

Seguro de Protección por Muerte Accidental

Solicitud-Certificado N° XXXXX

Póliza N° XXXX

Código Reg: SBS AE2036100081 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Corredor de Seguros: XXX

Reg. Oficial N°: XXX

Datos Generales de la Solicitud-Certificado

Inicio de vigencia: las 12 hrs. Del ____

Fin de vigencia: las 12 hrs. Del ____, o cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

Renovación: Facultativa

Vigencia: xxxx

Corredor:

Cód. SBS N°: XXXX

Comisión:

Compañía de Seguros

Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.

Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima

RUC: 20390625007

Teléfono: 417-5000

Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com

Página web: www.chubb.com/pe

Contratante

Contratante

Persona Natural

Nombres y Apellidos:

Dirección:

Provincia:

Teléfono:

Tipo y N° Doc. Identidad:

Distrito:

Departamento:

Correo Electrónico:

Persona Jurídica

Razón Social o Denominación Social:

Dirección:

Provincia:

Teléfono:

RUC:

Distrito :

Departamento:

Correo Electrónico:

Asegurado (llenar si es distinto al Contratante)

Nombre:

DNI / CE :

Lugar de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad :

Señas Particulares:

Profesión / Ocupación:

Dirección :

Distrito :

Provincia :

Departamento :

Teléfono :

Centro Laboral :

Cargo :

Relación con el Contratante:

Correo electrónico:

Condiciones para ser Asegurado

Podrán asegurarse bajo este seguro las Personas Naturales que cumplan con los siguientes límites de asegurabilidad:

- Edad Mínima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Permanencia: xxxx

Beneficiarios

Beneficiarios para las Coberturas de Muerte Accidental y Sepelio por Accidente

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| | | |
| | | |

Beneficiarios para la Cobertura de Auxilio Educativo

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| | | |
| | | |

Descripción del Interés Asegurado

Cubrir al ASEGURADO de los riesgos cubiertos bajo este seguro, conforme a los términos y condiciones establecidos en el presente seguro.

Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites

Coberturas y Sumas Aseguradas

Los riesgos cubiertos por la presente póliza son:

- Muerte Accidental: XXXX
- Sepelio por Accidente: XXXX
- Auxilio Educativo por Accidente: XXXX mensuales por XX meses por hijo (máx. 2 hijos)

Coberturas otorgadas mediante Clausulas Adicionales, siempre que hayan sido contratadas

- XXX: XXXX
- XXX: XXXX

Exclusiones

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

- 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.
- Duelo concertado, suicidio o intento de suicidio.
- Participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos, cuando ello sea la causa del siniestro.
- Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que actuó en legítima defensa.
- Participación del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de vehículos motorizados (automóviles, motocicletas, lanchas o avionetas).
- 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.

- h) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- i) La práctica de deportes peligrosos. Ejemplos: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, box, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros y cacería de fieras.
- j) 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 o similares, bombero, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- k) El desempeño del ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, o 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.
- l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo, insolación o congelación. Esta póliza se rige por las disposiciones legales peruanas vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente; aun cuando no sea accidente de tránsito se tomará como referencia dicho límite. 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.
- m) Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- n) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- o) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- p) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
- q) Enfermedades de cualquier especie, sean ellas corporales o psíquicas, aunque sean una consecuencia de intoxicaciones, de picaduras o mordeduras de insectos, de impresiones ni de las dolencias provenientes del ejercicio de una profesión u oficio determinado, que se conoce con el nombre de enfermedades profesionales.

En caso de contratarse alguna(s) Cláusula(s) Adicional(es) verificar sus exclusiones en el propio documento que las contiene.

Pago de la Prima

Prima Comercial: XXXX

Prima Comercial + IGV: XXXX

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: con cargo (mensual en caso de prima fraccionada / anual) en la Tarjeta de Crédito del Asegurado Titular

- 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.

Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Solicitud-Certificado, 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 de la Solicitud-Certificado, siempre que la Solicitud-Certificado no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la Solicitud-Certificado, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó su solicitud.

Derecho de Resolver sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

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

Durante la vigencia del seguro no se pueden modificar los términos de la póliza contratada sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien contará con un plazo de treinta (30) días para tomar una decisión respecto a las modificaciones propuestas, a partir de la fecha en que reciba una comunicación de LA COMPAÑÍA, informando en caracteres destacados las modificaciones que se propone incorporar en el contrato de seguro.

En los seguros de grupo, la COMPAÑÍA debe proporcionar la documentación suficiente al contratante para que este último haga de conocimiento de los asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, conforme a lo señalado en el párrafo anterior.

La falta de aceptación expresa de las modificaciones propuestas no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deben respetar los términos en los que el contrato fue inicialmente acordado hasta el fin de vigencia pactado.

Terminación del Seguro

Este contrato terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) La indemnización de las coberturas, las que son acumulativas.
- b) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- c) Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, en caso ésta no haya sido renovada.
- d) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- e) 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 la Cobertura

En caso de fallecimiento del ASEGURADO causado por un accidente, el Beneficiario deberá cumplir con lo siguiente:

- 11.1 **Aviso del Siniestro:** Dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Póliza, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario desde que se tiene conocimiento de la ocurrencia o 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, supuestos en donde será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales
- 11.2 **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los

siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes 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, en caso lo tenga en su poder;
- b) Partida o Acta de Defunción; el cual podrá obtenerlo ante RENIEC
- c) Certificado Médico de Defunción completo; el cual podrá obtenerlo ante el Médico Tratante
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda;
- e) Copia literal de la inscripción de la Sucesión Intestada o Testamento expedido por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos, que designe a los Herederos Legales o Beneficiarios, según corresponda.
- f) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, según corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia completo, según corresponda; y
- h) Resultado de Dosaje Etflico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

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

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 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 que 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 que 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 etflico, 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.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

La COMPAÑÍA / el CONTRATANTE

Medios Habilitados para Presentar Consultas y/o Reclamos (incluye consultas sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro):

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(*)
- 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 o (51-1) 417-5000 (*)

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 Solicitud-Certificado (sólo para clientes)
- 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:** 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 Servicios al Ciudadano, 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 para el Uso de Datos Personales

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

Autorización Acceso a Historia Clínica

El ASEGURADO TITULAR autoriza de forma expresa a LA COMPAÑÍA para acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera con la finalidad de realizar una validación del evento asegurado y los términos señalados en la presente póliza.

Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el ASEGURADO 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 y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para esta 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 esta Solicitud-Certificado se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Condiciones 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 a Corredores de Seguros Falabella, 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 (incluyendo la bancaseguro) 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 Chubb Seguros Perú S.A.
- 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

CARGAS

- *El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se 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.*

Fecha de emisión: XXXX

Firma del Funcionario autorizado de la COMPAÑIA

MODELO