); (ii) que EL CONTRATANTE hubiera venido declarando los datos del ASEGURADO y que hubiera venido efectuando el pago de la prima a LA COMPAÑÍA, (iii) que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza, y (iv) que EL ASEGURADO no hubiere superado la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (01) año luego de producido un accidente cubierto bajo esta póliza. 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.

LA COMPAÑÍA cubrirá el fallecimiento que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

El seguro brinda cobertura en territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, en función al Saldo Deudor, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia del seguro, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente, y siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas se manifiesten a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente: (i) que la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia; (ii) que el seguro principal esté vigente **a la fecha de ocurrido el siniestro**, y (iii) que la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones del seguro.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente cubierto por la póliza.

Con formato: Fuente: (Predeterminada) Chubb Publico App Light, 10 pto, Color de fuente: Automático, Español (Perú), Diseño: Claro

La COMPAÑÍA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

Se brinda cobertura en el territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro, en función al Saldo Deudor, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, alguna enfermedad que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente: (i) que la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia; (ii) que el seguro esté vigente esté vigente a la fecha de ocurrido el siniestro, y (iii) que la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por una enfermedad cubierta por esta póliza.

Se brinda cobertura en el territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

Exclusiones

La indemnización de esta póliza no se concede si la muerte del ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

Para las coberturas de Muerte Natural o Accidental:

- a. Enfermedades preexistentes al inicio del seguro, entendiéndose como tal cualquiera condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.
- b. Suicidio consciente y voluntario dentro de los dos (02) primeros años de vigencia del seguro o de cualquier rehabilitación.
- c. Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial.
- d. Servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- e. Liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).
- f. Ataques terroristas con armas no convencionales: nucleares, biológicas, químicas y radiactivas (NBQR).
- g. 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) como legítima defensa; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- h. Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- i. Participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- j. Participación en deportes notoriamente peligrosos: inmersión y caza submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo, parapente, saltos al vacío desde puntos elevados, esquí acuático y sobre nieve, boxeo, rugby, fútbol americano, carreras de caballo, corrida de toros y cacería de fieras, salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante la vigencia del seguro y sean expresamente aceptados por LA COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares de la Póliza y Certificado de Seguro, previo pago de la extra prima que corresponda.
- k. Los accidentes que se produzcan bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes, salvo cuando EL ASEGURADO hubiera sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo el fallecimiento.
- l. Epidemias.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a. Lesiones autoinfligidas.
- b. Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial.
- c. Servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- d. Liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).
- e. Ataques terroristas con armas no convencionales: nucleares, biológicas, químicas y radiactivas (NBQR).
- f. 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 como legítima defensa; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- g. Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- h. Participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- i. Participación en deportes notoriamente peligrosos: inmersión y caza submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo, parapente, saltos al vacío desde puntos elevados, esquí acuático y sobre nieve, boxeo, rugby, fútbol americano, carreras de caballo, corrida de toros y cacería de fieras, salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante la vigencia del seguro y sean expresamente aceptados por LA COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares de la Póliza y Certificado de Seguro, previo pago de la extra prima que corresponda.
- j. Los accidentes que se produzcan bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes, salvo cuando EL ASEGURADO hubiera sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo el fallecimiento.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

- a. Enfermedades pre-existentes al inicio del seguro. Entendiéndose como tal cualquiera condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el asegurado o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.
- b. Liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).
- c. Ataques terroristas con armas no convencionales: nucleares, biológicas, químicas y radiactivas (NBQR).
- d. El abuso de drogas, estupefacientes y/o alcohol.
- e. Epidemias.

Medios de Comunicación Pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

Autorización Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

El ASEGURADO acepta expresamente que la COMPAÑÍA comunique sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web www.chubb.com/pe. Esta autorización incluye compartir información con terceros para fines estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

El ASEGURADO acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por LA COMPAÑÍA para realizar estudios estadísticos y de siniestralidad, remitir información sobre sus productos y servicios, a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita, así como el



Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro - Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

flujo transfronterizo de la información a otras entidades ubicadas en Estados Unidos con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de la COMPAÑÍA.

Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, cuyo listado completo se encuentra en la página web www.chubb.com/pe, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

EL ASEGURADO AUTORIZA: Sí _____ No _____ (marcar con una X)

EL ASEGURADO manifiesta que tiene conocimiento sobre sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignado nombre y apellidos, tipo y número de documentos de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a: atencion.seguros@chubb.com.

La COMPAÑÍA declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP-PJP N° 4036.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero.

Autorización Acceso a Historia Clínica

Si bien EL ASEGURADO o en su caso el BENEFICIARIO, es el responsable de proporcionar toda la documentación e información necesarias en caso de solicitud de cobertura, con la suscripción del presente documento, EL ASEGURADO brinda su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que Chubb Seguros Perú S.A y/o la ENTIDAD FINANCIERA que desembolsa el crédito (esta última en su calidad de Beneficiario de la Póliza de Seguro y solo con la finalidad de gestionar la solicitud de cobertura), pueda solicitar a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, la exhibición y entrega de su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en poder de éstos, autorizando desde ya a dichos establecimientos de salud a la entrega de su información.

Derecho de resolver el Contrato sin Expresión de Causa

De acuerdo al Artículo 18° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida, el ASEGURADO puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita.

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 en el caso 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 el Certificado de Seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Dicha devolución la efectuará la COMPAÑÍA a los treinta (30) días de haber realizado la solicitud.

Derecho del Contratante de Aceptar o No Modificaciones a las Condiciones Contractuales durante la Vigencia del Contrato

El CONTRATANTE tiene derecho a ser informado sobre las modificaciones a las condiciones contractuales que le proponga la COMPAÑÍA, 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.

En los seguros grupales, 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.

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar Cobertura

1. **Aviso del siniestro:** EL CONTRATANTE y/o los beneficiarios deberá(n) dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados de la ocurrencia del siniestro, 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, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 20.11 del artículo 20° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.
2. **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá(n) presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada). El CONTRATANTE y/o los beneficiarios podrá(n) presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente

En caso de Muerte Natural:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder.
- b) Acta o Partida de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.
- e) Documento médico en el que conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad que desencadenó el fallecimiento.
- f) Historia Clínica en copia fedateada y foliada por la institución de salud;

En caso Muerte Accidental, adicionalmente se deberá presentar:

- a) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, ~~según corresponda~~;
- b) Protocolo de Necropsia completo, ~~según corresponda~~;
- c) Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico; ~~según corresponda~~.
- d) Historia Clínica, ~~correspondiente a las causas de la muerte~~, en copia fedateada y foliada por la institución de salud; ~~cuando corresponda~~

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO y/o solicitante, ~~según corresponda~~;
- b) Atestado Policial o Parte Policial, completo, ~~en caso corresponda~~;
- c) Resultado de examen toxicológico (de haberse realizado);
- d) Certificado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, COMAFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación);
- e) Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante;
- f) Historia Clínica, ~~correspondiente a las causas de la invalidez~~, en copia fedateada y foliada por la institución de salud;

Con formato: Fuente de párrafo predeter., Fuente: (Predeterminada) Chubb Publico App Light, 10 pto, Color de fuente: Automático, Diseño: Claro

- g) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE; y
- h) Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.
- i) Entrevista al ASEGURADO, en caso de ser requerido por la COMPAÑÍA

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO y/o solicitante, según corresponda;
- b) Certificado de Invalidez Total y Permanente por enfermedad, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, COMAFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación);
- c) Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante;
- d) Historia Clínica en copia fedateada y foliada por la institución de salud; y
- e) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.
- f) Entrevista al ASEGURADO, en caso de ser requerido por la COMPAÑÍA

En todos los casos, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de ejecutar una prueba de polígrafo en la fecha establecida para la entrevista la cual deberá ejecutarse dentro primeros 20 días desde que se entrega la información completa establecida en póliza.

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 ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso el 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 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.

Medios Habilitados para presentar Consulta o Reclamos

Lugares Autorizados para Solicitar la Cobertura:

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR / el CORREDOR DE SEGUROS.

Medios habilitados para Presentar Consultas y/o Reclamos:

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pueden 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 nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf. XXX-XXXX (*).
- b. Escribiéndonos 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".
- 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.



Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro - Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

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

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de Atención: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

(**) Horario de Atención: De lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm

Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias y/o Consultas

- **Defensoría del Asegurado:** En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Telefón: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro - Edificio Nacional.
- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:** Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: 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

Autorización Acceso a Historia Clínica

Si bien EL ASEGURADO o en su caso el BENEFICIARIO, es el responsable de proporcionar toda la documentación e información necesarias en caso de solicitud de cobertura, con la suscripción del presente documento, EL ASEGURADO brinda su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que Chubb Seguros Perú S.A y/o la ENTIDAD FINANCIERA que desembolsa el crédito (esta última en su calidad de Beneficiario de la Póliza de Seguro y solo con la finalidad de gestionar la solicitud de cobertura), pueda solicitar a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, la exhibición y entrega de su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en poder de éstos, autorizando desde ya a dichos establecimientos de salud a la entrega de su información.

Definiciones

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes.

No se consideran como Accidentes los llamados "**accidentes médicos**": ~~tales como~~ infarto de miocardio, edema agudo, trombosis, ataque epiléptico, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, accidente cerebro vascular; así como los casos de negligencia o impericia médica. Tampoco será considerado como Accidente aquellos sucesos originados como repercusión o como consecuencia de eventos, episodios o crisis de estos llamados "accidentes médicos".

Capacidad de Trabajo: Capacidad del ASEGURADO para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las Normas para la evaluación y calificación del grado de Invalidez del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N°232-98-EF/SAFP y/o sus normas modificatorias y/o complementarias.

Deportes notoriamente peligrosos: Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comporta una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican.

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Enfermedades preexistentes al inicio del seguro, entendiéndose como tal cualquiera condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocida y formalizada por las entidades competentes.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una Enfermedad presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocida y formalizada por las entidades competentes.

Muerte Natural: Es el deceso del ASEGURADO por cualquier causa, con excepción de Suicidio y de lo indicado en Muerte Accidental.

Muerte Accidental: Se entiende por muerte accidental aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Saldo Deudor: Es el capital que el ASEGURADO adeuda al CONTRATANTE. También llamado Saldo Insoluto. Salvo estipulación en contrario en el presente documento, no incluye intereses compensatorios, moratorios ni portes ni comisiones u otros gastos.

Importante

1. La información contenida en este documento es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en el presente documento y Cláusulas Generales de Contratación comunes a los seguros de Vida.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro colectivo a la COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
3. En el caso que este seguro se comercialice a través de un comercializador, la COMPAÑÍA se hace responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador con motivo de la comercialización del seguro, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden, de conformidad con el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por Resolución SBS N°4143-2019. Asimismo, las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a Chubb Seguros Perú S.A.
4. De igual manera, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a la COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización. En el caso de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N°3274-2017 y sus normas modificatorias.
5. **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.**
6. **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.**

Solicitud de Cobertura Fraudulenta

El Asegurado / Beneficiario perderá el derecho a ser indemnizado, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquier ASEGURADO / BENEFICIARIO, o terceras personas que actúen en su

CHUBB®

Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro - Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

**representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.
En caso exista más de un Asegurado / Beneficiario, la actuación dolosa o engañosa de uno no afectará el derecho de los demás Beneficiarios, salvo que éste actúe debidamente facultado en representación de éstos.**

Declaraciones

El ASEGURADO declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales (cláusulas adicionales) del seguro que solicita, accediendo a la página web de la COMPAÑÍA: www.chubb.com/pe, así como a la de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradora Privada de Fondos de Pensiones: www.sbs.gob.pe.

Firma del CONTRATANTE

Firma del ASEGURADO Titular

Firma del ASEGURADO Adicional
(solo seguros mancomunados)