

Seguro de Vida el Milagro

Solicitud-Certificado N° _____

Póliza N° _____

Código SBS: VI2037200004 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

La Compañía de Seguros (La Compañía)	
Razón Social: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	RUC: 20390625007
Domicilio: Calle Amador Merino Reyna N° 267, of. 402, San Isidro, Lima	Teléfono: 417-5000
Página web: www.chubb.com/pe	Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com

Datos de la Solicitud-Certificado	
Fecha de emisión:	Moneda:
Fecha de inicio de Vigencia:	Fecha de fin de Vigencia:
Vigencia	
Renovación:	

Datos del Contratante	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y Número de documento de Identidad:	
Fecha de nacimiento: dd/mm/aaa	
Domicilio (Calle / N° / Distrito / Provincia / Departamento):	
Teléfono:	Correo electrónico:

Datos del Comercializador	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y Número de documento de Identidad:	
Fecha de nacimiento: dd/mm/aaa	
Domicilio (Calle / N° / Distrito / Provincia / Departamento):	
Teléfono:	Correo electrónico:

Datos del Corredor de Seguros (cuando corresponda)	
Corredor de Seguros:	
Registro SBS:	
Dirección:	

Datos del Asegurado	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y Número de documento de Identidad:	
Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa	Relación con el Contratante:
Domicilio (Calle / N° / Distrito / Provincia / Departamento):	
Correo electrónico:	

Datos del Beneficiario											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombres y Apellidos</th> <th>Relación con el Asegurado</th> <th>% de Participación:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	% de Participación:						
Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	% de Participación:									
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.											

Descripción del Interés Asegurado

XXXX

Coberturas Principales	Suma Asegurada
Muerte Natural	XXXX
Muerte Accidental	XXXX

Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX

Periodo de Carencia

XXXX

Condiciones para ser Asegurado

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

Detalle de las Coberturas

a. Muerte Natural: En caso de muerte natural del ASEGURADO durante la vigencia del seguro, la COMPAÑIA pagará la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, en los plazos y términos que se señalan en la misma, siempre que la causa de dicho fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro y que el ASEGURADO no hubiere superado la edad máxima de permanencia.

El seguro brinda cobertura en territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

b. Muerte Accidental: En caso de muerte accidental del ASEGURADO durante la vigencia del seguro, la COMPAÑIA pagará la suma asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, en los plazos y términos que se señalan en las mismas, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro, y que el ASEGURADO no hubiere superado la edad máxima de permanencia.

La COMPAÑIA cubrirá el fallecimiento que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

El seguro brinda cobertura en territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día, salvo indicación diferente en la Solicitud-Certificado.

Exclusiones

La indemnización de la póliza no se concede si la muerte natural o accidental del Asegurado se debe a las siguientes causas o circunstancias:

- Enfermedades preexistentes al inicio del seguro, entendidas como tales aquellas diagnosticadas por un médico colegiado, conocidas por el ASEGURADO y no resuelta al momento de la contratación del seguro.
- Suicidio, salvo que la póliza haya estado en vigencia ininterrumpida durante dos años.
- 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.
- Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero de transporte aéreo comercial.
- Participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- Participación o intervención, activa, en actos delictuosos.
- Uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas. En particular, tampoco se otorga cobertura cuando se realizan los ataques o intromisiones nombrados haciendo uso de la tecnología de la información.
- Ataques o intromisiones en instalaciones y plantas de almacenamiento que conduzcan a la liberación de radioactividad o de sustancias bélicas atómicas, bacteriológicas o químicas. En particular, tampoco se otorga cobertura cuando se realizan los ataques o intromisiones nombrados haciendo uso de la tecnología de la

- información.**
- i) Eventos accidentales ocurridos a consecuencia de la liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).
 - j) Epidemias.

Prima Comercial

- Prima Comercial : XXX
- Prima Comercial + IGV : XX

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 de Pago

- Frecuencia de pago: (mensual / anual / otro)
- Forma de pago:
- Lugar de Pago:

Cuando la prima sea cargada 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.
- 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, la Solicitud- Certificado 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.

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

Procedimiento para dar Aviso del Siniestro y solicitar la Cobertura

A fin de solicitar la cobertura señalada en la presente Solicitud-Certificado, el Beneficiario deberá cumplir con lo siguiente:

- 1) Dar aviso a LA COMPAÑÍA o COMERCIALIZADOR por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la presente Solicitud-Certificado, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario siguientes a la fecha que tomó conocimiento del suceso o del beneficio o, después de dicho plazo, 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 artículo 19.11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.
- 2) Presentar en las oficinas de LA COMPAÑÍA o COMERCIALIZADOR, los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada) en cualquier momento, sin plazo límite específico,

pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

En caso de Muerte Natural:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de contar con el mismo;
- b) Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC;
- c) Certificado de Defunción del ASEGURADO, emitido por el médico o personas autorizadas por la autoridad sanitaria;
- d) Copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento inscrito (cuando no se haya determinado Beneficiarios expresamente en la Póliza) emitida por SUNARP, según corresponda;
- e) Documentos de identidad de los beneficiarios.

En caso Muerte Accidental, adicionalmente se deberá presentar:

- a) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, según corresponda, emitido por la Policía Nacional del Perú;
- b) Protocolo de Necropsia completo (cuando corresponda), emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación;
- c) Resultado de Dosaje Etílico (de haberse practicado), emitido por el Centro de Reconocimiento Médico; y
- d) Resultado de Análisis Toxicológico (de haberse practicado), emitido por el Centro de Reconocimiento Médico.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse judicialmente 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 o al BENEFICIARIO, según corresponda, para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso el ASEGURADO o al BENEFICIARIO, según corresponda, 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.

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.

Derecho de Arrepentimiento

Si la Solicitud Certificado ha sido ofertado por comercializadores de la COMPAÑÍA, o a través de Sistemas de Comercialización a distancia, o mediante bancaseguros, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación del contrato o del certificado de Seguro, según corresponda, sin necesidad de expresión de causa ni penalidad alguna.

El derecho de arrepentimiento se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, siempre que las mismas no sean condición para contratar operaciones crediticias. En los casos precedentes, corresponde a la COMPAÑÍA la devolución total de la prima recibida.

Para estos fines, el ASEGURADO que quiera ejercer su derecho de arrepentimiento podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación de la Solicitud-Certificado.

Cuando el ASEGURADO ejerzan su derecho de arrepentimiento, la devolución de la prima se realizará en la forma indicada por éstos, y en un plazo máximo de treinta (30) días computados desde la 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 la Solicitud-Certificado resuelta de manera inmediata. El artículo 17° 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)

El CONTRATANTE tiene derecho a ser informado sobre las modificaciones a las condiciones contractuales que le proponga la COMPAÑÍA, 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.
 En los seguros grupales, la COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Terminación del Seguro

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

- La ocurrencia de un siniestro al ASEGURADO que dé lugar a la indemnización de cualquiera de las coberturas, principales o adicionales, previstas en esta Póliza.
- El fallecimiento del ASEGURADO.
- Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia, salvo que la póliza se haya renovado durante cinco años en forma continua e ininterrumpida. En caso de prima devengada, 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.
- Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, en caso ésta no haya sido renovada.
- Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

Información Adicional

Lugares Autorizados para Solicitar la Cobertura:

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR / el CORREDOR DE SEGUROS.

Medios habilitados para Presentar Consultas y/o Reclamos:

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, 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:

- En forma verbal o por escrito (carta simple) en nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 - San Isidro. Telf. XXX-XXXX (*).
- Escribiéndonos 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”.
- 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.

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: 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 y/o Consultas

- **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

Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas, electrónicas y telefónicas

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. 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: 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: 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.

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 o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes.

Muerte Natural: Es el deceso del Asegurado por cualquier causa, con excepción de lo indicado en Muerte Accidental.

Muerte Accidental: Se entiende por muerte accidental aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del Asegurado, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Importante

1. 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 Vida.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro colectivo a la Empresa de Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
3. En el caso que este seguro se comercialice a través de un comercializador, Chubb Seguros Perú S.A. se hace responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador con motivo de la comercialización de la Póliza de Seguros, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 4143-2019. Asimismo, las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a Chubb Seguros Perú S.A.
4. De igual manera, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a Chubb Seguros Perú S.A. en la misma fecha de su realización. En el caso de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto 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.*

Fecha de Emisión: _____

Chubb Seguros Perú S.A.

ASEGURADO