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

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

CHUBB®

Seguro de Accidentes Personales - Soles y Dólares

Certificado de Seguro N°XXXX

Código SBS: AE2036100143
Póliza No: _____

Datos Generales del certificado de Seguro

Inicio de vigencia: las 12 hrs. Del _____
Fin de vigencia: las 12 hrs. Del _____, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero.
Renovación: automática
Vigencia: xxxx
Corredor: Cód. SBS N°: XXXX
Comisión:

Cuando corresponda:
Fecha de Salida: Fecha de Llegada:
Viaje:

Compañía de Seguros (La Compañía)

Denominación Social: Chubb Seguros Perú S.A. RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com Página Web: http://www.chubb.com/pe

Contratante

Nombres y Apellidos/ Denominación o Razón Social:
Tipo y N° Doc. Identidad:

Fecha de Nacimiento:
Dirección: Distrito:
Provincia: Departamento:
Teléfono: Correo Electrónico:

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos: Tipo y N° Doc. Identidad:
Fecha de Nacimiento:
Dirección: Distrito:
Provincia: Departamento:
Teléfono: Correo Electrónico:
Relación con el Contratante:

Asegurado(s) Adicional(es)

Nombres y Apellidos:
Tipo y N° Doc. Identidad:
Fecha de Nacimiento:
Dirección:
Distrito:
Provincia:
Departamento:
Teléfono:
Correo Electrónico:
Relación con el Asegurado Titular:

Requisitos para ser Asegurado

Edad de Mínima de Ingreso:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Edad Máxima de Ingreso:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Edad Máxima de Permanencia:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Beneficiarios

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	DNI	%

Descripción del Interés Asegurado

Proteger al ASEGURADO contra el riesgo de fallecimiento por causa de un accidente.

Coberturas

Cobertura Principal **Suma Asegurada**

- Muerte Accidental US$ S/

Coberturas Adicionales (Dependiendo del Plan contratado)

- XXXX US$ S/

Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura indicada, los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

a) Suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; 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 ilícito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que el mismo constituya delito o causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado 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 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, entendidas estas como cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado o cualquier lesión, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro.
i) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en actividades competitivas o deportivas de manera profesional.
j) El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO. Ejemplos: ser minero, bombero, vigilante, 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. 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.
p) Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

q) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
r) Apoplejía, congestiones, síncopes, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos.

En caso de contratar coberturas adicionales, sus respectivas exclusiones se encuentran en cada cláusula adicional.

Prima

Prima Comercial: XXXX / US$ XXXX
Prima Comercial + IGV: XXXX / US$ XXX

Periodicidad de pago: XXXXX
TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

La prima comercial incluye:
Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

Forma y Lugar de Pago de la Prima:
(Según corresponda)
Cuando se establezca pago en EFECTIVO se realizará en:
Lugar: XXX
Dirección: XX
Teléfono. XX

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

- El ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo mensual de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.

- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de X re-intentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de X nuevos intentos en la siguiente fecha de cargo, incluyendo en esta última oportunidad la prima del mes pendiente más la prima del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, el Certificado de Seguro quedará extinguido transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO TITULAR del pago oportuno de la prima.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del Certificado de Seguro, siempre que el Certificado de Seguro no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver el certificado de seguro, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.
En caso el ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó su solicitud.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita, quedando el Certificado resuelto de manera inmediata. Si la COMPAÑÍA ejerce dicho derecho, deberá comunicarlo previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales 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.

Renovación Automática

El seguro se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza y mientras el ASEGURADO no haya cumplido la edad límite de permanencia. No se emitirán documentos de renovación ya que la Póliza originalmente entregada al CONTRATANTE constituye evidencia de la validez de la cobertura.

Cuando la Aseguradora considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento de la póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la póliza para manifestar su rechazo en la propuesta de la Aseguradora. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Aseguradora. En este último caso, la Aseguradora debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

Terminación del Seguro

El Certificado de Seguro terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

a) La muerte del ASEGURADO Titular. La muerte de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia. En dicho caso, la COMPAÑÍA procederá a reembolsar al CONTRATANTE/ASEGURADO, según corresponda, la prima en función al periodo no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la fecha de terminación. El cumplimiento de la edad límite de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
c) Al vencimiento del plazo del presente Certificado, en caso este no haya sido renovada.
d) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

Beneficiarios

Para la Cobertura Principal:

Nombres % de Capital Relación con el Asegurado

Para las Coberturas Adicionales:

Nombres % de Capital Relación con el Asegurado

Lista Países OFAC

XXX

Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar la cobertura

En caso de siniestro, el BENEFICIARIO deberá cumplir con lo siguiente:

1) Aviso del siniestro: Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

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

a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerlo físicamente;

b. Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC;

c. Certificado Médico de Defunción completo emitido por el MINSA;

d. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;

e. Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo emitido por la Policía Nacional del Perú, según corresponda;

f. Protocolo de Necropsia clínica o médico legal completo, cuando corresponda; y

g.Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico , cuando corresponda.

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

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que 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 Aseguradora 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.En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:
Oficinas de la COMPAÑIA / el COMERCIALIZADOR

Medios habilitados para presentar consultas y/o reclamos:
El CONTRATANTE y/o 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 http://www.chubb.com/pe opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente a los teléfonos 399-1212 o (51-1) 417-5000 (*)

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.

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.

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.

Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO TITULAR autoriza de forma expresa a Chubb Seguros Perú S.A., el uso de los datos personales proporcionados en la contratación del presente Certificado de Seguro, para fines comerciales, tales como el envío de publicidad, promociones y ventas de diferentes productos o servicios, así como para la transferencia (entre entidades que forman parte de Chubb Group) y tratamiento de dichos datos personales.

Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el ASEGURADO TITULAR señalan como sus domicilios el que aparece registrado en el presente Certificado de Seguro, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para este Certificado de Seguro.

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas de forma física o por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la solicitud de seguro (electrónicas o telefónicas), con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

Deducible

XXXX

Periodo de Carencia

XXXX

Importante

- La información contenida en este Certificado de Seguro se complementa con la información 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 CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario 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 la misma fecha de su realización.
- LA COMPAÑÍA es responsable frente al contratante y/o 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 y obligaciones 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.
- Deducibles, Franquicias o Copago: xxxx
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima antes indicada.
- El presente Certificado forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

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.***

Fecha de emisión: XXXX

Firma Funcionario de Chubb Seguros Perú: _____

Firma ASEGURADO TITULAR: _____