

Seguro Vida Integral

Código SBS N° VI2037200158

Solicitud-Certificado de Seguro N°:

Póliza N°:

Datos Generales de la Solicitud-Certificado de Seguro

Vigencia:
Inicio de vigencia: las 12 horas del ____
Fin de Vigencia: las 12 horas del ____ o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 6° del Condicionado General, lo que ocurra primero
Renovación: Automática

La COMPAÑÍA

Nombre Comercial: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 20390625007
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima	Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

CONTRATANTE

Razón Social o Denominación Social	RUC:
Dirección:	Distrito
Provincia	Departamento
Teléfono	Correo Electrónico

COMERCIALIZADOR

Razón Social o Denominación Social	RUC:
Dirección:	Distrito
Provincia	Departamento
Teléfono	Correo Electrónico

ASEGURADOS

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos.	Tipo y N° de Documento de Identidad:
Fecha de Nacimiento:	Correo Electrónico:
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Relación con el Contratante:	Teléfono:

Asegurado(s) Adicional(es)

Nombres y Apellidos.	Tipo y N° de Documento de Identidad:
Fecha de Nacimiento:	Correo Electrónico:
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Relación con el Asegurado Titular:	Teléfono:

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad de Mínima de Ingreso:

ASEGURADO Titular:

ASEGURADO Adicional:

Edad Máxima de Ingreso:

ASEGURADO Titular:

ASEGURADO Adicional:

Edad Máxima de Permanencia:

ASEGURADO Titular:

ASEGURADO Adicional:

BENEFICIARIOS

Beneficiario Titular

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	Porcentaje

Beneficiario(s) Adicional(es) [*]

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	Porcentaje

[*] En caso de no designarse Beneficiario(s) Adicional(es), la indemnización se pagará a los herederos 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. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios Adicionales en cualquier momento, mediante comunicación escrita a la COMPAÑÍA.

Descripción del Interés Asegurado

--

Coberturas

LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de una Prima Comercial, a pagar al/los BENEFICIARIO(S) la suma asegurada establecida en el presente documento, cuando se produzcan los siguientes eventos en territorio nacional o internacional:

Cobertura Principal	Descripción	Límites
Muerte Natural	Fallecimiento del ASEGURADO que ocurra como consecuencia de la vejez o alguna enfermedad, siempre que estos eventos no se encuentren dentro de las exclusiones de la póliza.	Suma Asegurada:
Muerte Accidental	Fallecimiento del ASEGURADO que ocurra como	Suma

	<p>consecuencia de un accidente. Para tales efectos, se considera accidente todo 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 o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes. No se considerará como Accidente el infarto de miocardio, edema agudo, trombosis, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, accidente cerebro vascular; así como los casos de negligencia o impericia médica.</p> <p>LA COMPAÑÍA cubrirá el fallecimiento que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.</p>	<p>Asegurada:</p>
--	---	--------------------------

Prima Comercial

Prima Comercial:

Prima Comercial +IGV: XXX

Periodicidad de pago: XXXXX

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

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)

Forma y Lugar de Pago de la Prima (Según corresponda):

(Cuando se establezca pago con cargo en TARJETA DE CRÉDITO o CUENTA BANCARIA del ASEGURADO TITULAR):

- El ASEGURADO TITULAR 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 ASEGURADO TITULAR o ésta 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 extinguido 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 ASEGURADO TITULAR 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

Quedan excluidos de la cobertura indicada, los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- Preexistencias al inicio de vigencia del seguro, de acuerdo a las definiciones establecidas en el artículo 1° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.**
- Suicidio consciente y voluntario dentro de los dos (02) primeros años de vigencia del seguro, intento de suicidio, autolesiones o automutilación.**
- Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial.**
- Servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.**
- Liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).**
- Ataques terroristas con armas no convencionales: nucleares, biológicas, químicas y radiactivas (NBQR).**
- Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto ilícito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que el mismo constituya 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.**
- Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.**
- Participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.**
- Participación en deportes notoriamente peligrosos, de acuerdo a las definiciones establecidas en el condicionado general.**
- Bajo la influencia de drogas o alcohol. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de un accidente de tránsito, así como 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. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no solo a los casos de accidente de tránsito.**
- 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.**
- Epidemias.**
- Vértigos, convulsiones, desmayos, desvanecimientos, trastornos mentales o parálisis.**
- Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.**

Derecho de Arrepentimiento

Si la Solicitud-Certificado ha sido ofertada por comercializadores de la COMPAÑÍA, o a través de Sistemas de Comercialización a distancia, o mediante bancaseguros, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la Solicitud-Certificado, sin necesidad de expresión de causa ni penalidad alguna.

El derecho de arrepentimiento se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, siempre que la misma no sea condición para contratar operaciones crediticias. En dicho caso, corresponde a la COMPAÑÍA la devolución total de la prima recibida.

Para ello, el ASEGURADO que quiera ejercer su derecho de arrepentimiento podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación de la Solicitud-Certificado.

Cuando el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento, la devolución de la prima se realizará en la forma indicada por éste, en un plazo máximo de treinta (30) días computados desde la solicitud.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR puede resolver la Solicitud-Certificado de manera unilateral y sin expresión de causa por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, con no menos treinta (30) días calendario de anticipación, precisándose que el ASEGURADO TITULAR puede utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. El artículo 18° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida establece este derecho.

Aceptación de Cambio de Condiciones contractuales (durante la 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.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato, en cuyo caso no procede su modificación hasta el fin de la vigencia del contrato

Renovación Automática

La Solicitud-Certificado se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza y mientras el ASEGURADO no haya cumplido la edad límite de permanencia. No se emitirán documentos de renovación ya que la Póliza originalmente entregada al CONTRATANTE constituye evidencia de la validez de la

cobertura.

Terminación de Seguro

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

- a) La muerte del ASEGURADO Titular. La muerte de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia. El cumplimiento de la edad límite de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
- c) Al vencimiento del plazo de la presente Solicitud-Certificado, en caso éste no haya sido renovado.
- d) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar Cobertura

- I) **Aviso del siniestro:** EL CONTRATANTE y/o los BENEFICIARIOS deberá(n) dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario desde el conocimiento del mismo, o de conocido el 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, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 11 del artículo 20° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.
- II) **Documentos:** Posteriormente, para efectuar la Solicitud de Cobertura, se deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del Comercializador, según corresponda, los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada). Los BENEFICIARIOS podrá(n) presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:
 - a) **En caso de Muerte Natural:**

Documentación a presentar por el Beneficiario Titular o Beneficiarios Adicionales:

- Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder o ante la ausencia de dicho documento la Ficha Reniec del ASEGURADO.
- Acta o Partida de Defunción;
- Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad Financiera;
- Ficha Ruc y/o DNI del (los) Beneficiario(s)
- Certificado Médico de Defunción completo;
- Documento médico en el que conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad que desencadenó el fallecimiento, según corresponda.

- b) **En caso Muerte Accidental, se deberá presentar:**

Documentación a presentar por el Beneficiario Titular o Beneficiarios Adicionales:

- Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder o ante la ausencia de dicho documento la Ficha Reniec del ASEGURADO.
- Acta o Partida de Defunción;
- Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad Financiera;
- Ficha Ruc y/o DNI del (los) Beneficiario(s)
- Atestado Policial Completo, según corresponda;
- Protocolo de Necropsia completo, según corresponda;
- Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico; según corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

En caso a la fecha de siniestro el ASEGURADO no haya indicado expresamente a los Beneficiarios Adicionales en la presente Solicitud-Certificado, a efectos de brindar la cobertura que corresponde, será necesario que los Herederos presenten, además de los documentos antes señalados en cada cobertura, según corresponda, lo siguiente:

- Documento de Identidad del (los) Herederos ,
- Copia Literal de la Inscripción Definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos que designe a los Beneficiarios o Herederos, según corresponda;

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 para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso el ASEGURADO 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 AFP's.

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 Aseguradora 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. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Lugares Habilitados para solicitar la cobertura

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR

Medios Habilitados para presentar consultas y/o 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:

- 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. XXXX (*).
- 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 <http://www.chubb.com/pe> opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente a los teléfonos XXXXXX (*)

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 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.

Otras Instancias Habilitadas para que el Asegurado presente 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 Atención al Usuario, 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 TITULAR autoriza de forma expresa a Chubb Seguros Perú S.A., el uso de los datos personales proporcionados en la contratación del presente Solicitud-Certificado, para fines comerciales, tales como el envío de publicidad, promociones y ventas de diferentes productos o servicios, así como para la transferencia (entre entidades que forman parte de Chubb Group) y tratamiento de dichos datos personales.

Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el ASEGURADO TITULAR señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la presente Solicitud-Certificado, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para la presente Solicitud-Certificado.

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas de forma física o por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la solicitud de seguro (electrónicas o telefónicas), con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

Importante

- La información contenida en la presente 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 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 un comercializador 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 o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- 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 bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- Deducibles, Franquicias o Copago: xxxx
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima antes indicada.
- La presente Solicitud-Certificado 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, creado mediante la Ley 29355.

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.***

Declaración

El ASEGURADO TITULAR 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 Vida, las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita, los cuales se encuentran a su disposición en:

<https://www.chubb.com/pe-es/>.

Fecha de emisión: XXXX

Firma del representante de la COMPAÑÍA

Firma del ASEGURADO Titular



Huella

MODELO