

## Microseguro de Accidentes

### Solicitud-Certificado

Código SBS VI2037200131  
 Póliza No \_\_\_\_\_

#### Compañía de Seguros (La COMPAÑÍA)

Razón Social:	Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección:	Calle Amador Merino Reina 267 Piso 4 - San Isidro	Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico :	<a href="mailto:atencion.seguros@chubb.com">atencion.seguros@chubb.com</a>	
Página Web	: <a href="http://www.chubb.com/pe">www.chubb.com/pe</a>	

#### Vigencia del Microseguro

Inicio de vigencia: / /  
 Fin de vigencia: / / o cuando el ASEGURADO supere la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.  
 Renovación:

#### Datos del CONTRATANTE

Razón Social:	RUC:
Dirección:	Teléfono:
Correo electrónico:	

#### Datos del COMERCIALIZADOR

Razón Social:	RUC:
Dirección:	Teléfono:
Correo electrónico:	

#### Datos del CORREDOR de Seguros (cuando corresponda)

Nombres / Razón o denominación social:	
DNI/CE/RUC:	
Dirección:	Correo electrónico:
Comisión:	

#### ASEGURADO

Nombres y Apellidos:	Documento de Identidad:
Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Dirección:	
Relación con el Contratante:	

#### ASEGURADO ADICIONAL

Nombres y Apellidos:	Documento de Identidad:
Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Dirección:	
Relación con el Asegurado Titular:	

#### Descripción del Interés Asegurado

Proteger al ASEGURADO contra riesgos cubiertos por el presente microseguro.

#### Beneficiarios

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	% de Participación:

En caso de no designarse Beneficiario(s) de este microseguro, 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.

**Cobertura**

Cobertura Principal	Descripción	Suma Asegurada y Límites
<b>Muerte Accidental</b>	<p>En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, ya sea que el accidente haya ocurrido en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en la Solicitud-Certificado o Póliza Simplificada, según corresponda, en los plazos y términos que se señalan en las mismas, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este microseguro.</p> <p>Este microseguro cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente. 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.</p> <p>El microseguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevinidos al tratar de salvar vidas humanas.</p> <p>La cobertura provista bajo este microseguro será efectiva las 24 horas del día, los 365 días del año y en cualquier parte del mundo.</p>	S/ XXX
Coberturas Adicionales		
XXXXXXXXXX	XXXXXX	Hasta S/ XXX Máximo XX eventos por año Deducible: XXXX

**Prima y Forma de pago**

**Prima Comercial (\*): XXXX**  
**Prima Comercial +IGV: XXXX**  
 (\*) La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor:  
 Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros:  
 Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:

**Forma de Pago:**  
**Periodicidad de pago:**  
**TCEA:**

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.
- De no encontrar saldo en la tarjeta o si no se pudiera realizar el cobro en la misma, el CONTRATANTE autoriza a que se proceda con el cargo respectivo en cualquier de sus cuentas con éste donde mantenga saldo acreedor.
- En caso de extravío, pérdida, robo, cambio de la tarjeta de donde se realiza el cargo de la prima, el CONTRATANTE está obligado a informar a la COMPAÑÍA. Asimismo, EL CONTRATANTE autoriza a que el cargo de la prima continúe realizándose en el nuevo número de tarjeta emitida con la entidad financiera de la tarjeta original.
- EL CONTRATANTE declara que el cargo es una facilidad de pago que no limita su responsabilidad del pago oportuno de prima, por lo que si la COMPAÑÍA no usase las facultades antes expuestas no será responsable de la suspensión, resolución y/o extinción del microseguro.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo y en la periodicidad pactada en el acápite anterior. La prima considera los impuestos vigentes al momento de su emisión. Las primas se calcularán según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

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

#### Condiciones para ser Asegurado

Titulares de la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella y que cuenten:

Edad Mínima de Ingreso: X

Edad Máxima de Ingreso: X

Edad Máxima de Permanencia: X

#### Exclusiones

Queda excluido de cobertura el fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes o reglamentos públicos,
- 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.
- Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- 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.
- Accidentes ocurridos durante la participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades peligrosas, carreras, acrobacias y deportes notoriamente riesgosos, los cuales para efectos de esta póliza son: carreras de automóviles (tanto como conductor o pasajero), motocicletas, motonetas y bicicletas, concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería de fieras y pesca submarina.
- Accidentes ocurridos durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Esta póliza se rige por las disposiciones legales peruanas vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente. Para efectos de esta póliza 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 etílico.
- Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en

que se haya ocasionado.

#### Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

En caso de ocurrencia de un suceso que diera lugar a la solicitud de cobertura bajo este microseguro, el BENEFICIARIO deberá:

1. **Aviso:** Comunicar el siniestro a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, 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 BENEFICIARIO pruebe su falta de culpa o que el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.
2. **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberán presentar al Comercializador / Corredor de Seguros / Compañía los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada):
  - a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido;
  - b) Partida o Acta de Defunción del ASEGURADO, emitido por RENIEC;
  - c) Certificado de Defunción del ASEGURADO, emitido por el médico o personas autorizadas por la autoridad sanitaria;
  - d) Informe médico donde se indique la fecha de diagnóstico de la enfermedad que causó la muerte, emitido 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.
  - e) Documento de identidad de los beneficiarios o herederos legales (de ser el caso);
  - f) Sucesión Intestada (cuando no se haya determinado Beneficiarios expresamente en la Póliza) emitida por SUNARP o Testamento
  - g) Informe Policial Completo;
  - h) Protocolo de Necropsia, (cuando corresponda); emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación;
  - i) Resultado de Dosaje Etílico (cuando corresponda); y
  - j) Resultado de Análisis Toxicológico (cuando corresponda).

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a lo establecido en la legislación Peruana.

El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente.

La Solicitud-Certificado o Póliza Simplificada, según corresponda, puede indicar la presentación de menos documentos obligatorios que los aquí listados. En este caso, junto con la solicitud de pago del siniestro, deberá presentarse solo los documentos obligatorios señalados en la solicitud-certificado o Póliza Simplificada, según corresponda.

LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa antes señalada.

#### Pago de la Prima y Suspensión de Cobertura

Se deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en el presente documento.

El incumplimiento de pago de la prima determina la suspensión automática del microseguro, sin necesidad de comunicación previa, desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un periodo de gracia en el presente documento. La COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida.

El microseguro solo podrá ser rehabilitado previo pago de la prima y siempre que no haya operado la resolución del microseguro

**Resolución Automática por Falta de Pago de la Prima**

En caso el producto no cuente con un periodo de gracia detallado en el presente documento, entonces el microseguro quedará resuelto automáticamente a partir de la fecha de incumplimiento del pago de la prima, sin necesidad de comunicación previa por parte de la COMPAÑÍA.

**Periodo de Carencia (cuando corresponda)**

XX

**Periodo de Gracia (cuando corresponda)**

XX

**Terminación del Seguro**

La cobertura del presente microseguro terminará indefectiblemente para el ASEGURADO en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al Fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- c) Por dolo o fraude cometido por el ASEGURADO o CONTRATANTE.
- d) La falta de pago de la prima, luego de vencido el periodo de gracia, siempre que se haya brindado uno o en su defecto verifica la prima impaga.
- e) A solicitud expresa del ASEGURADO Titular, en los términos señalados en el artículo 11°.
- f) La cancelación de la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella del ASEGURADO a la cual se cargan las primas correspondientes

En caso de terminación del microseguro, La COMPAÑÍA devolverá las primas no devengadas al ASEGURADO cuando corresponda.

**Resolución del Seguro**

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar, sin expresión de causa, la resolución de su microseguro, mediante cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del microseguro. La COMPAÑÍA deberá devolver la prima no devengada correspondiente ante tal situación, según corresponda.

**Medios Habilitados para presentar Consultas o Reclamos**

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS 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 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](mailto: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 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

(\*) Horario de Atención: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de quince (15) días calendario para resolver el reclamo presentado.

En los casos de reclamos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO por falta de pago de la indemnización, el trámite correspondiente deberá efectuarse a través del comercializador o del corredor de seguros o LA COMPAÑÍA.

#### 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](http://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](http://www.sbs.gob.pe)
- **INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe), quien podrá acudir a las demás instancias judiciales y/o administrativas que considere conveniente.

#### Derecho de Arrepentimiento

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de medios de sistema a distancia y/o a través de comercializadores, y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, el CONTRATANTE o ASEGURADO podrá resolver su microseguro, según corresponda, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del mismo, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud. Para tal fin, EL CONTRATANTE o ASEGURADO que quiera hacer valer este derecho podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del microseguro.

#### Definiciones

Para los efectos de este microseguro los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado:

**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 reveladas por los exámenes correspondientes.

**Accidente preexistente:** Se entiende por accidente preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración personal de salud, en caso se haya firmado dicho documento.

**Asegurado:** Es la persona que está expuesta al riesgo asegurado y a cuyo favor se extiende el seguro.

**Contratante:** Es la persona que contrata la Póliza con Chubb Seguros Perú S.A.

**Exclusiones:** Circunstancias o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro, pero que no están cubiertas por la Póliza.

**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.

**Solicitud-Certificado:** Documento que acredita la contratación de una póliza de grupo, el que debe estar suscrito por el Contratante y el Asegurado.

**Suma asegurada:** Monto máximo indicado en la Solicitud-Certificado y en las Condiciones Particulares, que deberá pagar LA COMPAÑÍA a favor de EL BENEFICIARIO, en caso de siniestro, conforme a los límites indicados en la póliza

#### Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes

El presente microseguro 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, conforme a la Ley N°29355.

### Solicitud de Cobertura Fraudulenta

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO perderá todo derecho previsto en este microseguro:

- Si el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO presentan una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.
- Si en cualquier tiempo, el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con representación o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Cobertura.
- Si la pérdida ha sido causada voluntariamente por el ASEGURADO, o con su complicidad o con su consentimiento.

### Importante

1. El ASEGURADO tiene derecho de acceder al contenido de la Póliza de seguro de grupo o colectivo o a solicitar copia de ella. La póliza debe ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la fecha de recepción de la solicitud.
2. Toda comunicación, reclamo o solicitud de cobertura dirigida al Comercializador sobre aspectos relacionados a este microseguro contratado, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a LA COMPAÑÍA.
3. Todo pago realizado por el ASEGURADO al Comercializador con respecto al microseguro contratado se considerará abonado a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización
4. LA COMPAÑÍA es responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización del presente microseguro en que incurra el Comercializador y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los ASEGURADOS y/o beneficiarios.
5. **El presente seguro formará parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, creado mediante la Ley 29355.**
6. Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.
7. **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.**

### Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas, electrónicas o telefónicas.

### Autorización por Uso de Medios de Comunicación Pactados

El ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará LA COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro son los establecidos en este documento, salvo que la normatividad señale una forma específica de comunicación

### Envío Póliza Electrónica (cuando corresponda)

El ASEGURADO manifiesta conocer que LA COMPAÑÍA podrá enviar de forma electrónica la póliza al correo electrónico declarado en el presente documento.

Asimismo, el ASEGURADO declara que conoce sobre (i) las ventajas y posibles riesgos asociados al envío del presente seguro por medios electrónicos; (ii) las medidas de seguridad que le corresponden aplicar y que (iii) a efectos de garantizar la autenticidad e integridad del presente seguro el envío de la póliza/certificado de seguro se hará al correo declarado al presente documento con la firma correspondiente de un funcionario de la COMPAÑÍA.

### Protección 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

