

Seguro Multiprotección

Póliza No: _____

Certificado de Seguro N° _____

Código SBS: AE2036100024 adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

La Compañía

Nombre : Chubb Seguros Perú S.A. RUC :
 Dirección : Amador Merino Reyna 267 Of. 402 San Isidro
 Teléfono : 417-5000 / FAX: 221-3313 (Lima y Provincias)
 Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com
 Página Web: www.chubb.com/pe

Contratante

Nombre/ Razón Social: RUC / Tipo y N° de Documento:
 Dirección: Teléfono:
 Correo electrónico:

Asegurado Titular

Apellidos y Nombres: Documento:
 Edad: Sexo:
 Domicilio: Distrito:
 Provincia: Departamento:
 Correo electrónico: Teléfono:
 Relación con el Contratante:

Beneficiarios

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Porcentaje	Relación con el Contratante
---------	------------------	------------------	------------	-----------------------------

Datos De La Póliza

Vigencia. XX
 Fecha de Inicio: Las 12 Horas del XX/XX/XXXX
 Fecha de fin de Vigencia: Las 12 Horas del XX/XX/XXXX o cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia que es de xxx.
 Renovación: Automática

Cobertura del Seguro

Coberturas Principales	PLAN ____
• Muerte Accidental	US\$ xxxxx
• Invalidez Total y Permanente por Accidente	US\$ xxxxx
• Renta Hospitalaria (S/ xx Diarios máximo xx días al año)	US\$ xxxxx
• Sepelio por Accidente	US\$ xxxxx

Exclusiones

Para las coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente y Sepelio por Accidente, quedan excluidos de cobertura de esta Póliza el fallecimiento del Asegurado o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.
- 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 nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d) Pena de muerte o participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo o en actos

violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como 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 o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro.
- i) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en competencias profesionales remuneradas en cualquier forma, deportes de aventura o peligrosos.
- j) El desempeño de alguna profesión u oficio claramente riesgoso o peligroso. Ejemplos: ser minero, bombero o miembro de las Fuerzas Armadas o policiales.
- k) Desempeñarse el Asegurado como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación, asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de un accidente de tránsito, así como el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje etílico. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no está referida únicamente al accidente de tránsito.
- m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
- n) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- o) Las consecuencias de hernias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria quedan excluidos de cobertura de esta Póliza las lesiones que el ASEGURADO sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.
- 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) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa
- d) Participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos públicos.
- e) Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza.
- f) Curas de Reposo
- g) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- h) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- i) Condiciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose como preexistentes las definidas en el artículo de Definiciones. No se consideran preexistentes aquellas condiciones por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de seguro idéntica a la presente póliza en la COMPAÑÍA o en otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en el período inmediatamente anterior a la

contratación de la presente Póliza.

j) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

Pago de la Prima

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO, las cuotas se cargarán mensualmente en la tarjeta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación según las fechas predeterminadas.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la tarjeta designada o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar re-intentos de cargo en las siguientes 5 fechas predeterminadas.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la cuota correspondiente entonces se realizarán nuevos intentos en las siguientes 6 fechas de cargo predeterminadas con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las cuotas correspondientes al Seguro, el contrato de seguro se extinguirá a los 90 días del vencimiento del plazo para el pago de la primera cuota mensual impaga.

Prima y Forma de Pago

Monto de la Prima Comercial

Monto de la Prima Comercial +IGV: US\$ XXX

TCEA: XX% (en caso de prima fraccionada)

Lugar y forma de pago de la prima: mensual con cargo en Tarjeta de Crédito.

Meses pactados: XXX

Comisión del Comercializador: XXXX

Relación de Cláusulas Adicionales incluidas en la Póliza

XXXX

Derecho de Arrepentimiento

El CONTRATANTE o ASEGURADO tiene derecho a arrepentirse del seguro. Ver especificaciones en el resumen informativo de la póliza que se entrega junto con este Certificado.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El CONTRATANTE y la COMPAÑÍA tienen derecho a resolver el contrato sin expresión de causa, con un preaviso de 30 días, ver especificaciones en el resumen informativo de la póliza. El ASEGURADO de una póliza grupal también tiene derecho a desvincularse del contrato de seguro, en cuyo caso su certificado de seguro se resolverá siguiendo el mismo procedimiento señalado.

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales, durante la Vigencia del Contrato

El CONTRATANTE tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. En las Pólizas grupales la COMPAÑÍA entregará al contratante la documentación suficiente para poner dichas modificaciones en conocimiento de los asegurados. Ver especificaciones en el resumen informativo.

Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura

Aviso del siniestro: Si ocurriera un suceso que diera lugar a solicitar la cobertura bajo esta Póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o Beneficiario deberá comunicarlo a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del suceso, o desde que tomó conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o copia legalizada) en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

Para las coberturas de Muerte Accidental y Sepelio por Accidente

- a) Documento de identidad del Asegurado fallecido, en caso lo tenga en su poder;
- b) Partida de Defunción del Asegurado;
- c) Certificado de Defunción del Asegurado;
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos;
- e) Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que designe a los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda. En caso de ser mas de un Beneficiario, y el trámite lo realice uno de ellos deberá presentar el Poder extendido por los demás beneficiarios, ante Notario Público;
- f) Atestado Policial Completo, según corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia, según corresponda; y
- h) Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la Ley vigente.

El presente seguro no obliga a la COMPAÑÍA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑÍA al lugar donde se encuentre el cuerpo del ASEGURADO, en caso sea necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
- b) Certificación de Invalidez Total y Permanente, emitida por la entidad legal correspondiente.

La indemnización se otorgará sobre la base de la Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente, que consta en un Anexo de la Póliza.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria:

- a) Certificados médicos;
- b) Certificados de diagnósticos;
- c) Facturas o comprobantes de pago legalmente emitidas por las instituciones hospitalarias; y
- d) Documentos que certifiquen los servicios de hospitalización suministrados al ASEGURADO (ejemplo: constancias, recetas, recibo de farmacia).

La COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar aclaraciones o precisiones adicionales que sean necesarias para la evaluación del siniestro correspondiente, dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

Lugares Autorizados para solicitar la Cobertura

La COMPAÑÍA/ EL CONTRATANTE (ver los datos en la primera hoja de este Certificado)

Medio y Plazo para el Aviso del Siniestro

El siniestro se avisa a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días. Ver punto anterior sobre Aviso del siniestro y Procedimiento para Solicitar la cobertura, en este Certificado.

Medios Habilitados para presentar Reclamos ante La Compañía

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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 Fax (51-1) 422-7174.
- 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/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, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro
- Detalle del reclamo

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

Otras Instancias Habilitadas para que el Contratante y/o Asegurado o Beneficiario presente Reclamos y/o Denuncias, Según Corresponda

- Defensoría del Asegurado: Telefax 01 421-0614
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Teléfono 630 9005,
- INDECOPI: Teléfono 224 7777.

Importante

- La vigencia de la cobertura que otorga este Certificado de Seguro es anual, con renovación automática por periodos iguales, salvo que el ASEGURADO manifieste su interés de ponerle término con cuarenta y cinco (45) días de anticipación.
- La información contenida en este Certificado de Seguro es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro 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.
En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador las comunicaciones que le curse el ASEGURADO por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a la COMPAÑÍA. En el caso de bancaseguros, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 8181-2012.
- **CARGAS: El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho”.**
- **AGRAVACION DEL RIESGO. “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”.**

Fecha de Emisión