

## Seguro Individual de Accidentes Personales

Código SBS: AE2036100027

Póliza No: \_\_\_\_\_

Certificado de Seguro: XXXXX

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

### Empresa de Seguros

Nombre : Chubb Seguros Perú S.A. RUC : 20360625007  
 Dirección : Calle Amador Merino Reyna 267, Of. 402, San Isidro, Lima  
 Teléfono : 417-5000 / FAX: 221-3313  
 Correo Electrónico: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com) PÁGINA WEB: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

### Contratante

Nombre : RUC :  
 Dirección : Teléfono :  
 Correo Electrónico :

### Asegurado Titular

Apellidos y Nombres:  
 Documento de Identidad :  
 Edad : Sexo :  
 Domicilio : Distrito :  
 Provincia : Departamento :  
 Correo Electrónico Relación con el Contratante: Cliente

### Asegurados Adicionales

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Fecha Nac.

### Beneficiarios

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Porcentaje	Parentesco
X XXX				
XXXX				

### Cobertura del Seguro

**Vigencia del seguro:** mensual

**Fecha de inicio:** (dd/mm/aaaa)

**Fecha de término:** (dd/mm/aaaa) con renovación automática o cuando el asegurado cumpla la edad límite, lo que ocurra primero.

**Monto de la Prima:**

**Lugar y forma de pago de la prima:**

**Entidad Bancaria (en caso de pago con tarjeta/cuenta):**

**Descripción del Interés Asegurado:** Cubrir la Muerte del Asegurado ocasionada por un accidente

### Riesgos Cubiertos:

#### Cobertura Principal

• Muerte Accidental	<u>Suma Asegurada</u>	US \$	S/
---------------------	-----------------------	-------	----

#### Coberturas Adicionales

• Muerte Accidental en Transporte Publico (*)	US \$	S/
---	-------	----

• Muerte Accidental en Transporte Aéreo (*)	US \$	S/
• Renta Hospitalaria por Accidente y Enfermedad	US \$	S/
• Muerte Accidental en Transporte Privado Terrestre o como Peatón (*)	US \$	S/
• Renta Estudiantil por Muerte Accidental (*)	US \$	S/

(\*)Esta suma asegurada es en adición a la considerada en la cobertura Principal de Muerte accidental.

### Exclusiones

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

- a) Suicidio o intento de suicidio.
- 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 nuclear, reacción, 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; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se pruebe fehacientemente, es decir, fácilmente comprobable por medios externos y/o públicos, que fue en 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 o ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en competencias profesionales; remuneradas en cualquier forma, u otras actividades deportivas similares.
- i) El desempeño de alguna profesión u oficio claramente riesgoso. Ejemplos: ser minero, bombero, miembro de las Fuerzas Armadas o policiales.
- j) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación, asimismo como empleado de las referidas líneas 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 alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Esta póliza toma como referencia el límite máximo permitido por las disposiciones legales vigentes que es 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.
- l) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- m) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- n) Las consecuencias de hernias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.

**Se incluirán las exclusiones que corresponda a cada cobertura adicional, según lo regulado por su propia cláusula adicional.**

### Alcances sobre el Pago de la Prima

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO Titular, las cuotas se cargarán mensualmente en la tarjeta o cuenta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación según las fechas predeterminadas.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la tarjeta/cuenta designada o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar re-intentos de cargo en las siguientes fechas.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la cuota correspondiente entonces se realizarán nuevos intentos en las siguientes fechas de cargo predeterminadas con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en

curso.

- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las cuotas correspondientes a la prima del Seguro, la cobertura se extinguirá a los 90 días del incumplimiento de la primera cuota impaga.

#### Relación de Cláusulas Adicionales incluidas en la Póliza

- a. XXXXX
- b. XXXXX
- c. XXXXX

#### 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

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

#### Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales (Durante la Vigencia del Contrato)

El ASEGURADO tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el Resumen.

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

**Aviso:** Dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de las formas de comunicación pactadas, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

**Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o copia legalizada) en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido o el número del documento, de tenerlo físicamente.
- b) Partida de Defunción del ASEGURADO
- c) Certificado de Defunción del ASEGURADO
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales
- e) Atestado Policial Completo, según corresponda;
- f) Protocolo de Necropsia, según corresponda; y
- g) Resultado de Dosaje Etilico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la Ley vigente.

El presente seguro no obliga a la COMPAÑÍA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑÍA al lugar donde se encuentre el cuerpo del ASEGURADO, en caso sea necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.

La COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente o documento que estime necesario, además y sin perjuicio de los mencionados, así como aclaraciones o precisiones adicionales que sean necesarias para la evaluación del siniestro correspondiente, dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para consentir el siniestro.

#### Información Adicional

**Lugares autorizados para solicitar la cobertura:**

La COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR

**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](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 417-5000, Anexos 5029 y 5035

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 mensual, con renovación automática por periodos iguales, salvo que Chubb Seguros Perú S.A. o el ASEGURADO manifiesten su interés de ponerle término con treinta (30) días de anticipación.
- 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 Accidentes Personales.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro Colectivo a Chubb Seguros Perú S.A. o al Comercializador (en caso corresponda), 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 un comercializador las comunicaciones que le curse el ASEGURADO por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido Chubb Seguros Perú S.A. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a Chubb Seguros Perú S.A.  
Chubb Seguros Perú S.A. 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 bancaseguros, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 8181-2012.
- **Cargas**  
**El presente producto presenta obligaciones a cargo del ASEGURADO cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.**
- **Agravación del Riesgo**  
**Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.**

Fecha de emisión: XXXX

Firma del representante de la COMPAÑÍA: