

Desgravamen Crédito de Consumo (Seguro de Desgravamen) – Soles

Certificado de Seguro No.

Póliza No. _____

Código SBS: VI2037410010 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros

Nombre: Chubb Seguros Perú S.A
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima
Correo Electrónico: atención.seguros@chubb.comRUC: 20390625007
Teléfono: 417-5000; Fax 221 2943
Página web: www.chubb.com/pe

Contratante

Razón Social o Denominación Social
Dirección:
Provincia:
Teléfono:
Representante Legal:RUC:
Distrito:
Departamento:
Correo Electrónico:
Objeto Social:

Por tipo de crédito

Individual Mancomunado:

Asegurados

Individual:

Nombre Completo DNI:
Relación con el Contratante: Prestatario

Mancomunado:

Nombre completo DNI:
XXX XXX
XXX XXX
Relación con el Contratante: Prestatario

Datos del Asegurado Titular (Solicitante) Quien mantiene una relación económica con el contratante

Nombres y Apellidos:
Fecha de nacimiento: Sexo:
Estado Civil:
Dirección:
Teléfono:
Relación con el Contratante: PrestatarioDocumento de Identidad:
Nacionalidad:
Ocupación/Profesión:
Correo Electrónico:

Beneficiario

En caso de siniestro, la COMPAÑÍA indemnizará el Saldo Deudor del Crédito al CONTRATANTE, como único Beneficiario. Si el ASEGURADO solicitó el Seguro bajo la modalidad de Monto Inicial, la diferencia entre el Monto Inicial y el Saldo Deudor le corresponderá a los Beneficiarios Adicionales designados por el ASEGURADO y a falta de designación a los herederos legales.

Beneficiarios Adicionales (En caso de haber elegido monto inicial como suma asegurada)

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Porcentaje

Edad Máxima de Ingreso y de Permanencia

- Edad mínima de ingreso: xx años y 364 días
- Edad máxima de ingreso: xx años y 364 días
- Edad máxima de permanencia: xx años y 364 días

Vigencia del Seguro

La cobertura del seguro se inicia desde el momento en que el crédito haya sido desembolsado al ASEGURADO, extendiéndose hasta la cancelación del crédito, siendo requisito indispensable para seguir en vigor que el ASEGURADO se encuentre en todo momento al día en el pago de las cuotas del crédito.

Descripción de Interés Asegurable

Cubrir la muerte del ASEGURADO quien presenta un crédito con el CONTRATANTE. Podría contener otras coberturas adicionales que amplían el interés asegurado, en caso de ser contratadas.

Coberturas

Muerte Natural O Accidental: En caso de muerte natural o muerte accidental del ASEGURADO durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro de la Póliza, por cada ASEGURADO, en función a la modalidad de suma asegurada que haya elegido contratar (Monto Inicial o Saldo Deudor), y siempre que se cumpla lo siguiente: (i) que la póliza y el certificado (de ser aplicable) se encuentre(n) vigente(s); (ii) que EL CONTRATANTE hubiera venido declarando los datos del ASEGURADO y que hubiera venido efectuando el pago de la prima a LA COMPAÑÍA, (iii) que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza, y (iv) que EL ASEGURADO no hubiere superado la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (01) año luego de producido un accidente cubierto bajo esta póliza. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.

Coberturas Adicionales (según se hayan contratado):

XXX
XXX

Periodo de Carencia

XXXX

Suma Asegurada

Saldo Deudor o Monto Inicial, hasta un máximo de S/ xxx por Asegurado.

Deducibles

No aplican

Prima Comercial y Forma de Pago

Prima Comercial:

VI2037410010

Prima Comercial +IGV: XXX

La prima correspondiente será cobrada junto con la cuota del crédito.

La prima comercial incluye:

Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores: x% (si fuera el caso)
Cargos por la contratación de comercializadores: x%(si fuera el caso)

Exclusiones

Para las Cobertura de Muerte Natural y Muerte Accidental

- a) Enfermedades preexistentes al inicio del seguro, entendiéndose como tales cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.
- b) Suicidio consciente y voluntario dentro de los dos (02) primeros años de vigencia del seguro.
- c) Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial.
- d) Servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- e) Liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).
- f) Ataques terroristas con armas no convencionales: nucleares, biológicas, químicas y radiactivas (NBQR).
- g) 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 o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del asegurado) como legítima defensa; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- h) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- i) Participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- j) Participación en deportes notoriamente peligrosos tales. Ejemplos: inmersión y caza submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo, parapente, saltos al vacío desde puntos elevados, esquí acuático y sobre nieve, boxeo, rugby, fútbol americano, carreras de caballo, corrida de toros y cacería de fieras, salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro y durante la vigencia del seguro y sean expresamente aceptados por LA COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares de la Póliza o Certificado de Seguro, previo pago de la extra prima que corresponda.
- k) Los accidentes que se produzcan bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes, salvo cuando EL ASEGURADO hubiera sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo el fallecimiento. . 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.
- l) Epidemias.

En caso sean contratadas las Cláusulas Adicionales, las exclusiones a las mismas se encontrarán en su propio documento.

Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones Físicas o Electrónicas o Telefónicas, salvo que la norma disponga un medio de comunicación específico.

Derecho de resolver el Contrato sin Expresión de Causa

De acuerdo al Artículo 18° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida, el ASEGURADO puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada con no menos treinta (30) días calendario de anticipación.

Derecho de arrepentimiento

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 en el caso que 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 los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Dicha devolución la efectuará la COMPAÑÍA a los treinta (30) días de haber realizado la solicitud.

Derecho del Contratante de Aceptar o No Modificaciones a las 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 a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado, por escrito. 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.

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar Cobertura

- 1) Aviso del siniestro:** EL CONTRATANTE y/o los beneficiarios deberá(n) dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario desde el conocimiento del mismo, o de conocido el 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.
- 2) Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá(n) presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada). El CONTRATANTE y/o los beneficiarios podrá(n) presentar los documentos 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 lo tenga en su poder.
- b) Acta o Partida de Defunción;

- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.
- e) Documento médico en el que conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad que desencadenó el fallecimiento.

En caso Muerte Accidental, adicionalmente se deberá presentar:

- a) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, según corresponda;
- b) Protocolo de Necropsia completo, según corresponda;
- c) Resultado de Dosaje Etilico y/o Resultado de Análisis Toxicológico; según corresponda.

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

Coberturas Adicionales

En caso sean contratadas las Cláusulas Adicionales, el procedimiento para solicitar la cobertura de las mismas se encontrará en su propio documento

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización al ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde que el siniestro sea aprobado o quede consentido; lo que sucederá cuando la COMPAÑÍA reciba la documentación completa exigida en la póliza o no se haya pronunciado sobre la solicitud de cobertura presentada por el ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS dentro de los treinta (30) días contados desde la fecha de haberse completado toda la documentación exigida en la póliza para la evaluación y pago del siniestro.

Lugares autorizados por la COMPAÑÍA para solicitar la cobertura del seguro

En las oficinas de la COMPAÑÍA o el CONTRATANTE, cuya dirección se encuentra detallada en la parte introductoria del presente certificado.

Medios Habilitados para presentar Consulta 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 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
- 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 Asegurado presente Reclamos y/o Denuncias

- Defensoría del Asegurado Telefax: 01 421-0614
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Teléfono (01) 200-1930 en Lima o 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional),,

- INDECOPI: Teléfono 224 7777,

Solución de Controversias

Todas las desavenencias o controversias que pudieran derivarse de la ejecución o interpretación de esta Póliza y de los demás documentos o Endosos que formen parte del Contrato de Seguro, inclusive las que pudieran estar referidas a su nulidad o invalidez, serán resueltas ante el Poder Judicial. También podrá acudir a las instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias, precedentemente señaladas.

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.

No se consideran como Accidentes los llamados “**accidentes médicos**” tales como **infarto de miocardio, edema agudo, trombosis, ataque epiléptico, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, accidente cerebro vascular; así como los casos de negligencia o impericia médica. Tampoco será considerado como Accidente aquellos sucesos originados como repercusión o como consecuencia de eventos, episodios o crisis de estos llamados “accidentes médicos”.**

Enfermedades preexistentes al inicio del seguro, entendiéndose como tales cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.

Importante

1. 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 Vida.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro colectivo a la Empresa de Seguros o al CONTRATANTE, 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. Las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa de seguros.
4. Los pagos efectuados por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a la empresa de seguros.

Cargas

El presente producto presente obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendrían 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 del representante de la COMPAÑÍA