

**CHUBB**

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

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

**Microseguro Vida Sepelio**

**Póliza Simplificada N°**

Código SBS VI2038110127

Compañía de Seguros (LA COMPAÑÍA)	
Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 2039625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 367 If. 402 San Isidro	Teléfono: 417-5000/ 399-1212
Correo electrónico: <a href="mailto:atención.seguros@chubb.com">atención.seguros@chubb.com</a>	Pag Web: www.chubb.com/pe

Datos del Microseguro	
Inicio de vigencia	Fin de vigencia
Renovación	
Fecha de Emisión:	

Datos del Contratante	
Razón Social:	RUC:
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	Comisión:

Datos del Comercializador	
Razón Social:	RUC:
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	Comisión:

Datos del Corredor de Seguro (en caso corresponda)	
Nombre:	Código SBS:
Dirección:	Comisión:

Datos del Asegurado Titular	
Nombres y Apellidos:	
DNI/CE:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	

Datos del Asegurado Adicional (cuando corresponda)	
Nombres y Apellidos:	
DNI/CE:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	

Cobertura	
Detalle de Cobertura	Suma Asegurada

Con formato: Inglés (Estados Unidos)

<b>Fallecimiento</b>	S/	USD
En caso el ASEGURADO fallezca durante la vigencia de esta Póliza, la COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en el presente documento; 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.		

#### Prima y Forma de Pago

**Prima Comercial (\*)**  
**Prima Comercial + IGV**

(\*) 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 y Plazo para el pago de la prima:

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

#### Condiciones para ser Asegurado

Se podrá asegurar bajo esta póliza a cualquier Persona Natural, que cumpla con los siguientes límites de asegurabilidad:

Edad mínima de ingreso:  
Edad máxima de ingreso  
Edad máxima de permanencia:

El producto podrá contar con Asegurados Adicionales del ASEGURADO Titular que cumplan con las condiciones señaladas en el párrafo anterior, según habilite dicha opción la COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares, Póliza Simplificada o Solicitud-Certificado, según corresponda.

#### Beneficiarios

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	% 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.

#### Exclusiones

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

- Enfermedad o accidente preexistente, según el rubro de definiciones.**
- Suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.**

- c) Guerra Civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- d) Eventos catastróficos de la naturaleza: terremoto, inundación, aluvión, huaico y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.
- e) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto ilícito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que estos constituyan un delito o causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- f) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- h) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- i) 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.
- j) Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales montañosas o artificiales, práctica de "surf" y "puenting".
- k) El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO. Ejemplos: ser minero, bombero, vigilante, miembro de las fuerzas armadas o policiales.
- l) Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos y siempre que guarde relación causal con el accidente. A estos efectos, se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.50 gr/lit de alcohol en la sangre, según dosaje étlico, o cuando el Asegurado sea conductor de un vehículo de transporte público.
- m) Accidentes provocados dolosamente por el ASEGURADO.

#### Procedimiento para Solicitar Cobertura en caso de Siniestro

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, el beneficiario deberá cumplir con lo siguiente:

- a) Dar aviso a la COMPAÑÍA o Comercializador, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios de ocurrido el evento, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible.
- b) Presentar a la COMPAÑÍA o al Comercializador, los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada):
  - a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerse físicamente;
  - b. Partida (o Acta) de Defunción del ASEGURADO emitida por RENIEC;
  - c. Certificado de Defunción del ASEGURADO emitido por el MINSA;
  - d. Informe médico donde se indique la fecha de diagnóstico de la enfermedad que causó la muerte (causa básica), emitido por los hospitales del Ministerio 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 del ASEGURADO;
- f. Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo emitido por la Policía Nacional del Perú, según corresponda;
- g. Protocolo de Necropsia Clínica o Médico Legal completo, cuando corresponda; y
- h. Resultado de Dosaje Etílico y/o 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.

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 Póliza

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.

#### Resolución Automática por Falta de Pago de 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 Gracia

XXX (cuando corresponda)

#### 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) La falta de pago de la prima, luego de vencido el periodo de gracia, siempre que se haya brindado uno o en su defecto verificada la prima impaga.
- d) A solicitud expresa del ASEGURADO.
- e) Por dolo o fraude cometido por el ASEGURADO o CONTRATANTE.

En caso de terminación del microseguro, La COMPAÑÍA devolverá las primas no devengadas al ASEGURADO cuando corresponda en un plazo máximo de 30 días calendario desde configurado el supuesto de terminación.

### 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.

### Atención de Consultas y 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: [ención.seguros@chubb.com](mailto:ención.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.

### Otras Instancias Habilitadas para presentar Reclamos y/o Denuncias

- Defensoría del Asegurado Telefax: (01)421-0614
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Teléfono 0-800-10-840
- INDECOPI: Teléfono 224 7777

### Ajuste de la Prima y Modificación de Condiciones

Durante la vigencia del microseguro no se pueden modificar los términos de la póliza contratada sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien contará con un plazo de treinta (30) días para tomar una decisión respecto a las modificaciones propuestas, a partir de la fecha en que reciba una comunicación de LA COMPAÑÍA, informando en caracteres destacados las modificaciones que se propone incorporar en el contrato de microseguro.

En los seguros de grupo, la COMPAÑÍA debe proporcionar la documentación suficiente al contratante para que este último haga de conocimiento de los asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, conforme a lo señalado en el párrafo anterior.

La falta de aceptación expresa de las modificaciones propuestas no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deben respetar los términos en los que el contrato fue inicialmente acordado hasta el fin de vigencia pactado, luego de lo cual no se renovará automáticamente el microseguro.

#### 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, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la misma, 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. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**

**Accidente Preexistente:** Cualquier accidente producido de forma previa a la contratación del presente seguro.

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

**Contratante:** Es el comercializador, persona que suscribe el contrato de microseguro con Chubb Seguros Perú.

**Solicitud-Certificado:** Documento que acredita la contratación de una póliza en grupo.

**Enfermedad Preexistente:** Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro.

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

El presente seguro 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 29355.

#### Solicitud de Cobertura Fraudulenta

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

- Si el ASEGURADO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.
- Si en cualquier tiempo, el ASEGURADO 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.

#### Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas, electrónicas o telefónicas.

#### Autorización para 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 de seguro se hará al correo declarado al presente documento con la firma correspondiente de un funcionario de la COMPAÑÍA.

#### 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](http://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](http://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: XXXX

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 XXXXX y el código XXXX.

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.

\_\_\_\_\_  
Chubb Seguros Perú

\_\_\_\_\_  
Comercializador

\_\_\_\_\_  
Asegurado

Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_