

Microseguro de Vida

Solicitud-Certificado

No: _____
 Código SBS VI2037200131
 Póliza No. _____

Vigencia del Seguro

Inicio de vigencia: / /
 Fin de vigencia: / / o cuando el ASEGURADO supere la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.
 Renovación:

Empresa de Seguros (La COMPAÑÍA)

Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A. RUC: 20390625007
 Dirección: Calle Amador Merino Reina 267 Piso 4 - San Isidro Teléfono: 417-5000
 Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com
 Página Web: www.chubb.com/pe

CONTRATANTE

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

COMERCIALIZADOR

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

CORREDOR de Seguros (cuando corresponda)

Nombres / Razón o denominación social:
 DNI/CE/RUC:
 Dirección: Correo electrónico:
 Comisión:

ASEGURADO

Nombres y Apellidos: Documento de Identidad:
 Fecha de nacimiento: Teléfono:
 Dirección:
 Relación con el Contratante:

ASEGURADO Adicional

Nombres y Apellidos:
 Documento de Identidad:
 Fecha de nacimiento:
 Dirección:
 Teléfono
 Relación con el Asegurado Titular:

Beneficiario(s)

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	% de Participación:	Dirección

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

Coberturas, Planes y Primas Mensuales (marcar una opción)

Cobertura Principal	Descripción	Suma Asegurada y Límites
Fallecimiento	En caso el ASEGURADO fallezca durante la vigencia del microseguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, en los plazos y términos que se señalan en la misma, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones para esta cobertura.	Hasta S/ XXX Máximo XX eventos por año Deducible: XXXXX
Coberturas Adicionales		
XXXXXXXX	XXXXXX	Hasta S/ XXX Máximo XX eventos por año Deducible: XXXX

Exclusiones

Queda excluido de cobertura el fallecimiento del ASEGURADO que ocurra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- Enfermedad o accidente pre-existente a la contratación del seguro, según la definición del numeral primero. No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.
- Suicidio consciente y voluntario, dentro de los 02 (dos) primeros años de vigencia del seguro.
- Guerra Civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- Eventos catastróficos de la naturaleza: terremoto, inundación, aluvión, huaico y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.
- Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país, así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.
- Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva
- Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- Participación del Asegurado, en estado de ebriedad, como conductor en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento. Para la presente exclusión, se requerirá el dosaje étlico en caso el asegurado fuera quien manejaba en el accidente, a fin de aplicar o no la presente exclusión.
- Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales montañosas o artificiales, práctica de "surf" y "puenting".
- Que el Asegurado, al momento del accidente de tránsito, se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos y siempre que guarde relación causal con el accidente, ya se el conductor del vehículo o como peatón. A estos efectos, se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.50 gr/lit de alcohol en la sangre, según dosaje étlico.
- Accidentes provocados dolosamente por el ASEGURADO

Prima y Forma de pago

Prima Comercial: XXXX

Prima Comercial +IGV : XXXX

Forma de Pago:

Periodicidad de pago : Mensual ___ Anual ___ Otro: Especificar:

TCEA : XX%

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor:

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros:

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

Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores: XX

Cargo en Tarjeta/Cuenta del CONTRATANTE (cuando corresponda)

Número de Tarjeta: _____

- El CONTRATANTE autoriza el cargo de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación y en la periodicidad pactada previamente.
- De no encontrar saldo en la tarjeta o si no se pudiera realizar el cobro en la misma, el CONTRATANTE autoriza a que se proceda con el cargo respectivo en cualquier de sus cuentas con éste donde mantenga saldo acreedor.
- En caso de extravío, pérdida, robo, cambio de la tarjeta de donde se realiza el cargo de la prima, el CONTRATANTE está obligado a informar a la COMPAÑÍA. Asimismo, EL CONTRATANTE autoriza a que el cargo de la prima continúe realizándose en el nuevo número de tarjeta emitida con la entidad financiera de la tarjeta original.
- EL CONTRATANTE declara que el cargo es una facilidad de pago que no limita sus responsabilidades del pago oportuno de prima, por lo que si la COMPAÑÍA no usase las facultades antes expuestas no será responsable de la suspensión, resolución y/o extinción del microseguro.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo y en la periodicidad pactada en el acápite anterior. La prima considera los impuestos vigentes al momento de su emisión. Las primas se calcularán según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

Periodo de Carencia (cuando corresponda)

XX

Periodo de Gracia (cuando corresponda)

XX

Pago de la Prima y Suspensión de Cobertura

Se deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en el presente documento.

El incumplimiento de pago de la prima determina la suspensión automática del microseguro, sin necesidad de comunicación previa, desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un periodo de gracia en el presente documento. La COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida.

El microseguro solo podrá ser rehabilitado previo pago de la prima y siempre que no haya operado la resolución del microseguro

Resolución Automática por Falta de Pago de la Prima

En caso el producto no cuente con un periodo de gracia detallado en la Solicitud-Certificado o no se haya realizado la rehabilitación del microseguro en un plazo máximo de XX días, entonces el microseguro quedará resuelto automáticamente a partir de la fecha de incumplimiento del pago de la prima, sin necesidad de comunicación previa por parte de la COMPAÑÍA.

Renovación Automática

Este microseguro se renovará automáticamente por períodos iguales, siempre que se realice el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos del microseguro.

En caso la COMPAÑÍA considere necesario incorporar modificaciones en la renovación del microseguro deberá dirigir una comunicación al CONTRATANTE, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato, detallando las modificaciones en caracteres destacados, la que se puede incluir como parte de la documentación enviada con la renovación.

El CONTRATANTE cuenta con un plazo no menor a treinta (30) días, previos al vencimiento del contrato, para manifestar su rechazo con la propuesta. Ante el silencio del CONTRATANTE, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones de la renovación.

En caso de rechazo del CONTRATANTE a las modificaciones propuestas para la renovación, la COMPAÑÍA podrá optar por no renovar la póliza, al término de la vigencia correspondiente.

Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar Cobertura

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, los beneficiarios deberán cumplir con lo siguiente:

- 1) Dar aviso al COMERCIALIZADOR o a Chubb Seguros Perú, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios desde la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. En su caso, el COMERCIALIZADOR se encargará de tramitar el pago de la indemnización correspondiente ante Chubb Seguros Perú.
- 2) Presentar al COMERCIALIZADOR o a Chubb Seguros Perú los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada):
 - a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerse físicamente;
 - b) Partida (o Acta) de Defunción del ASEGURADO;
 - c) Certificado de Defunción del ASEGURADO;
 - d) Informe médico donde se indique la fecha de diagnóstico de la enfermedad que causó la muerte (causa básica), emitido por los hospitales del Ministerio de Salud, de Defensa y del Interior y el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir este tipo de documento, en caso corresponda.
 - e) Documento de identidad de los beneficiarios o herederos legales (de ser el caso);
 - f) Testamento o Sucesión Intestada (de ser el caso);

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

Pago de Beneficios

Al ocurrir un siniestro, debido a un riesgo cubierto por el presente seguro Chubb Seguros Perú pagará a los beneficiarios la suma asegurada señalada en esta Solicitud-Certificado en un plazo máximo de veinte (20) días calendarios de recibida toda la documentación sustentatoria señalada en la Solicitud-Certificado.

Beneficiarios

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

Derecho de Arrepentimiento

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de medios de sistema a distancia y/o a través de comercializadores; y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, el ASEGURADO podrá resolver su Solicitud-Certificado, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud. Para tal fin, EL ASEGURADO que quiera hacer valer este derecho podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del microseguro.

Medios Habilitados para presentar Consultas o Reclamos

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS 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 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 <http://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.
- Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro
- Detalle del reclamo

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de quince (15) días para resolver el reclamo presentado.

En los casos de reclamos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO por falta de pago de la indemnización, el trámite correspondiente deberá efectuarse a través del comercializador o del corredor de seguros o Chubb Seguros

Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias

- 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, quien podrá acudir a las demás instancias judiciales y/o administrativas que considere conveniente.

Solicitud de Cobertura Fraudulenta

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho previsto en este microseguro:

- Si el ASEGURADO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.
- Si en cualquier tiempo, el ASEGURADO y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con representación o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Cobertura.

Si la pérdida ha sido causada voluntariamente por el ASEGURADO, o con su complicidad o con su consentimiento.

Medios de Comunicación Pactados (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro)

Comunicaciones físicas, electrónicas o telefónicas.

Autorización por Uso de Medios de Comunicación

El CONTRATANTE acepta expresamente que el medio que usará Chubb Seguros Perú S.A. para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro son los establecidos en este documento (correo electrónico, dirección física y teléfono), salvo que la normatividad señale una forma específica de comunicación.

Importante

1. El ASEGURADO tiene derecho de acceder al contenido de la Póliza de seguro de grupo o colectivo o a solicitar copia de ella. La póliza debe ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la fecha de recepción de la solicitud.
2. Toda comunicación, reclamo o solicitud de cobertura dirigida al Comercializador sobre aspectos relacionados a este microseguro contratado, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a Chubb Seguros Perú.
3. Todo pago realizado por el ASEGURADO al Comercializador con respecto al microseguro contratado se considerará abonado a Chubb Seguros Perú en la misma fecha de su realización
4. Chubb Seguros Perú es responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización del presente microseguro en que incurra el Comercializador y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los ASEGURADOS y/o beneficiarios.
5. Las comunicaciones enviadas al Comercializador se entienden como recibidas por Chubb Seguros Perú en la misma fecha de recibidas por aquél.
6. El presente seguro formará parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, creado mediante la Ley 29355.

7. **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.*

Protección 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 Aseguradora 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 encargar el 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 proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

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 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 inicialmente mencionada, mediante el procedimiento que se indica en dicha ley.

Declaración

El ASEGURADO declara y firma el presente documento en señal de haber recibido una copia de esta Solicitud-Certificado, a cuyas estipulaciones queda sometido este microseguro.

Fecha de Emisión: __ de _____ de 20__

Chubb Seguros Perú

CONTRATANTE

ASEGURADO

Fecha de Solicitud-Emisión