

Seguro De Protección Financiera

Certificado De Seguro

Póliza N°: XXXXXXXXXXXX

CÓDIGO SBS: RG2035500071 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Datos de la Compañía

Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 367 Of. 402, San Isidro	Teléfono: 417-5000 / FAX: 221-3313
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página Web: www.chubb.com/pe

Contratante

Razón Social:	RUC:
Correo Electrónico:	Teléfono:
Domicilio:	

Asegurador Titular

Nombres y Apellidos:	DNI / CE:
Sexo:	Dirección:
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Correo Electrónico:	Teléfono:
Relación con el Contratante:	

Beneficiarios

Nombre:	Porcentaje:
Relación con el Contratante:	

Cobertura del Seguro

Vigencia del Seguro: XXXXX
Fecha de Inicio: (dd/mm/aaaa)
Fecha de término: Anual con renovación automática

Prima

Prima Comercial:
Prima Comercial + IGV: XXX
Lugar y Forma de pago de la prima: XXX

Descripción del Interés Asegurado

Riesgos Cubiertos:

- a) Desempleo Involuntario e Injustificado, riesgo cubierto solamente para Asegurados Dependientes.
- b) Incapacidad Física Temporal por Enfermedad o Accidente, riesgo cubierto solamente para Asegurados Independientes.

Suma Asegurada	Concepto Mensual
Cobertura Máxima Deducible	Monto Máximo

Número de eventos cubiertos:

Exclusiones

1. **La indemnización de la póliza no se concede si el Desempleo Involuntario e Injustificado del Asegurado se debe directa o indirectamente, total o parcialmente a las siguientes causas o circunstancias:**
 - 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.**
 - j) **Desempleo por causa justa, como:**
 - 1) **Violación de las prácticas profesionales establecidas.**
 - 2) **Conducta impropia e intencional.**
 - 3) **Negligencia de responsabilidad.**
 - 4) **Fraude.**
 - k) **Cierre Patronal (Lock-outs)**
2. **La indemnización de la póliza no se concede si la Incapacidad Física Temporal del Asegurado se debe directa o indirectamente, total o parcialmente a las siguientes causas o circunstancias:**
 - 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, entendiéndose por preexistentes cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro. No se consideran preexistentes aquellas condiciones por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de seguro idéntica a la presente póliza en la COMPAÑÍA o en otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.**
3. **Además de las exclusiones indicadas, la COMPAÑÍA no estará obligada al pago del seguro:**
 - a) **En cantidad mayor a lo 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 Incapacidad Física Temporal del Asegurado, de acuerdo con su actividad laboral.**
 - d) **En el caso de que el Evento ocurra dentro del Período de Carencia.**

Derecho de arrepentimiento

El ASEGURADO tiene derecho a arrepentirse del seguro. Ver especificaciones en el Resumen Informativo de la Póliza que se entrega junto con este certificado.

Derecho de resolución sin expresión de causa:

Tanto el ASEGURADO como la COMPAÑÍA tienen derecho a resolver el contrato sin expresión de causa, con un preaviso de 30 días, ver especificaciones en el Resumen Informativo de la Póliza.

Aceptación de cambio de condiciones contractuales, (durante la vigencia del contrato)

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro.

En los seguros grupales, la COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantendrá vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato

Ver especificaciones en el Resumen Informativo.

Procedimiento para Solicitar la Cobertura:

El ASEGURADO deberá acreditar la situación invocada con los siguientes documentos:

Desempleo Involuntario e Injustificado**Trabajadores del Sector Privado**

- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del DNI o documento de identidad del ASEGURADO.
- Carta de despido de la empresa (sellada y firmada). Podrá aceptarse carta de renuncia del trabajador ASEGURADO, si la liquidación de beneficios sociales se da por “mutuo disenso”, firmada y sellada por el empleador al momento de la recepción.
- En caso de no contar con carta de despido formalmente cursado por el empleador, según lo indicado en el párrafo precedente, se deberá presentar la Constatación Policial o de la Autoridad Administrativa de Trabajo que den cuenta del despido de hecho o de facto producido.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de las tres (3) últimas boletas de pago de remuneraciones, donde se indique la fecha de inicio de la relación laboral.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del contrato de trabajo, en caso de trabajador sujeto a contrato sujeto a modalidad, a plazo fijo, el cual deberá contar con el sello del Ministerio de Trabajo como constancia de recepción.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de 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.
- Certificado de Trabajo (debe detallar el periodo laborado por el trabajador cesado y los motivos del cese), en original.
- Certificado de Aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese, en original.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador.
- Declaración jurada manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo.

Trabajadores del Sector Público y Docentes del Sector Público

- a) Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del DNI o documento oficial de identidad del ASEGURADO

- b) Número del CUSSP (Seguridad Social)
- c) Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del empleado o funcionario público.
- d) Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública)
- e) Declaración jurada manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo.

Incapacidad Física Temporal por Enfermedad o Accidente

ASEGURADO Independiente

- a) Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del DNI o documento de identidad del ASEGURADO
- b) Certificado de renta de 4ta, categoría
- c) Declaración Jurada del Impuesto a la Renta de 4ta. Categoría
- d) Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los últimos Recibos por Honorarios por un número de meses equivalente al indicado como Antigüedad Laboral Mínima.
- e) Certificado médico original emitido por el médico tratante del ASEGURADO que acredite la incapacidad Física Temporal.
- f) Informe médico que indique el periodo de tiempo en que el ASEGURADO permanecerá incapacitado de ejercer su actividad laboral, detallando:
 - Causas de la incapacidad
 - Diagnóstico definitivo
 - Tratamiento realizado
 - Pronóstico
 - Días de descanso
 - Numero de Historia Clínica
 - Clínica u Hospital donde recibió la atención
 - Médico Tratante
 - Fecha de atención

Información Adicional

Medio y Plazo establecido para el aviso del siniestro:

El ASEGURADO deberá comunicarlo a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes desde que tomó conocimiento de la ocurrencia del siniestro, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor. Para tal efecto deberá utilizar el formulario de presentación de siniestros proporcionado por la COMPAÑÍA, o cualquier medio electrónico de conexión directa u otro análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación. El ASEGURADO deberá tener presente que en caso que por culpa leve no cumpla con informar la ocurrencia del siniestro dentro del plazo establecido la indemnización se reducirá, de acuerdo a lo establecido en el numeral 14.12 de las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Riesgos Generales.

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

En las oficinas de La COMPAÑÍA (ver dirección arriba) ó en la oficinas del CONTRATANTE (dirección).

Medios habilitados para presentar 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, Número de Póliza y/o Certificado 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.

Instancias habilitadas para reclamos y/o denuncias

- Defensoría del Asegurado Telefax: 01 421-0614
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Teléfono 630 9005
- INDECOPI: Teléfono 224 7777

Importante

- La vigencia de la cobertura que otorga este Certificado de Seguro es Anual, con renovación automática por periodos iguales.
- 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 Riesgos Generales.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro Colectivo al CONTRATANTE y/o a la COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de una empresa del sistema financiero las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO a la empresa del sistema financiero, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la empresa de seguros. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO a la empresa del sistema financiero, se consideran abonados a la COMPAÑÍA.
- 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.

Fecha de emisión: XXXX

Firma del Funcionario autorizado de la COMPAÑÍA