

Seguro de Desempleo
Solicitud-Certificado No: _____

Póliza No: 590000593Código SBS: RG2035900123 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros (La Compañía)		
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007	
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267, Oficina 402, San Isidro, Lima	Teléfono: 417-5000	
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página Web: www.chubb.com/pe	
Contratante/Comercializador		
Razón Social: BANCO INTERAMERICANO DE FINANZAS	RUC: 20101036813	
Dirección: Av. Ricardo Rivera Navarrete N° 600, San Isidro.	Teléfono: (01) 613-3000	
Página Web: www.banbif.com.pe/Personas		
Datos del Asegurado (Titular del Crédito)		
Nombres y Apellidos:	DNI:	
Fecha de nacimiento:	Sexo:	
Dirección:	Relación con el contratante: Cliente	
Correo Electrónico:		
Requisitos para ser Asegurado		
Edad de Mínima de Ingreso: 18 años (Dieciocho) años.		
Edad Máxima de Ingreso: 65 años (Sesenta y cinco) años y 364 días.		
Edad Máxima de Permanencia: 70 años (Sesenta) años y 364 días.		
Beneficiario(s)		
Para la cobertura de Muerte Accidental: Herederos Legales del ASEGURADO.		
Para las demás coberturas: El CONTRATANTE.		
Coberturas y Planes		
Planes	Coberturas	Sumas Aseguradas y Límites
Plan 1	Desempleo Involuntario e Injustificado	Hasta 4 Cuotas del préstamo personal de Libre Disponibilidad o de Convenios contraída con el CONTRATANTE (Monto máximo de cuota igual a S/ 1,000)
	Invalidez Temporal	
	Muerte Accidental	
Plan 2	Desempleo Involuntario e Injustificado	Hasta 4 Cuotas del préstamo personal de Libre Disponibilidad o de Convenios contraída con el CONTRATANTE (Monto máximo de cuota igual a S/ 1,500)
	Invalidez Temporal	
	Muerte Accidental	

Para la siguiente Solicitud-Certificado no aplica las coberturas de Incendio y/o Rayo ni Invalidez Total y Permanente por Accidente, detalladas en las Condiciones Generales.

Datos de Póliza y Prima						
	PLAN 1					
Vigencia	12 meses	18 meses	24 meses	36 meses	48 meses	60 meses
Prima Comercial	S/ 198.31	S/ 297.46	S/ 396.61	S/ 594.07	S/ 792.37	S/ 990.68
Prima Comercial + IGV	S/ 234.00	S/ 351.00	S/ 468.00	S/ 701.00	S/ 935.00	S/ 1,169.00
Marcar con una (X) la opción elegida	()	()	()	()	()	()
	PLAN 2					
Vigencia	12 meses	18 meses	24 meses	36 meses	48 meses	60 meses
Prima Comercial	S/ 224.58	S/ 337.29	S/ 450.00	S/ 674.58	S/ 900.00	S/ 1,124.58
Prima Comercial + IGV	S/ 265.00	S/ 398.00	S/ 531.00	S/ 796.00	S/ 1,062.00	S/ 1,327.00
Marcar con una (X) la opción elegida	()	()	()	()	()	()
Fecha Inicio de Vigencia:	Las 12 horas del ____ / ____ / ____			Renovación:	Facultativa	
Fecha Fin de Vigencia:	Las 12 horas del ____ / ____ / ____			Frecuencia de Pago	Prima Única	

La prima comercial incluye:
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 29.13%

Lugar y forma de pago de la prima: La prima se cargará al monto aprobado del préstamo personal de Libre Disponibilidad o de Convenios otorgado por el CONTRATANTE. La prima se paga al momento del desembolso del préstamo.

Fecha de emisión: _____



Juan Carlos Puyó de Zavala
Gerente General
Chubb Seguros Perú S.A.

ASEGURADO

Seguro de Desempleo
Solicitud-Certificado No: _____

Póliza No: 590000593Código SBS: RG2035900123 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros (La Compañía)		
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007	
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267, Oficina 402, San Isidro, Lima	Teléfono: 417-5000	
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página Web: www.chubb.com/pe	
Contratante/Comercializador		
Razón Social: BANCO INTERAMERICANO DE FINANZAS	RUC: 20101036813	
Dirección: Av. Ricardo Rivera Navarrete N° 600, San Isidro.	Teléfono: (01) 613-3000	
Página Web: www.banbif.com.pe/Personas		
Datos del Asegurado (Titular del Crédito)		
Nombres y Apellidos:	DNI:	
Fecha de nacimiento:	Sexo:	
Dirección:	Relación con el contratante: Cliente	
Correo Electrónico:		
Requisitos para ser Asegurado		
Edad de Mínima de Ingreso: 18 años (Dieciocho) años.		
Edad Máxima de Ingreso: 65 años (Sesenta y cinco) años y 364 días.		
Edad Máxima de Permanencia: 70 años (Sesenta) años y 364 días.		
Beneficiario(s)		
Para la cobertura de Muerte Accidental: Herederos Legales del ASEGURADO.		
Para las demás coberturas: El CONTRATANTE.		
Coberturas y Planes		
Planes	Coberturas	Sumas Aseguradas y Límites
Plan 1	Desempleo Involuntario e Injustificado	Hasta 4 Cuotas del préstamo personal de Libre Disponibilidad o de Convenios contraída con el CONTRATANTE (Monto máximo de cuota igual a S/ 1,000)
	Invalidez Temporal	
	Muerte Accidental	
Plan 2	Desempleo Involuntario e Injustificado	Hasta 4 Cuotas del préstamo personal de Libre Disponibilidad o de Convenios contraída con el CONTRATANTE (Monto máximo de cuota igual a S/ 1,500)
	Invalidez Temporal	
	Muerte Accidental	

Para la siguiente Solicitud-Certificado no aplica las coberturas de Incendio y/o Rayo ni Invalidez Total y Permanente por Accidente, detalladas en las Condiciones Generales.

Datos de Póliza y Prima						
	PLAN 1					
Vigencia	12 meses	18 meses	24 meses	36 meses	48 meses	60 meses
Prima Comercial	S/ 198.31	S/ 297.46	S/ 396.61	S/ 594.07	S/ 792.37	S/ 990.68
Prima Comercial + IGV	S/ 234.00	S/ 351.00	S/ 468.00	S/ 701.00	S/ 935.00	S/ 1,169.00
Marcar con una (X) la opción elegida	()	()	()	()	()	()
	PLAN 2					
Vigencia	12 meses	18 meses	24 meses	36 meses	48 meses	60 meses
Prima Comercial	S/ 224.58	S/ 337.29	S/ 450.00	S/ 674.58	S/ 900.00	S/ 1,124.58
Prima Comercial + IGV	S/ 265.00	S/ 398.00	S/ 531.00	S/ 796.00	S/ 1,062.00	S/ 1,327.00
Marcar con una (X) la opción elegida	()	()	()	()	()	()
Fecha Inicio de Vigencia:	Las 12 horas del ____ / ____ / ____			Renovación:	Facultativa	
Fecha Fin de Vigencia:	Las 12 horas del ____ / ____ / ____			Frecuencia de Pago	Prima Única	

La prima comercial incluye:
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 29.13%
Lugar y forma de pago de la prima: La prima se cargará al monto aprobado del préstamo personal de Libre Disponibilidad o de Convenios otorgado por el CONTRATANTE. La prima se paga al momento del desembolso del préstamo.

Fecha de emisión: _____


Juan Carlos Puyó de Zavala
Gerente General
Chubb Seguros Perú S.A.

ASEGURADO

Seguro de Desempleo
Solicitud-Certificado No: _____

Póliza No: 590000593Código SBS: RG2035900123 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros (La Compañía)		
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007	
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267, Oficina 402, San Isidro, Lima	Teléfono: 417-5000	
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página Web: www.chubb.com/pe	
Contratante/Comercializador		
Razón Social: BANCO INTERAMERICANO DE FINANZAS	RUC: 20101036813	
Dirección: Av. Ricardo Rivera Navarrete N° 600, San Isidro.	Teléfono: (01) 613-3000	
Página Web: www.banbif.com.pe/Personas		
Datos del Asegurado (Titular del Crédito)		
Nombres y Apellidos:	DNI:	
Fecha de nacimiento:	Sexo:	
Dirección:	Relación con el contratante: Cliente	
Correo Electrónico:		
Requisitos para ser Asegurado		
Edad de Mínima de Ingreso: 18 años (Dieciocho) años.		
Edad Máxima de Ingreso: 65 años (Sesenta y cinco) años y 364 días.		
Edad Máxima de Permanencia: 70 años (Sesenta) años y 364 días.		
Beneficiario(s)		
Para la cobertura de Muerte Accidental: Herederos Legales del ASEGURADO.		
Para las demás coberturas: El CONTRATANTE.		
Coberturas y Planes		
Planes	Coberturas	Sumas Aseguradas y Límites
Plan 1	Desempleo Involuntario e Injustificado	Hasta 4 Cuotas del préstamo personal de Libre Disponibilidad o de Convenios contraída con el CONTRATANTE (Monto máximo de cuota igual a S/ 1,000)
	Invalidez Temporal	
	Muerte Accidental	
Plan 2	Desempleo Involuntario e Injustificado	Hasta 4 Cuotas del préstamo personal de Libre Disponibilidad o de Convenios contraída con el CONTRATANTE (Monto máximo de cuota igual a S/ 1,500)
	Invalidez Temporal	
	Muerte Accidental	

Para la siguiente Solicitud-Certificado no aplica las coberturas de Incendio y/o Rayo ni Invalidez Total y Permanente por Accidente, detalladas en las Condiciones Generales.

Datos de Póliza y Prima						
	PLAN 1					
Vigencia	12 meses	18 meses	24 meses	36 meses	48 meses	60 meses
Prima Comercial	S/ 198.31	S/ 297.46	S/ 396.61	S/ 594.07	S/ 792.37	S/ 990.68
Prima Comercial + IGV	S/ 234.00	S/ 351.00	S/ 468.00	S/ 701.00	S/ 935.00	S/ 1,169.00
Marcar con una (X) la opción elegida	()	()	()	()	()	()
	PLAN 2					
Vigencia	12 meses	18 meses	24 meses	36 meses	48 meses	60 meses
Prima Comercial	S/ 224.58	S/ 337.29	S/ 450.00	S/ 674.58	S/ 900.00	S/ 1,124.58
Prima Comercial + IGV	S/ 265.00	S/ 398.00	S/ 531.00	S/ 796.00	S/ 1,062.00	S/ 1,327.00
Marcar con una (X) la opción elegida	()	()	()	()	()	()
Fecha Inicio de Vigencia:	Las 12 horas del ____ / ____ / ____			Renovación:	Facultativa	
Fecha Fin de Vigencia:	Las 12 horas del ____ / ____ / ____			Frecuencia de Pago	Prima Única	

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 29.13%

Lugar y forma de pago de la prima: La prima se cargará al monto aprobado del préstamo personal de Libre Disponibilidad o de Convenios otorgado por el CONTRATANTE. La prima se paga al momento del desembolso del préstamo.

Fecha de emisión: _____


Juan Carlos Puyó de Zavala
Gerente General
Chubb Seguros Perú S.A.

ASEGURADO

CLIENTE

Descripción del Interés Asegurado: Cubrir al ASEGURADO contra los riesgos descritos en el presente documento.

Descripción de las Coberturas

Desempleo Involuntario e Injustificado: En el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario e injustificado, la COMPAÑIA otorgará al ASEGURADO una indemnización que consistirá en el pago de cuotas de deuda que tenga el ASEGURADO con el CONTRATANTE, o en un monto único, o ambas a la vez, siempre que dicho hecho dure treinta (30) días calendario consecutivos o más. **Para gozar de esta cobertura el ASEGURADO debe ser un trabajador dependiente.**

Invalidez Temporal: En el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Invalidez Temporal por enfermedad o accidente, la COMPAÑIA otorgará al Beneficiario una indemnización que consistirá en el pago de cuotas de deuda que tenga el ASEGURADO con el CONTRATANTE, en los términos que se estipulen en el presente documento. **Para gozar de esta cobertura el ASEGURADO debe ser un trabajador independiente.**

Estarán cubiertos los casos de Desempleo Involuntario e Injustificado o la Invalidez Temporal por accidente o enfermedad que duren treinta (30) días calendario consecutivos o más. De esta forma, para cada evento, la indemnización se otorgará siempre y cuando el ASEGURADO se mantenga desempleado o en estado de invalidez temporal una vez transcurrido el período mínimo de 30 días calendario y conforme a la siguiente tabla ilustrativa:

Período de Desempleo o Invalidez	Indemnización Mensual
De 1 a 29 días consecutivos	No aplica ninguna indemnización
De 30 a 59 días consecutivos	1ra indemnización mensual
De 60 a 89 días consecutivos	2da indemnización mensual
De 90 a 119 días consecutivos	3ra indemnización mensual

Muerte Accidental: En el evento que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente, la COMPAÑIA otorgará al Beneficiario una indemnización que consistirá en el pago de un monto único, en los términos que se estipulen en el presente documento. El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑIA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente. El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO que pueda resultar de accidentes que hayan sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas. Podrán gozar de esta cobertura tanto los trabajadores dependientes como independientes.

La COMPAÑIA solo indemnizará por una cobertura a la vez, es decir, las coberturas no son acumulativas, excepto por la cobertura de Muerte Accidental.

En el caso que una persona sea dependiente e independiente a la vez, solo podrá estar ASEGURADO bajo un solo régimen, de acuerdo a lo declarado en el presente documento.

Consideraciones Adicionales

Antigüedad laboral mínima: Para esta póliza se establece una antigüedad laboral mínima de dieciocho (18) meses ininterrumpidos bajo contrato con el mismo empleador.

Periodo activo mínimo: Queda establecido que el Periodo Activo Mínimo para esta Póliza es de dieciocho (18) meses.

Periodo de carencia: Queda establecido que el Periodo de Carencia para esta Póliza es de noventa (90) días calendario. Solo será aplicable para las coberturas de Desempleo Involuntario e Injustificado e, Invalidez Temporal.

Exclusiones

1. Desempleo Involuntario e Injustificado

- a) Jubilación o retiro.
- b) Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Renuncia voluntaria.
- d) Cese temporal.
- e) Despido por falta grave.
- f) Despido por reducción de personal mayor al 30% del total de trabajadores de la empresa.
- g) Liquidación o cierre de la empresa.
- h) Vencimiento del contrato pactado a término fijo o por finalización de la obra o labor contratada.
- i) Cualquier situación de desempleo voluntario, excepto el mutuo disenso.
- j) Desempleo por causa justa, como:

1. Violación de las prácticas profesionales establecidas.
2. Conducta impropia e intencional.
3. Negligencia
4. Fraude.

k) Cierre Patronal o "Lock-outs" (paralización total o parcial de las actividades de uno o varios establecimientos o actividades económicas por decisión del empleador).

2. Invalidez Temporal (Incapacidad física temporal por enfermedad o accidente)

- a) Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- b) Paracaidismo, vuelo en parapente o ala delta, alpinismo, andinismo o montañismo, buceo, carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- c) Accidentes que se produzcan mientras el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia del alcohol o drogas.
- d) Gestación o embarazo.
- e) Epidemias.
- f) Enfermedades Preexistentes al inicio del seguro. Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.

Además de las exclusiones indicadas anteriormente, la COMPAÑIA no estará obligada al pago del seguro:

- a) En cantidad mayor al monto de la indemnización establecido en el presente documento.
- b) Por gastos adicionales ocurridos después de la Fecha del Evento.
- c) En el caso que termine la condición de Desempleo Involuntario e Injustificado o Invalidez Temporal del ASEGURADO.
- d) En el caso de que el Evento ocurra dentro del Período de Carencia.

3. Muerte Accidental:

- a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- 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.
- 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 relacionados con la seguridad de las personas en caso hayan sido la causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o haya indicios razonables 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) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- g) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) La práctica de deportes peligrosos. Ejemplos: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros, cacería de fieras, motociclismo y deportes de invierno.
- i) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo. Ejemplos: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
- j) Desempeñarse el ASEGURADO 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.
- k) Bajo la influencia de cualquier grado de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo, insolación o congelación. Únicamente, para casos de accidentes de tránsito, el límite máximo aceptable será de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente. Se utiliza la ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Esta ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje.
- l) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- m) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- n) Las hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.

Derecho de Arrepentimiento

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 la Solicitud-Certificado en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias y siempre que las coberturas no hayan sido usadas, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el CONTRATANTE o 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 CONTRATANTE o 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, en un plazo máximo de treinta (30) días a partir del ejercicio de su derecho de arrepentimiento.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita quedando la Solicitud-Certificado resuelta de manera inmediata. El artículo 8° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida 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.

Aviso del Siniestro y procedimiento para Solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO o Beneficiario, según corresponda, deberá dar aviso a la COMPAÑÍA, en el plazo de tres (3) días desde que se tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro o, en el caso de seguros de daños patrimoniales y en el plazo de siete (7) días desde que se tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, en el caso de los seguros personales. Si el ASEGURADO da aviso del siniestro de manera extemporánea por culpa leve y de ello resulte un perjuicio para la COMPAÑÍA ésta tendrá derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

Para tal efecto deberá utilizar el formulario de presentación de siniestros proporcionado por la COMPAÑÍA, o cualquier medio electrónico de conexión directa u otros análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación.

Se entenderá como fecha de ocurrencia del siniestro las siguientes:

Desempleo Voluntario e Injustificado: La fecha de término de la relación laboral indicada en la liquidación de los beneficios sociales, o en la constancia policial, o acta inspectiva del Ministerio de Trabajo en los casos de despidos de facto; y en caso de los empleados públicos y docentes del sector público, será la fecha que se establezca en el decreto o resolución en la que consta su retiro, cese o baja de la institución a la cual pertenecía.

Invalidez Temporal (Incapacidad física temporal por enfermedad o accidente): La fecha de ocurrencia del evento o siniestro es la indicada en el certificado médico en el que se detalla la dolencia. En el certificado médico debe señalarse también el tiempo de enfermedad, período de invalidez y justificación médica de la invalidez.

Muerte Accidental: La fecha de la muerte del ASEGURADO.

El ASEGURADO o Beneficiario, según corresponda, deberá presentar la documentación indicada a continuación en las oficinas de la COMPAÑÍA Los documentos requeridos en caso de siniestros son los siguientes, los mismos que deberán ser presentados en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de Desempleo Involuntario e Injustificado

Trabajadores del Sector Privado:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO
- b) Carta de despido de la empresa. Podrá aceptarse carta de renuncia del trabajador ASEGURADO, si la liquidación de beneficios sociales se da por “mutuo disenso”. En caso de no contar con carta de despido formalmente cursado por el empleador, se

deberá presentar la Constatación Policial o de la Autoridad Administrativa de Trabajo que den cuenta del despido de hecho o de facto producido. Para casos de hostilidad, se admitirá como documento alternativo, el medio de prueba que demuestre que su renuncia no fue voluntaria.

- c) Las tres (3) últimas boletas de pago de remuneraciones, donde se indique la fecha de inicio de la relación laboral.
- d) El contrato de trabajo, en caso de trabajador sujeto modalidad a plazo fijo, el cual deberá contar con el sello del Ministerio de Trabajo como constancia de recepción. En caso de contratación verbal, deberá acreditar los pagos realizados por el empleador.
- e) La Liquidación de Beneficios Sociales por despido o por “mutuo disenso” y constancia de pago. Se verificará el pago de 1.5 remuneraciones por cada año trabajado (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinado) más los beneficios de ley, en los supuestos que corresponda. Para casos de hostilidad, se admitirá como documento alternativo, el medio de prueba que demuestre que su renuncia no fue voluntaria.
- f) Certificado de Trabajo (debe detallar el período laborado por el trabajador cesado y los motivos del cese, en caso corresponda)
- g) Certificado de Aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.
- h) Carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador.
- i) Declaración jurada del ASEGURADO manifestando que a la fecha del siniestro el mismo se encuentra en situación de Desempleo.

Trabajadores del Sector Público y Docentes del Sector Público:

- a) DNI o documento oficial de identidad del ASEGURADO
- b) Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador cubiertos por la Póliza.
- c) Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública)
- d) Declaración jurada del ASEGURADO manifestando que a la fecha del siniestro el mismo se encuentra en situación de Desempleo.

Para la cobertura de Invalidez Temporal (Incapacidad física temporal por enfermedad o accidente)

ASEGURADO Independiente:

- a) DNI o documento de identidad del ASEGURADO
- b) Autorización del ASEGURADO para revisión de sus historias clínicas
- c) Copia de los tres (3) últimos Recibos por Honorarios.
- d) Certificado de Renta de 4ta categoría
- e) Declaración Jurada de Renta de 3ra Categoría (para personas naturales con negocio)
- f) Certificado médico original que acredite la Invalidez Temporal.
- g) Informe médico que indique el período de tiempo en que el ASEGURADO permanecerá incapacitado de ejercer su actividad laboral, detallando:
 - Causas de la invalidez
 - Diagnóstico definitivo
 - Tratamiento realizado
 - Pronóstico
 - Días de descanso
 - Numero de Historia Clínica
 - Clínica u Hospital donde recibió la atención
 - Médico Tratante
 - Fecha de atención

Para la cobertura de Muerte Accidental

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tuviese;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o herederos legales;
- e) Acta de sucesión intestada o testimonio de testamento (notarial) o declaratoria de herederos (judicial), en caso no se hayan designado beneficiarios;
- f) Atestado Policial completo, en caso corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda;
- h) Resultado de Dosaje Etílico, en caso corresponda y
- i) Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse con Resolución Judicial firme.

Para todas las coberturas, la COMPAÑIA podrá solicitar documentos adicionales a los señalados previamente, con el fin de complementar la evaluación del siniestro y/o la continuidad de la situación de desempleo o invalidez los que serán solicitados dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro.

En todos los casos, excepto cuando se cuente con autorización escrita de la COMPAÑIA para hacer algo distinto, se debe conservar los bienes dañados en las condiciones en que quedaron al momento de ocurrir el daño y no realizar cambios en las partes dañadas.

Asimismo, 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 o BENEFICIARIO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso el ASEGURADO o BENEFICIARIO 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 AFPs.

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.

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 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.

Condiciones de los Riesgos Cubiertos

1. Cobertura de Desempleo Involuntario e Injustificado:
En caso de Despido Involuntario e Injustificado del ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará hasta el máximo de cuotas detalladas en el presente documento, por cada treinta (30) días calendario de desempleo.

Las causales de Desempleo Involuntario e Injustificado cubiertas por esta Póliza, según el sector o ley bajo la cual labore el trabajador dependiente, serán las que se detallan en este artículo.

1. Empleados del sector privado, regidos bajo la Ley de Productividad y Competitividad Laboral, Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo 728 o norma que la sustituya.
 1. Detrimento de la facultad física o mental o la ineptitud sobrevenida, determinante para el desempeño de sus tareas, a que se refiere la mencionada ley.
 2. Rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo condiciones similares, a que se refiere la mencionada ley.
 3. Actos de Hostilidad del empleador equiparables al despido no imputable al trabajador a que se refiere la mencionada ley.
 4. Despido Colectivo no mayor al 30% de la fuerza laboral de la empresa por las siguientes causales objetivas a que se refiere el Artículo 46° de la mencionada ley:
 - i. Caso fortuito o fuerza mayor.
 - ii. Motivos económicos, tecnológicos, estructurales o análogos.
 - iii. Reestructuración patrimonial sujeta al D.Leg. 845.
 5. Despido arbitrario, luego que se haya efectuado el pago de la indemnización a la que tiene derecho el trabajador.
 6. Mutuo disenso, siempre que exista una indemnización por los años de servicio y los montos indemnizatorios que la ley prevé en el caso de Desempleo Involuntario no atribuible al trabajador.
2. Empleados Públicos, vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la Administración Pública bajo las leyes vigentes a la fecha del mutuo disenso.
 1. Cese, por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del empleado o funcionario público ni por término natural de plazo previsto del contrato de trabajo.
3. Empleados del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado 24029.
 1. Suspensión absoluta o cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del docente o personal administrativo regido bajo la citada ley.

Queda establecido y convenido que la indemnización corresponderá a lo que se estipule en la Póliza de acuerdo a lo señalado en los párrafos precedentes, siempre que el ASEGURADO reciba el pago de una indemnización por los años de servicios, de acuerdo a lo que establezcan las normas que regulen la actividad laboral del ASEGURADO.

La cobertura está sujeta a que el ASEGURADO acredite haber incurrido en extinción de la relación laboral en forma involuntaria o mantenerse en tal situación, por los montos y dentro de los límites que se especifican en las condiciones particulares de la Póliza.

En caso de ser reinsertado el ASEGURADO al servicio laboral, con contrato de trabajo suscrito con su empleador, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones por parte de la COMPAÑIA con cargo a este seguro.

El derecho a la indemnización del presente seguro no se verá afectado en caso que el ASEGURADO obtenga ingresos de otras fuentes, distintos de la remuneración que perciba como trabajador dependiente.

2.Cobertura de Invalidez Temporal

En caso de Invalidez Temporal del ASEGURADO, la COMPAÑIA pagará hasta el máximo de cuotas detallado en las condiciones particulares de la Póliza, por cada treinta (30) días calendario de invalidez.

Por cada evento, la indemnización será otorgada siempre y cuando el ASEGURADO se mantenga en estado de Invalidez Temporal y siempre que no se haya superado el número de cuotas máximas señaladas como tope en el presente documento.

Habrá lugar a una nueva aplicación de esta cobertura, si el ASEGURADO reincide en estado de Invalidez Temporal, siempre y cuando haya transcurrido el Período Activo Mínimo, desde el término de la Invalidez Temporal ya indemnizada y siempre asimismo que esta nueva Invalidez Temporal sea por una causa distinta y no originada por la enfermedad o accidente que originó la primera Invalidez Temporal ya indemnizada.

Definiciones

Queda convenido entre las partes que las palabras señaladas a continuación, tienen las siguientes 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, reveladas por los exámenes correspondientes.

Antigüedad Laboral Mínima: Es el período mínimo que el ASEGURADO debe haber permanecido como trabajador, ininterrumpidamente, para un mismo empleador, para tener derecho a la indemnización otorgada por el presente seguro.

Aplica solo para la cobertura de Desempleo Involuntario e Injustificado.

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 No. 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

Contratante: Persona jurídica que otorga un crédito al Asegurado.

Compañía: Chubb Seguros Perú S.A.

Cuotas: parte monetaria del crédito otorgado por el Contratante, generalmente de pago mensual que debe pagarle el ASEGURADO.

Desempleo Involuntario e Injustificado: Es aquel que se produce en circunstancias no imputables al ASEGURADO y que implica la privación total de ingresos por conceptos laborales. **Queda expresamente establecido que la circunstancia de existir y permanecer vigente un vínculo laboral del ASEGURADO con un empleador distinto a aquel que declara en el momento de informar el siniestro, invalida los derechos que nacen para el ASEGURADO de la póliza, no dando lugar a cobertura alguna ni al pago de la indemnización reclamada.**

Se entenderán como causales de Desempleo Involuntario e Injustificado, según el sector o ley bajo la cual labore el trabajador dependiente, las detalladas a continuación, en la medida que se cumpla con la Antigüedad Laboral Mínima y el Período de Carencia, señalados en el rubro de “Condiciones de los Riesgos Cubiertos” y demás límites del presente documento, al momento del siniestro.

Deporte peligroso: 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: Cualquier alteración de la salud del ASEGURADO que le ocasione reducción de su capacidad funcional y de la cual se origina un diagnóstico que la define, certificado por un médico durante la vigencia de la Póliza.

Invalidez Temporal: Es aquella situación que por causa de un accidente o enfermedad genera la imposibilidad de utilizar una determinada parte del organismo del ASEGURADO, por un tiempo determinado y que le impide ejercer sus actividades laborales habituales. **No se encuentra comprendida la invalidez por razones psíquicas.** **Incendio:** Fuego incontrolado que destruye algo.

Indemnización: Importe de dinero que será pagado por la COMPAÑIA en caso de siniestro, que consistirá en el pago de cuotas, o en un monto único, o ambas a la vez, al Beneficiario, en los términos que se estipulen en el presente documento.

Monto Máximo: Es la cantidad total de cuotas cubiertas por este seguro de las que adeude el ASEGURADO al CONTRATANTE.

Período Activo Mínimo: Para la cobertura de Desempleo Involuntario e Injustificado, es el período de tiempo que un ASEGURADO, que ya haya sido indemnizado por esta cobertura y que nuevamente haya obtenido empleo, debe mantenerse en el nuevo empleo para que pueda recibir nuevamente el beneficio correspondiente a dicha cobertura. Para la cobertura de Invalidez Temporal, es el período de tiempo que debe transcurrir para que el ASEGURADO que ya ha sido indemnizado en razón de esta cobertura, pueda invocarlo nuevamente, si incurre en un nuevo evento, no atribuible ni consecuencia del accidente o enfermedad que originó la indemnización anterior.

Período de Carencia: Período de tiempo contado desde el inicio de la vigencia de la cobertura, durante el cual el ASEGURADO no tiene derecho alguno a indemnización.

Ocupación o Actividad de Riesgo: Todo quehacer o trabajo practicado en forma diaria o de manera habitual, que es ejercido en condiciones de peligrosidad porque conlleva un daño para la salud o para la integridad física de la persona.

Período Máximo de Cobertura: Es la cantidad máxima de meses o días que se cubrirá al ASEGURADO en caso de ocurrencia de un evento amparado por esta Póliza.

Trabajadores dependientes: Personas naturales que se encuentren ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia para un mismo empleador, en virtud de un contrato de trabajo y con la antigüedad mínima establecida en el presente documento, remunerados con sueldo y cumpliendo las normas que correspondan a un contrato de trabajo legalmente celebrado. Puede usarse indistintamente el término como Asegurado Dependiente. Se considerarán como trabajadores dependientes los trabajadores que tengan:

- Contrato de trabajo a tiempo indefinido, verbal o escrito, y se encuentren registrados en la planilla del empleador.
- Contrato de trabajo sujeto a modalidad, a plazo fijo, siempre que estén debidamente inscritos en el Ministerio de Trabajo y perciban un ingreso mensual.

Trabajadores Independientes: Personas naturales que ejerzan una actividad lucrativa de manera autónoma, sin relación de dependencia. Puede usarse indistintamente el término como Asegurado Independiente.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura y Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro:
En las oficinas de la COMPAÑÍA o del CONTRATANTE.

Medios habilitados para Presentar Consultas y/o Reclamos:

El CONTRATANTE, 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:

- a) 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 (*).
- b) 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 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:

- a) Nombre completo del usuario reclamante.
- b) Fecha de reclamo.
- c) Motivo de reclamo.
- d) Detalle del reclamo

Una vez presentado el reclamo, se le asigna un número para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo.

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: lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

(*) 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 según corresponda

- **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 Telefax: 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

Importante

La información contenida en esta Solicitud-Certificado 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 Riesgos Generales.

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 calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.

Las comunicaciones que le curse el ASEGURADO por aspectos relacionados con el contrato de seguros tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la empresa de seguros. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a la COMPAÑÍA.

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.

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 del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

- Cargas**
- *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.*

Medios de Comunicación Pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

Terminación de la Solicitud-Certificado

La Solicitud-Certificado de seguro terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) La ocurrencia de un riesgo amparado por el seguro y se haya pagado la indemnización.
- b) Al terminar la vigencia de la Solicitud-Certificado.
- c) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- d) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.

En todos los supuestos de terminación la COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se obliga a devolver la prima por el periodo no devengado, y la COMPAÑÍA realizará la devolución en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario, contados a partir de la solicitud presentada por el ASEGURADO.

Autorización de Uso de 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 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 (marcar con una X): ☐ Sí ☐ No

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.

Declaración

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 Riesgos Generales, 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

Fecha de emisión: _____



Juan Carlos Puyó de Zavala
Chubb Seguros Perú S.A.

ASEGURADO

Autorización de Uso de 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 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 (marcar con una X): ☐ Sí ☐ No

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.

Declaración

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 Riesgos Generales, 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

Fecha de emisión: _____



Juan Carlos Puyó de Zavala
Chubb Seguros Perú S.A.

ASEGURADO

Autorización de Uso de 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 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 (marcar con una X): ☐ Sí ☐ No

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.

Declaración

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 Riesgos Generales, 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

Fecha de emisión: _____



Juan Carlos Puyó de Zavala
Chubb Seguros Perú S.A.

ASEGURADO