

Seguro Familia Protegida

Solicitud-Certificado

Póliza N°: _____

CÓDIGO SBS: RG2035900123 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Datos de la COMPAÑÍA

Aseguradora: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro	Teléfono: 417-5000
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

Datos de la Póliza

Vigencia del Seguro:
Renovación:
Inicio de Vigencia Las 12 Horas del:
Fin de Vigencia Anual Las 12 Horas del: ___ / ___ / ___ o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 8° del Condicionado General, lo que ocurra primero.

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:	

Requisitos de Asegurabilidad

XXX

Beneficiarios

Para las coberturas A, B, C y D señaladas en el artículo 2° de estas Condiciones Generales, el beneficiario de la póliza será el CONTRATANTE de la póliza hasta por el monto de la deuda que mantiene. En caso de excedente o de no tener deuda, el beneficiario será el ASEGURADO o los Beneficiarios, en caso de la cobertura D.

Para la cobertura E el beneficiario es el ASEGURADO.

Descripción del interés Asegurado

Cubrir al ASEGURADO contra los riesgos descritos en el presente documento.

Riesgos cubiertos

Cobertura Principal (*)	Suma Asegurada Máxima
Desempleo Involuntario e Injustificado	XXXX
<u>Invalidez Temporal</u>	XXXX
<u>Incendio y/o Rayo</u>	
<u>Muerte accidental</u>	XXXX
<u>Invalidez Total y Permanente por Accidente</u>	

(*) El presente producto no contempla la cobertura de Incendio y/o Rayo que figura en el Condicionado General.

ANTIGÜEDAD LABORAL MÍNIMA: Para esta póliza se establece una antigüedad laboral mínima de seis (6) meses ininterrumpidos bajo contrato con el mismo empleador.

PERIODO ACTIVO MÍNIMO: Queda establecido que el Periodo Activo Mínimo para esta Póliza es de seis (06) meses.

PERIODO DE CARENIA: Queda establecido que el Periodo de Carencia para esta Póliza es de treinta (30) días calendario para las coberturas de Desempleo Involuntario e Injustificado y Invalidez Temporal.

PERIODO DEDUCIBLE: Queda establecido que el periodo deducible para esta Póliza es de treinta (30) días calendario para cada evento para las coberturas de Desempleo Involuntario e Injustificado y Invalidez Temporal.

Descripción de Coberturas

La COMPAÑIA pagará al Beneficiario de la Póliza una indemnización en caso el ASEGURADO se vea afectado por alguna de las siguientes situaciones durante la vigencia de la Póliza:

- A. **Desempleo Involuntario e Injustificado:** En el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario e injustificado, la COMPAÑIA otorgará al BENEFICIARIO una indemnización que consistirá en el pago de cuotas de deuda que tenga el ASEGURADO con el CONTRATANTE, en los términos que se estipulen en el presente documento. **Para gozar de esta cobertura el ASEGURADO debe ser un trabajador dependiente.**
- B. **Invalidez Temporal:** En el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Invalidez Temporal por enfermedad o accidente, la COMPAÑIA otorgará al BENEFICIARIO una indemnización que consistirá en el pago de cuotas de deuda que tenga el ASEGURADO con el CONTRATANTE, en los términos que se estipulen en el presente documento. **Para gozar de esta cobertura el ASEGURADO debe ser un trabajador independiente.**

Estarán cubiertos los casos de Desempleo Involuntario e Injustificado o la Invalidez Temporal por accidente o enfermedad que duren treinta (30) días calendario consecutivos o más. De esta forma, para cada evento, la indemnización se otorgará siempre y cuando el ASEGURADO se mantenga desempleado o en estado de invalidez temporal una vez transcurrido el período mínimo de 30 días calendario y conforme a la siguiente tabla ilustrativa:

Período de Desempleo o Invalidez	Indemnización Mensual
De 1 a 29 días consecutivos	No aplica ninguna indemnización
De 30 a 59 días consecutivos	1ra indemnización mensual
De 60 a 89 días consecutivos	2da indemnización mensual
De 90 a 119 días consecutivos	3ra indemnización mensual

- C. Incendio y/o Rayo: En el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una pérdida económica equivalente al 50% o más del valor de los activos relacionados a su negocio o actividad económica, siempre y cuando dichas pérdidas sucedan en forma accidental, súbita e imprevista como consecuencia directa de Incendio y/o Rayo, la COMPAÑIA otorgará al Beneficiario y/o ASEGURADO una indemnización que consistirá en el pago de cuotas de deuda que tenga el ASEGURADO con el CONTRATANTE, o en un monto único, o ambas a la vez, en los términos que se estipulen en las Condiciones Particulares de la Póliza. Para gozar de esta cobertura el ASEGURADO debe ser un trabajador independiente.

- D. Muerte Accidental: En el evento que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente, la COMPAÑIA otorgará al BENEFICIARIO una indemnización que consistirá en el pago de cuotas de deuda que tenga el ASEGURADO con el CONTRATANTE, en los términos que se estipulen en el presente documento. El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑIA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente. El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO que pueda resultar de accidentes que hayan sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas. Podrán gozar de esta cobertura tanto los trabajadores dependientes como independientes.

- E. Invalidez Total y Permanente por Accidente: La COMPAÑIA pagará al Beneficiario la suma asegurada establecida en el presente documento, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia de la cobertura, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en la Póliza. Esto se cumplirá siempre y cuando la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en la póliza, el seguro esté vigente y la causa de la Invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Póliza. La COMPAÑIA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

La COMPAÑIA solo indemnizará por una cobertura a la vez, es decir, las coberturas no son acumulativas, excepto por la cobertura de Muerte Accidental.

En el caso que una persona sea dependiente e independiente a la vez, solo podrá estar ASEGURADO bajo un solo régimen, de acuerdo a lo declarado en la Solicitud de Seguro.

En el caso que un ASEGURADO que haya declarado ser independiente, se vea afectado a la vez por una situación de Invalidez Temporal y de pérdida económica equivalente al 50% o más del valor de los activos relacionados a su negocio o actividad económica, se indemnizará el evento provocado por la causa adecuada.

Prima Comercial

- Prima Comercial : S/, US\$ o €
- Prima Comercial + IGV : S/, US\$ o €

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)

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

Deducibles:

Franquicias:

Copagos:

Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores (si fuera el caso):
xxx

Forma de Pago

- Frecuencia de pago:
- Forma de pago:
- Lugar de Pago:

Cuando la prima sea cargada a la Tarjeta del Asegurado:

Número de Tarjeta: _____

- El CONTRATANTE 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 CONTRATANTE o este 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 extinguida 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 CONTRATANTE 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.

Exclusiones**1 Desempleo Involuntario e Injustificado**

- a) Jubilación o retiro.
- b) 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.

- c) Renuncia voluntaria.
- d) Cese temporal.
- e) Despido por falta grave.
- f) Despido por reducción de personal mayor al 30% del total de trabajadores de la empresa.
- g) Liquidación o cierre de la empresa.
- h) Vencimiento del contrato pactado a término fijo o por finalización de la obra o labor contratada.
- i) Cualquier situación de desempleo voluntario, excepto el mutuo disenso.
- j) Desempleo por causa justa, como:
 - j.1) Violación de las prácticas profesionales establecidas.
 - j.2) Conducta impropia e intencional.
 - j.3) Negligencia
 - j.4) Fraude.
- k) Cierre Patronal o "Lock-outs" (paralización total o parcial de las actividades de uno o varios establecimientos o actividades económicas por decisión del empleador).

2 Invalidez Temporal

- a) 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.
- b) Paracaidismo, vuelo en parapente o ala delta, alpinismo, andinismo o montañismo, buceo, carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- c) Accidentes que se produzcan mientras el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia del alcohol o drogas.
- d) Gestación o embarazo.
- e) Epidemias.
- f) Enfermedades Preexistentes al inicio del seguro. Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.

Además de las exclusiones indicadas anteriormente, la COMPAÑIA no estará obligada al pago del seguro:

- a) En cantidad mayor al monto de la indemnización establecido en las Condiciones Particulares.
- b) Por gastos adicionales ocurridos después de la Fecha del Evento.
- c) En el caso que termine la condición de Desempleo Involuntario e Injustificado o Invalidez Temporal del ASEGURADO.
- d) En el caso de que el Evento ocurra dentro del Período de Carencia.

3 Muerte Accidental

- a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- 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, reacción o 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 relacionados con la seguridad de las persona en caso hayan sido la causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o haya indicios razonables 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, ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) La práctica de deportes peligrosos. Ejemplos: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros, cacería de fieras, motociclismo y deportes de invierno.
- i) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo. Ejemplos: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
- j) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, y asimismo como empleado de una aerolínea que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- k) Bajo la influencia de cualquier grado de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo, insolación o congelación. Únicamente, para casos de accidentes de tránsito, el límite máximo aceptable será de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente. Se utiliza 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.
- l) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- m) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- n) Las hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.

4 Invalidez Total y Permanente por Accidente

- a) Menoscabos físicos pre-existentes y/o congénitos al inicio de la cobertura.
- b) Lesiones autoinfligidas.
- c) 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, o las que ocurran como consecuencia directa o indirecta de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o guerra.
- d) Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- e) Duelo concertado, intento de suicidio, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- f) Participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos que hayan sido la causa del siniestro.
- g) Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- h) Participación activa del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- i) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de vehículos motorizados (automóviles, motocicletas, lanchas o avionetas).
- j) Participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

- k) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- l) La práctica de deportes peligrosos tales como: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski acuático o de nieve, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros y cacería de fieras.
- m) Desempeñarse como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, y asimismo como empleado de una aerolínea que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- n) Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.
- o) Estado etílico del ASEGURADO, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente, salvo cuando el ASEGURADO hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su invalidez.
- p) En estado de sonambulismo, insolación o congelación.
- q) Los denominados “accidentes médicos”, tales como: apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos.
- r) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- s) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.

Cobertura de Incendio y/o Rayo

El ASEGURADO garantiza que todas las existencias en general, incluyendo, pero no limitado a, materia prima, insumos, repuestos, productos en proceso, subproductos, productos terminados, envases, material de empaque y mercancías, estarán en estanterías o muebles, o sobre parihuelas de madera o de metal, a una altura no menor de diez (10) centímetros sobre el suelo.

Asimismo, el ASEGURADO garantiza que el Inmueble donde se ubica su negocio materia del seguro cumple con las siguientes condiciones mínimas de seguridad:

- a) Techos sólidos de hormigón armado, estructuras metálicas, zinc, y/u otros elementos incombustibles.
- b) Paredes de mampostería de ladrillos y/u otros elementos incombustibles. Instalaciones eléctricas en buenas condiciones: que los cables aéreos se encuentren entubados bajo cañerías metálicas y que todas las conexiones eléctricas cuenten con las tapas de cierre herméticas en los empalmes, cumpliendo con condiciones mínimas de seguridad.
- c) Contar con extintores reglamentarios, operativos, con sus cargas actualizadas y distribuidos estratégicamente en el local y depósitos. Los mismos deberán contar con la correspondiente señalización y no encontrarse obstruidos. El ASEGURADO deberá asegurarse de remover cualquier obstáculo que pueda bloquear las áreas alrededor de los extintores.
- d) Implementar la regla de no fumar dentro de los depósitos.

En todos los casos se requiere que haya una relación de causalidad adecuada entre el hecho y el daño producido.

Derecho de Arrepentimiento

Si la Solicitud-Certificado ha sido ofertado a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, 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 de la Solicitud-Certificado en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias y siempre que las coberturas no hayan sido usadas, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el CONTRATANTE o ASEGURADO, que quiera hacer valer su derecho de resolver la Solicitud-Certificado, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE o ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total, o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada, en un plazo máximo de treinta (30) días a partir del ejercicio de su derecho de arrepentimiento.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO 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 8° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida establece este derecho.

Aceptación de Cambios de Condiciones Contractuales (durante 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.

Terminación del Seguro

El contrato de seguro terminará:

a) Al vencimiento del plazo de la Póliza, en caso ésta no haya sido renovada.

La Solicitud-Certificado de seguro terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

a) La ocurrencia de un riesgo amparado por el seguro y se haya pagado la indemnización.

b) Al terminar la vigencia de la Solicitud-Certificado.

c) Al fallecimiento del ASEGURADO.

d) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.

En todos los supuestos de terminación la COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se obliga a devolver la prima por el periodo no devengado, y 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.

Aviso del Siniestro y procedimiento para Solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO o Beneficiario, según corresponda, deberá dar aviso a la COMPAÑÍA, en el plazo de tres (3) días desde que se tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro, en el caso de seguros de daños patrimoniales y en el plazo de siete (7) días desde que se tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, en el caso de los seguros personales. Si el ASEGURADO da aviso del siniestro de manera extemporánea por culpa leve y de ello resulte un perjuicio para la COMPAÑÍA ésta tendrá derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

Para tal efecto deberá utilizar el formulario de presentación de siniestros proporcionado por la COMPAÑÍA, o cualquier medio electrónico de conexión directa u otros análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación.

Se entenderá como fecha de ocurrencia del siniestro las siguientes:

Desempleo Voluntario e Injustificado: La fecha de término de la relación laboral indicada en la liquidación de los beneficios sociales, o en la constancia policial, o acta inspectiva del Ministerio de Trabajo en los casos de despidos de facto; y en caso de los empleados públicos y docentes del sector público, será la fecha que se establezca en el decreto o resolución en la que consta su retiro, cese o baja de la institución a la cual pertenecía.

Invalidez Temporal: La fecha de ocurrencia del evento o siniestro es la indicada en el certificado médico en el que se detalla la dolencia. En el certificado médico debe señalarse también el tiempo de enfermedad, período de invalidez y justificación médica de la invalidez.

Muerte Accidental: La fecha de la muerte del ASEGURADO.

Invalidez total y Permanente por Accidente: La fecha de ocurrencia del evento o siniestro es la indicada en el certificado médico en el que se detalla la dolencia. En el certificado médico debe señalarse que la invalidez es total y permanente y la justificación médica de la invalidez. Para tener derecho a la indemnización, el ASEGURADO deberá acreditar la situación invocada con los documentos señalados más adelante.

El ASEGURADO o Beneficiario, según corresponda, deberá presentar la documentación indicada a continuación en las oficinas de la COMPAÑÍA. Los documentos requeridos en caso de siniestros son los siguientes, los mismos que deberán ser presentados en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Desempleo Involuntario e Injustificado

Trabajadores del Sector Privado:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO
- b) Carta de despido de la empresa. Podrá aceptarse carta de renuncia del trabajador ASEGURADO, si la liquidación de beneficios sociales se da por "mutuo disenso". En caso de no contar con carta de despido formalmente cursado por el empleador, se deberá presentar la Constatación Policial o de la Autoridad Administrativa de Trabajo que den cuenta del despido de hecho o de facto producido. Para casos de hostilidad, se admitirá como documento alternativo, el medio de prueba que demuestre que su renuncia no fue voluntaria.
- c) Las tres (3) últimas boletas de pago de remuneraciones, donde se indique la fecha de inicio de la relación laboral.

- d) El contrato de trabajo, en caso de trabajador sujeto modalidad a plazo fijo, el cual deberá contar con el sello del Ministerio de Trabajo como constancia de recepción. En caso de contratación verbal, deberá acreditar los pagos realizados por el empleador.
- e) La Liquidación de Beneficios Sociales por despido o por "mutuo disenso" y constancia de pago. Se verificará el pago de 1.5 remuneraciones por cada año trabajado (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinado) más los beneficios de ley, en los supuestos que corresponda. Para casos de hostilidad, se admitirá como documento alternativo, el medio de prueba que demuestre que su renuncia no fue voluntaria.
- f) Certificado de Trabajo (debe detallar el período laborado por el trabajador cesado y los motivos del cese, en caso corresponda)
- g) Certificado de Aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.
- h) Carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador.
- i) Declaración jurada del ASEGURADO manifestando que a la fecha del siniestro el mismo se encuentra en situación de Desempleo.

Trabajadores del Sector Público y Docentes del Sector Público_

- a) DNI o documento oficial de identidad del ASEGURADO
- b) Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador cubiertos por la Póliza.
- c) Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública)
- d) Declaración jurada del ASEGURADO manifestando que a la fecha del siniestro el mismo se encuentra en situación de Desempleo.

Invalidez Temporal

ASEGURADO Independiente:

- a) DNI o documento de identidad del ASEGURADO
- b) Autorización del ASEGURADO para revisión de sus historias clínicas
- c) Copia de los tres (3) últimos Recibos por Honorarios.
- d) Certificado de Renta de 4ta categoría
- e) Declaración Jurada de Renta de 3ra Categoría (para personas naturales con negocio)
- f) Certificado médico original que acredite la Invalidez Temporal.
- g) Informe médico que indique el período de tiempo en que el ASEGURADO permanecerá incapacitado de ejercer su actividad laboral, detallando:
 - Causas de la invalidez
 - Diagnóstico definitivo
 - Tratamiento realizado
 - Pronóstico
 - Días de descanso
 - Numero de Historia Clínica
 - Clínica u Hospital donde recibió la atención
 - Médico Tratante
 - Fecha de atención

Muerte Accidental

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tuviese;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o herederos legales;

- e) Acta de sucesión intestada o testimonio de testamento (notarial) o declaratoria de herederos (judicial), en caso no se hayan designado beneficiarios;
- f) Atestado Policial completo, en caso corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda;
- h) Resultado de Dosaje Etílico, en caso corresponda y
- i) Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse con Resolución Judicial firme.

Invalidez Total y Permanente por Accidente

- a) Documento de identidad del ASEGURADO;
- b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
- c) Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez, otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa y del Interior y el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir este tipo de documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente.

En todos los casos, excepto cuando se cuente con autorización escrita de la COMPAÑÍA para hacer algo distinto, se debe conservar los bienes dañados en las condiciones en que quedaron al momento de ocurrir el daño y no realizar cambios en las partes dañadas. Asimismo, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de ejecutar una prueba de polígrafo en la fecha establecida para la entrevista la cual deberá ejecutarse dentro primeros 20 días desde que se entrega la información completa establecida en póliza.

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 BENEFICIARIO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso el ASEGURADO o BENEFICIARIO 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 AFPs.

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.

Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro

La COMPAÑÍA: XXX

El COMERCIALIZADOR: XXX

EL CORREROS DE SEGUROS: XXX

Medios de Comunicación Pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

Importante

- La información contenida en este la 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.
- 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.
- 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 banca seguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por Resolución SBS N°4143-2019 y sus normas modificatorias.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un Comercializador, queda establecido que 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 y/o ASEGURADO al Comercializador se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA, en la misma fecha de su realización.

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.***

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:

- a. 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 (*).
- b. 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".
- 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 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 presentar 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 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. Esta autorización incluye compartir información con terceros para fines estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes. 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 a terceros para realizar estudios estadísticos, siniestralidad y control de fraudes, así como 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.

Declaración

El ASEGURADO declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales (cláusulas adicionales) del seguro que solicita, accediendo a la página web de la COMPAÑÍA: www.chubb.com/pe, así como a la de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradora Privada de Fondos de Pensiones: www.sbs.gob.pe

Fecha de Emisión: _____

Chubb Seguros Perú S.A.

ASEGURADO