

Seguro Familia Protegida

Certificado de Seguro No: _____

Póliza No: _____

CÓDIGO SBS: RG2035900123 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros (La Compañía)	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima	Teléfono: 417-5000; Fax 221 2943
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

Contratante	
Nombre: ENEL DISTRIBUCION PERU S.A.A.	RUC: 20269985900
Dirección: Cal. Cesar Lopez Rojas Nro. 201 Urb. Maranga (Séptima Etapa) distrito de San Miguel, Lima.	
Correo electrónico:	Teléfono:

Asegurado	
Apellidos y Nombres:	DNI:
Edad:	Sexo:
Dirección:	
Correo electrónico:	Relación con el contratante: Cliente

Beneficiarios para la Cobertura de Muerte Accidental	
Nombre:	
Porcentaje:	
Relación con el asegurado:	

Cobertura del Seguro	
Vigencia del seguro: Anual	Renovación: Automática
Fecha de inicio: dd/mm/aa	
Fecha de término: al fin de la vigencia anual o cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.	

Requisitos de Asegurabilidad	
Edad mínima de ingreso: 18 años.	
Edad máxima de ingreso: 70 años y 364 días.	
Edad límite de permanencia: 75 años y 364 días	

Prima	
Prima Comercial Mensual: S/0.28	
Prima Comercial Mensual +IGV: S/0.33	

Lugar y forma de pago de la prima: EL ASEGURADO no ejecutará pago de prima. El encargo del pago es el CONTRATANTE.

Descripción del interés Asegurado	
Cubrir al ASEGURADO contra los riesgos descritos en el presente documento.	

Riesgos Cubiertos	
Coberturas (*)	Indemnización
A. Desempleo Involuntario e Injustificado	Hasta S/137.09 mensuales por seis (06) meses como

	máximo
B. Invalidez Temporal	Hasta S/137.09 mensuales por seis (06) meses como máximo
D. Muerte Accidental	S/ 822.52
F. Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/ 822.52

(*) El presente producto no contempla la cobertura de Incendio y/o Rayo que figura en el Condicionado General.

ANTIGÜEDAD LABORAL MÍNIMA: Para esta póliza se establece una antigüedad laboral mínima de seis (6) meses ininterrumpidos bajo contrato con el mismo empleador.

PERIODO ACTIVO MÍNIMO: Queda establecido que el Periodo Activo Mínimo para esta Póliza es de seis (06) meses.

PERIODO DE CARENENCIA: Queda establecido que el Periodo de Carencia para esta Póliza es de treinta (30) días calendario para las coberturas de Desempleo Involuntario e Injustificado y Invalidez Temporal.

PERIODO DEDUCIBLE: Queda establecido que el periodo deducible para esta Póliza es de treinta (30) días calendario para cada evento para las coberturas de Desempleo Involuntario e Injustificado y Invalidez Temporal.

Descripción de Coberturas

La COMPAÑIA pagará al Beneficiario de la Póliza una indemnización en caso el ASEGURADO se vea afectado por alguna de las siguientes situaciones durante la vigencia de la Póliza:

- A. **Desempleo Involuntario e Injustificado:** En el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario e injustificado, la COMPAÑIA otorgará al BENEFICIARIO una indemnización que consistirá en el pago de cuotas de deuda que tenga el ASEGURADO con el CONTRATANTE, en los términos que se estipulen en el presente documento. **Para gozar de esta cobertura el ASEGURADO debe ser un trabajador dependiente.**
- B. **Invalidez Temporal:** En el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Invalidez Temporal por enfermedad o accidente, la COMPAÑIA otorgará al BENEFICIARIO una indemnización que consistirá en el pago de cuotas de deuda que tenga el ASEGURADO con el CONTRATANTE, en los términos que se estipulen en el presente documento. **Para gozar de esta cobertura el ASEGURADO debe ser un trabajador independiente.**

Estarán cubiertos los casos de Desempleo Involuntario e Injustificado o la Invalidez Temporal por accidente o enfermedad que duren treinta (30) días calendario consecutivos o más. De esta forma, para cada evento, la indemnización se otorgará siempre y cuando el ASEGURADO se mantenga desempleado o en estado de invalidez temporal una vez transcurrido el período mínimo de 30 días calendario y conforme a la siguiente tabla ilustrativa:

Período de Desempleo o Invalidez	Indemnización Mensual
De 1 a 29 días consecutivos	No aplica ninguna indemnización
De 30 a 59 días consecutivos	1ra indemnización mensual
De 60 a 89 días consecutivos	2da indemnización mensual
De 90 a 119 días consecutivos	3ra indemnización mensual

- C. **Muerte Accidental:** En el evento que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente, la COMPAÑIA otorgará al BENEFICIARIO una indemnización que consistirá en el pago de cuotas de deuda que tenga el ASEGURADO con el CONTRATANTE, en los términos que se estipulen en el presente documento. El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑIA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente. El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO que pueda resultar de accidentes que hayan sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas. Podrán gozar de esta cobertura tanto los trabajadores dependientes como independientes.
- D. **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** La COMPAÑIA pagará al Beneficiario la suma asegurada establecida en el presente documento, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia de la cobertura, algún accidente que fuera la

causa directa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en la Póliza. Esto se cumplirá siempre y cuando la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en la póliza, el seguro esté vigente y la causa de la Invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente Póliza. La COMPAÑIA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

La COMPAÑIA solo indemnizará por una cobertura a la vez, es decir, las coberturas no son acumulativas, excepto por la cobertura de Muerte Accidental.

En el caso que una persona sea dependiente e independiente a la vez, solo podrá estar ASEGURADO bajo un solo régimen, **de acuerdo a lo declarado en la Solicitud de Seguro.**

En el caso que un ASEGURADO que haya declarado ser independiente, se vea afectado a la vez por una situación de Invalidez Temporal y de pérdida económica equivalente al 50% o más del valor de los activos relacionados a su negocio o actividad económica, se indemnizará el evento provocado por la causa adecuada.

Exclusiones

1 Desempleo Involuntario e Injustificado

- 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, excepto el mutuo disenso.
- j) Desempleo por causa justa, como:
 - j.1) Violación de las prácticas profesionales establecidas.
 - j.2) Conducta impropia e intencional.
 - j.3) Negligencia
 - j.4) Fraude.
- k) Cierre Patronal o "Lock-outs" (paralización total o parcial de las actividades de uno o varios establecimientos o actividades económicas por decisión del empleador).

2 Invalidez Temporal

- 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. Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.

Además de las exclusiones indicadas anteriormente, la COMPAÑIA no estará obligada al pago del seguro:

- a) En cantidad mayor al monto de la indemnización 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 Invalidez Temporal del ASEGURADO.
- d) En el caso de que el Evento ocurra dentro del Período de Carencia.

3 Muerte Accidental

- a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- 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, reacción o 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 relacionados con la seguridad de las persona en caso hayan sido la causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o haya indicios razonables de 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, ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) La práctica de deportes peligrosos. Ejemplos: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros, cacería de fieras, motociclismo y deportes de invierno.
- i) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo. Ejemplos: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
- j) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, y asimismo como empleado de una aerolínea 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 cualquier grado de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo, insolación o congelación. Únicamente, para casos de accidentes de tránsito, el límite máximo aceptable será de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente. 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 hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.

4 Invalidez Total y Permanente por Accidente

- a) Menoscabos físicos pre-existentes y/o congénitos al inicio de la cobertura.
- b) Lesiones autoinfligidas.
- c) 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.
- d) Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- e) Duelo concertado, intento de suicidio, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- f) Participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos que hayan sido la causa del siniestro.
- g) Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- h) Participación activa del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.

- i) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de vehículos motorizados (automóviles, motocicletas, lanchas o avionetas).
- j) Participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- k) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- l) La práctica de deportes peligrosos tales como: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski acuático o de nieve, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros y cacería de fieras.
- m) Desempeñarse como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, y asimismo como empleado de una aerolínea que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.
- n) Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.
- o) Estado etílico del ASEGURADO, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente, salvo cuando el ASEGURADO hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su invalidez.
- p) En estado de sonambulismo, insolación o congelación.
- q) Los denominados "accidentes médicos", tales como: apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos.
- r) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- s) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.

En todos los casos se requiere que haya una relación de causalidad adecuada entre el hecho y el daño producido.

Disposiciones Adicionales

Derecho de Arrepentimiento:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver certificado de seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del certificado de seguro, que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver el certificado de seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

Ver artículo 23° de las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los seguros de Riesgos Generales.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa:

La COMPAÑÍA así como el CONTRATANTE en cualquier momento podrán solicitar la resolución del contrato, lo cual deberá realizarse por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, con una anticipación de 30 días calendarios, precisándose que el CONTRATANTE puede ejercer su derecho de desvincularse del contrato de seguro utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. Igual derecho tiene el ASEGURADO para desvincularse del contrato siguiendo el mismo procedimiento señalado.

En el caso que el CONTRATANTE sea una persona distinta al ASEGURADO, será el obligado de comunicarle su decisión de resolver el contrato, debiendo informar a la COMPAÑÍA por cualquier medio escrito que cumplió con dicha comunicación.

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales, Durante la Vigencia del Contrato

El CONTRATANTE y ASEGURADO tiene derecho a ser informado sobre las modificaciones a las condiciones contractuales que le proponga la COMPAÑÍA, 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 a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado usando la misma forma de comunicación. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

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.

Aviso del Siniestro y procedimiento para Solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO o Beneficiario, según corresponda, deberá dar aviso a la COMPAÑÍA, en el plazo de tres (3) días desde que se tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro, en el caso de seguros de daños patrimoniales y en el plazo de siete (7) días desde que se tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, en el caso de los seguros personales. Si el ASEGURADO da aviso del siniestro de manera extemporánea por culpa leve y de ello resulte un perjuicio para la COMPAÑÍA ésta tendrá derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

Para tal efecto deberá utilizar el formulario de presentación de siniestros proporcionado por la COMPAÑÍA, o cualquier medio electrónico de conexión directa u otros análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación.

Se entenderá como fecha de ocurrencia del siniestro las siguientes:

Desempleo Voluntario e Injustificado: La fecha de término de la relación laboral indicada en la liquidación de los beneficios sociales, o en la constancia policial, o acta inspectiva del Ministerio de Trabajo en los casos de despidos de facto; y en caso de los empleados públicos y docentes del sector público, será la fecha que se establezca en el decreto o resolución en la que consta su retiro, cese o baja de la institución a la cual pertenecía.

Invalidez Temporal: La fecha de ocurrencia del evento o siniestro es la indicada en el certificado médico en el que se detalla la dolencia. En el certificado médico debe señalarse también el tiempo de enfermedad, período de invalidez y justificación médica de la invalidez.

Muerte Accidental: La fecha de la muerte del ASEGURADO.

Invalidez total y Permanente por Accidente: La fecha de ocurrencia del evento o siniestro es la indicada en el certificado médico en el que se detalla la dolencia. En el certificado médico debe señalarse que la invalidez es total y permanente y la justificación médica de la invalidez. Para tener derecho a la indemnización, el ASEGURADO deberá acreditar la situación invocada con los documentos señalados más adelante.

El ASEGURADO o Beneficiario, según corresponda, deberá presentar la documentación indicada a continuación en las oficinas de la COMPAÑÍA. Los documentos requeridos en caso de siniestros son los siguientes, los mismos que deberán ser presentados en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Desempleo Involuntario e Injustificado

Trabajadores del Sector Privado:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO
- b) Carta de despido de la empresa. **Podrá aceptarse carta de renuncia del trabajador ASEGURADO, si la liquidación de beneficios sociales se da por "mutuo disenso"**. En caso de no contar con carta de despido formalmente cursado por el empleador, se deberá presentar la Constatación Policial o de la Autoridad Administrativa de Trabajo que den cuenta del despido de hecho o de facto producido. Para casos de hostilidad, se admitirá como documento alternativo, el medio de prueba que demuestre que su renuncia no fue voluntaria.
- c) Las tres (3) últimas boletas de pago de remuneraciones, donde se indique la fecha de inicio de la relación laboral.

- d) El contrato de trabajo, en caso de trabajador sujeto modalidad a plazo fijo, **el cual deberá contar con el sello del Ministerio de Trabajo como constancia de recepción**. En caso de contratación verbal, deberá acreditar los pagos realizados por el empleador.
- e) 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, en los supuestos que corresponda. Para casos de hostilidad, se admitirá como documento alternativo, el medio de prueba que demuestre que su renuncia no fue voluntaria.
- f) Certificado de Trabajo (debe detallar el período laborado por el trabajador cesado y los motivos del cese, en caso corresponda)
- g) Certificado de Aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.
- h) Carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador.
- i) Declaración jurada del ASEGURADO manifestando que a la fecha del siniestro el mismo se encuentra en situación de Desempleo.

Trabajadores del Sector Público y Docentes del Sector Público_

- a) DNI o documento oficial de identidad del ASEGURADO
- b) Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador cubiertos por la Póliza.
- c) Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública)
- d) Declaración jurada del ASEGURADO manifestando que **a la fecha del siniestro el mismo se encuentra en situación de Desempleo**.

Invalidez Temporal

ASEGURADO Independiente:

- a) DNI o documento de identidad del ASEGURADO
- b) Autorización del ASEGURADO para revisión de sus historias clínicas
- c) Copia de los tres (3) últimos Recibos por Honorarios.
- d) Certificado de Renta de 4ta categoría
- e) Declaración Jurada de Renta de 3ra Categoría (para personas naturales con negocio)
- f) Certificado médico original que acredite la Invalidez Temporal.
- g) Informe médico que indique el período de tiempo en que el ASEGURADO permanecerá incapacitado de ejercer su actividad laboral, detallando:
 - Causas de la invalidez
 - Diagnóstico definitivo
 - Tratamiento realizado
 - Pronóstico
 - Días de descanso
 - Numero de Historia Clínica
 - Clínica u Hospital donde recibió la atención
 - Médico Tratante
 - Fecha de atención

Muerte Accidental

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tuviese;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o herederos legales;
- e) Acta de sucesión intestada o testimonio de testamento (notarial) o declaratoria de herederos (judicial), en caso no se hayan designado beneficiarios;
- f) Atestado Policial completo, en caso corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda;
- h) Resultado de Dosaje Etílico, en caso corresponda y
- i) Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse con Resolución Judicial firme.

Invalidez Total y Permanente por Accidente

- a) Documento de identidad del ASEGURADO;
- b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
- c) Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez, otorgado 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, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente.

Para todos las coberturas, la COMPAÑÍA podrá solicitar documentos adicionales a los señalados previamente, con el fin de complementar la evaluación del siniestro y/o la continuidad de la situación de desempleo o invalidez los que serán solicitados dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro.

Para tener derecho a la indemnización, el CONTRATANTE, ASEGURADO o Beneficiario deberá acreditar la situación invocada con los documentos señalados más adelante.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

En las oficinas de la COMPAÑÍA o del CONTRATANTE.

Medios habilitados por la COMPAÑÍA para que el ASEGURADO presente reclamos:

El CONTRATANTE, 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 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:

- a) Nombre completo del usuario reclamante.
- b) Fecha de reclamo.
- c) Motivo de reclamo.
- d) Tipo de Seguro, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro contratado con Chubb Seguros Perú (solo para clientes).
- e) Detalle del reclamo.

Una vez presentado el reclamo, se le asigna un número para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo.

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, según corresponda

- Defensoría del Asegurado Telefax: 01 421-0614
- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP: Teléfonos: 0-800-10840, (511) 200-1930,
- INDECOPI: Teléfono 224 7777

Importante

- 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 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.
- Las comunicaciones que le curse el ASEGURADO 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 al comercializador 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.
- La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE / 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 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.
- **Agravación del Riesgo:**
Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a LA COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado

Fecha de emisión: _____

Firma del Funcionario autorizado de la COMPAÑÍA