

**Microseguro de Vida****Condiciones Particulares**

Código SBS VI2037200131

Póliza No \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguros (La COMPAÑÍA)**

|                      |                                                                            |                    |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Razón Social:        | Chubb Seguros Perú S.A.                                                    | RUC: 20390625007   |
| Dirección:           | Calle Amador Merino Reyna 267 Piso 4 - San Isidro                          | Teléfono: 417-5000 |
| Correo Electrónico : | <a href="mailto:atencion.seguros@chubb.com">atencion.seguros@chubb.com</a> |                    |
| Página Web :         | <a href="http://www.chubb.com/pe">www.chubb.com/pe</a>                     |                    |

**Vigencia del Seguro**

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

**Datos del CONTRATANTE**

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

**Datos del COMERCIALIZADOR**

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

**Datos del 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:               | Teléfono:               |
| Dirección:                         |                         |
| Relación con el Asegurado Titular: |                         |

**Descripción del Interés Asegurado**

Proteger al ASEGURADO contra riesgos cubiertos por el presente microseguro.

**Beneficiarios**

| Nombres y Apellidos | Relación con el Asegurado | DNI | % |
|---------------------|---------------------------|-----|---|
|                     |                           |     |   |
|                     |                           |     |   |
|                     |                           |     |   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

En caso de no designarse Beneficiario(s) de este microseguro, 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.

### Cobertura

| Cobertura Principal    | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Suma Asegurada y Límites                                      |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Fallecimiento          | En caso el ASEGURADO fallezca durante la vigencia del microseguro, LA COMPAÑÍA 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<br>Máximo XX eventos por año<br>Deducible: XXXXX |
| Coberturas Adicionales |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                               |
| XXXXXXXXX              | XXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hasta S/ XXX<br>Máximo XX eventos por año<br>Deducible: XXXX  |

### Prima y Forma de pago

**Prima Comercial (\*):** XXXX

**Prima Comercial +IGV:** XXXX

(\*) 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:

**Forma de Pago:**

**Periodicidad de pago**

TCEA

Cuando la prima sea carado a la Tarjeta del Asegurado:

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 su responsabilidad 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.

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

#### Condiciones para ser Asegurado

Edad Mínima de Ingreso: X  
Edad Máxima de Ingreso: X  
Edad Máxima de Permanencia: X

#### 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 etílico 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 sea 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/lt de alcohol en la sangre, según dosaje etílico.
- Accidentes provocados dolosamente por el ASEGURADO

#### 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 el presente documento, 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.

**Periodo de Carencia (cuando corresponda)**

XX

**Periodo de Gracia (cuando corresponda)**

XX

**Terminación del Seguro**

La cobertura del presente microseguro terminará indefectiblemente para el ASEGURADO en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO Titular.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- c) La falta de pago de la prima, luego de vencido el periodo de gracia, siempre que se haya brindado uno o en su defecto verifica la prima impaga.
- d) A solicitud expresa del ASEGURADO Titular.
- e) Por dolo o fraude cometido por el ASEGURADO o CONTRATANTE.

En caso de terminación del microseguro, La COMPAÑÍA devolverá las primas no devengadas al ASEGURADO cuando corresponda.

**Resolución del Seguro**

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar, sin expresión de causa, la resolución de su microseguro, mediante cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del microseguro. La COMPAÑÍA deberá devolver la prima no devengada correspondiente ante tal situación, según corresponda.

**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.

**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 LA COMPAÑÍA.
3. Todo pago realizado por el ASEGURADO al Comercializador con respecto al microseguro contratado se considerará abonado a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización
4. LA COMPAÑÍA 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. El presente seguro formará parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, creado mediante la Ley 29355.
6. Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.
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.

#### Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas, electrónicas o telefónicas.

#### Autorización por Uso de Medios de Comunicación Pactados

El ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará LA COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro son los establecidos en este documento, salvo que la normatividad señale una forma específica de comunicación

#### Envío Póliza Electrónica (cuando corresponda)

El ASEGURADO manifiesta conocer que LA COMPAÑÍA podrá enviar de forma electrónica la póliza al correo electrónico declarado en el presente documento.

Asimismo, el ASEGURADO declara que conoce sobre (i) las ventajas y posibles riesgos asociados al envío del presente seguro por medios electrónicos; (ii) las medidas de seguridad que le corresponden aplicar y que (iii) a efectos de garantizar la autenticidad e integridad del presente seguro el envío de la póliza/certificado de seguro se hará al correo declarado al presente documento con la firma correspondiente de un funcionario 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.

#### Protección 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](http://www.chubb.com/pe). 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](http://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: XXXX

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 XXXXX y el código XXXX.

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.

Fecha de Emisión: \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Chubb Seguros Perú

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO