

Microseguro de Muerte Accidental

Información General

Solicitud No:
 Código SBS:
 Póliza No:

Empresa de Seguros	
Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 267, Oficina 402, San Isidro, Lima, Perú	
Teléfono: 417-5000	
Correo electrónico: atencion.seguro@chubb.com	
Página web: www.chubb.com/pe	

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

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

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

Cónyuge o Concubino (a)	
Nombres y Apellidos:	
DNI / CE:	
Fecha de Nacimiento:	

Cuestionario de Salud (en caso haya contratado las Coberturas de Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad y/o Reembolso de Gastos Médicos por Accidente)	Si	No
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que requiera o esté llevando tratamiento, observación médica u hospitalización?		
¿Le han detectado algún tumor o Cáncer?		
¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial?		
En caso de respuesta afirmativa, sírvase brindar detalle (atenciones que hayan tenido):		

Coberturas	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Coberturas Principales			
<p>MUERTE ACCIDENTAL: En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada estipulada, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro. Se cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente.</p>	S/	S/	S/
<p>AUXILIO EDUCATIVO: En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la renta mensual temporal señalada en la Solicitud-Certificado, en los plazos y términos que se señalan en la misma, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro.</p> <p>Esta cobertura cubre la muerte accidental del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de Chubb Seguros Perú que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.</p>	S/	S/	S/
<p>DESAMPARO FAMILIAR SUBITO: En caso que el ASEGURADO y su Cónyuge o Concubina(o) declarada(o) en esta Solicitud-Certificado fallezcan a consecuencia de un mismo accidente y siempre que ambos fallecimientos ocurran dentro del plazo de veinticuatro (24) horas de ocurrido dicho accidente, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada estipulada, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro. Esta cobertura será indemnizada siempre y cuando existan hijos menores de edad al momento del fallecimiento de ambos padres.</p>	S/	S/	S/
<p>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE: En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada estipulada, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por este seguro. Se considerará que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si presenta alguna de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Estado absoluto e incurable de alienación mental (descerebramiento) que no permitiera al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida; b) Fractura incurable de la columna vertebral; c) Ceguera total de los 2 ojos; d) Ceguera total de 1 ojo y pérdida funcional de 1 miembro; e) Pérdida funcional de 2 o más miembros. 	S/	S/	S/

DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE: En caso de Pérdida Total de algún órgano o miembro del ASEGURADO a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, Chubb Seguros Perú pagará la suma asegurada que corresponda para esta cobertura basándose en la tabla de indemnizaciones que se anexa a la presente Solicitud-Certificado, siempre que la causa directa y única fuera un accidente amparado por este seguro.	S/	S/	S/
Coberturas Adicionales			
XXXXX	S/	S/	S/
XXXXX	S/	S/	S/
XXXXX	S/	S/	S/
XXXXXX	S/	S/	S/
PLAN ELEGIDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prima

La prima convenida será pagada mensualmente (i) de forma directa en las oficinas de la aseguradora o comercializador, (ii) a través de cargo en cuenta del contratante, (iii) descuento por planilla, los días 9 o 24 de cada mes, según corresponda. Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado, se otorga un plazo de gracia adicional de treinta (30) días calendario contados desde el día siguiente al último día que el Contratante (el que corresponda) tuvo para cancelar la prima, vencido el cual el contrato quedará resuelto a partir de la fecha en que culmina el periodo de gracia. Durante el período de gracia la cobertura de la póliza permanecerá vigente.

Prima Comercial : S/
Prima Comercial + IGV : S/
Periodicidad de Pago: XXX
TCEA: XX%
Forma de Pago: XXXX

La prima comercial incluye:

Cargos de Agenciamiento por la intermediación de corredores: XXXX (si fuera el caso)

Cargos por la contratación de comercializadores: XXXX (si fuera el caso)

Cargo por agenciamiento por la contratación de promotores de seguros: XXX (si fuera el caso)

Cargo en Tarjeta o Cuenta

Sírvase cargar en mi tarjeta/cuenta, la cuota mensual de mi Seguro por Muerte Accidental que he decidido pagar. 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 predeterminadas por el CONTRATANTE, con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en curso. Sin perjuicio de ello, el CONTRATANTE podrá solicitar la resolución del microseguro.

TARJETA/CUENTA Nro.:

La cuota mensual se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo. La prima considera los impuestos vigentes al momento de su emisión. Las cuotas mensuales se calcularán según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

De ser la tarjeta de crédito el medio de pago: En caso de cambio de número de tarjeta por cualquier circunstancia, el CONTRATANTE autoriza la afiliación del cargo automático de este microseguro a la tarjeta que se emita en sustitución de la anterior, sin perjuicio de ello, es obligación del CONTRATANTE informar a al COMERCIALIZADOR el cambio de número de la tarjeta de crédito para poder continuar efectuando los cargos del microseguro.

El COMERCIALIZADOR no será responsable en los casos en los que no se pueda realizar el cargo por no contar con línea suficiente en la tarjeta de crédito o con saldo suficiente en la cuenta bancaria o algún error en la consignación del número de la tarjeta de crédito o de la cuenta bancaria. El CONTRATANTE podrá desafiliarse del cargo automático hasta 48 horas antes de la fecha de vencimiento de pago de la prima. La póliza simplificada deberá ser entregada los CONTRATANTES en el plazo máximo de diez (10) días contados desde la fecha en que la Compañía o el Comercializador recibe la solicitud de Seguro.

Beneficiario(s)

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Parentesco	%

Importante

- La vigencia de la póliza es anual, con renovación automática por periodos iguales.
- La COMPAÑÍA se obliga a entregar la Póliza al CONTRATANTE dentro del plazo de diez (10) días calendario de haberse solicitado el seguro.
- La empresa 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 por Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.

Declaración

El CONTRATANTE declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, Póliza Simplificada, Condiciones Especiales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita, accediendo a la página web de la COMPAÑÍA: www.chubb.com/pe, o de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's: www.sbs.gob.pe.

Declaraciones del CONTRATANTE

El CONTRATANTE reconoce que cualquier declaración inexacta o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable conllevará a la nulidad del contrato de seguro, quedando Chubb Seguros Perú S.A liberada de cualquier responsabilidad. El Contratante autoriza expresamente a Chubb Seguros Perú S.A, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

La COMPAÑÍA y el CONTRATANTE señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El CONTRATANTE notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para este contrato de seguro. Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito 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.

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, el CONTRATANTE queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la COMPAÑÍA, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La COMPAÑÍA utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la Aseguradora utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al CONTRATANTE información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El CONTRATANTE reconoce y acepta que la COMPAÑÍA podrá encargarse del tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados por el CONTRATANTE son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el CONTRATANTE decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la COMPAÑÍA. Conforme a ley, el CONTRATANTE está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la ley inicialmente mencionada, mediante el procedimiento que se indica en dicha ley.

El CONTRATANTE autoriza de forma expresa a Chubb Seguros Perú S.A., el uso de los datos personales proporcionados en la contratación del presente microseguro, 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

Tabla de Indemnizaciones

Por Desmembramiento por Accidente

<ul style="list-style-type: none">• Pérdida total de los 2 ojos• Pérdida total de 2 o más miembros• Pérdida total de 1 ojo y de 1 miembro	100%
<ul style="list-style-type: none">• Pérdida total de 1 miembro superior (brazos)• Pérdida total de 1 mano o de 1 miembro inferior (pierna).• Pérdida total de los 2 oídos.• Pérdida total de 1 ojo, tratándose de un asegurado que	50%

sufría de ceguera total del otro.	
• Pérdida total de 1 pie.	40%
• Pérdida total de 1 ojo.	35%
• Pérdida total de 1 oído en caso de que el asegurado ya hubiere tenido sordera completa del otro.	25%
• Pérdida total de 1 pulgar.	20%
• Pérdida total del índice derecho. • Pérdida total del índice izquierdo.	15%
• Pérdida total de 1 oído.	13%
• Pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano.	5%
• Pérdida total de 1 dedo del pie.	3%

Disposiciones:

- A.1 Por la pérdida total de varios miembros u órganos la indemnización total no podrá exceder del 100% de la suma asegurada indicada en la Solicitud – Certificado del Seguro.**
- A.2 Asimismo, el total de indemnizaciones por uno o más accidentes ocurridos durante el periodo de cobertura de esta póliza, no podrán en ningún caso, exceder del 100% de la suma asegurada.**
- A.3 La pérdida de cada falange se calculará en forma proporcional, en relación a la pérdida del dedo completo correspondiente.**
- A.4 La indemnización por la pérdida total de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos o falange perdidos. Igual procedimiento se seguirá para avaluar la pérdida de varios miembros, pero en ningún caso la indemnización podrá ser mayor del 100% del capital asegurado.**

Contratante