

Seguro Renta Plus

Certificado de Seguro N°

Póliza N° _____

Código SBS: Adecuado a la Ley 29946 y sus Normas Reglamentarias

Datos Generales del Certificado de Seguro

Fecha de emisión:
 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: Vigencia:
 Corredor: Código SBS N°:
 Comisión:

Compañía de Seguros

Nombre : Chubb Seguros Perú S.A. RUC: 20390625007
 Dirección : Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro
 Teléfono : 417-5000 / Fax 221-3313
 Página Web : www.chubb.com/pe
 Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com

Contratante (Persona Jurídica)

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

Contratante (Persona Natural)

Nombres y Apellidos:
 Tipo y N° Doc. Identidad: Lugar de Nacimiento:
 Fecha de Nacimiento: Nacionalidad:
 Dirección: Distrito:
 Provincia: Departamento:
 Teléfono: Correo Electrónico:

Asegurado Titular

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

Asegurado(s) Adicional(es)

Nombres y Apellidos:
 Tipo y N° Doc. Identidad: Lugar de Nacimiento:
 Fecha de Nacimiento: Nacionalidad:
 Dirección: Distrito:
 Provincia: Departamento:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Relación con el Asegurado Titular:

Requisitos para ser Asegurado

Podrán asegurarse bajo este seguro en condición de ASEGURADO titular y/o asegurado adicional (cónyuge/conviviente o dependientes) las personas naturales mayores de 18 años hasta los 64 años con 364 días, pudiendo permanecer asegurado hasta la edad de 69 años y 364 días. Asimismo se podrán asegurar los hijos reconocidos o legalmente adoptados y solteros, desde los 0 años, pudiendo permanecer hasta los 24 años y 364 días de edad.

Beneficiarios

Nombres Apellidos Paterno Apellido Materno % de Capital Parentesco

Descripción Del Interés Asegurado

Cubrir al CONTRATANTE o ASEGURADO en caso de muerte accidental.

Coberturas y Sumas Aseguradas

<u>Coberturas Principales</u>	<u>Suma Asegurada</u>	
• Muerte Accidental	US \$	S/
<u>Coberturas Adicionales</u>		
• XXXXX	US \$	S/
• XXXXX	US \$	S/

Exclusiones

Queda excluido de la cobertura de este Certificado de Seguro, el fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- Suicidio o intento de suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia del seguro o contados a partir de la última rehabilitación.
- 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.
- Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 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.
- Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa (o indicios de ella).
- Los accidentes causados por violación por parte del ASEGURADO de cualquier

norma legal.

j) La práctica de deportes peligrosos: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros, cacería de fieras, motociclismo y/o deporte de invierno.

k) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.

l) El desempeño del 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.

m) Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.

n) 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.

o) En estado de sonambulismo, insolación o congelación.

p) Los denominados “accidentes médicos”: apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos.

q) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan; vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.

Coberturas Adicionales

Tener presente que en caso de contratación de Coberturas Adicionales, existen exclusiones específicas que se señalan en sus respectivas Cláusulas Adicionales.

Prima

Prima Comercial : XXX

Prima Comercial +IGV: S/ XXX

Forma de pago: Con cargo en Tarjeta / Cuenta del ASEGURADO TITULAR

Total de cuotas pactadas: XXX

TCEA: xxx% (en caso de pago fraccionado)

Tarjeta N° XXXXX / Cuenta N° XXXXX

Las cuotas consideran los impuestos vigentes al momento de su emisión. Tipo de cambio referencial: S/ XX. Las cuotas mensuales se cargarán en Soles al tipo de cambio, en caso la moneda de la cuenta o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro, y según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

En caso el seguro se cargue en una tarjeta o cuenta:

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO, las cuotas se cargarán mensualmente en la tarjeta/cuenta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación, según las fechas predeterminadas por el CONTRATANTE.
- 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.
- 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 primas correspondientes al Seguro, el Contrato de Seguro se extinguirá a los noventa (90) días del incumplimiento de la primera cuota impaga.

Riesgos Cubiertos

Muerte Accidental: En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza la COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, en los plazos y términos que se señalan en las mismas, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro.

El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA 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 sobrevinidos al tratar de salvar vidas humanas.

Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el 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, siempre que el seguro 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 su Certificado de Seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales

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 por escrito o vía telefónica. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso 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 él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Terminación del Seguro

El contrato de seguro 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 Póliza, en caso ésta no haya sido renovada.
- d) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

Beneficiarios

El ASEGURADO designará a sus Beneficiarios en la solicitud de seguro. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios. Para que sea válida la designación de un nuevo Beneficiario deberá constar en un endoso en la póliza o en un tercer documento legalizado por

notario público.

El cambio de Beneficiarios será efectivo en a partir de la fecha de comunicación efectuada a la COMPAÑÍA, quien elaborará el endoso para dejar constancia de la modificación o registrará el documento legalizado efectuado por el ASEGURADO. Con antelación a la fecha del endoso la COMPAÑÍA no será responsable por continuar tomando como correcto los Beneficiarios nombrados anotados previamente.

La suma asegurada será pagada a los Beneficiarios cuya designación se encuentre vigente al fallecimiento del ASEGURADO. Si uno de los Beneficiarios no viviera o no quisiera recibir su parte, ésta acrecentará la de los otros beneficiarios en partes iguales.

Los Beneficiarios no tienen ni transmiten derecho alguno si fallecen antes que el ASEGURADO. Por lo tanto, en caso de fallecimiento de los Beneficiarios antes que el ASEGURADO, o de no haberse designado Beneficiarios, la suma asegurada será pagada a los herederos legales.

En caso de duda sobre a quién o a quiénes debe efectuarse el pago, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante la autoridad judicial competente, a fin de que sea la autoridad judicial quién determine quiénes deben recibirla, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad con los Beneficiarios que aleguen derecho sobre la indemnización.

Procedimiento para Solicitar la Cobertura en Caso de Siniestro

Si ocurriera un suceso que diera lugar a solicitar la cobertura bajo esta Póliza, el ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán:

Aviso de Siniestro: Comunicarlo por escrito o por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de configuración de la muerte del ASEGURADO o de conocido el beneficio, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor.

Presentación de Documentos: Los BENEFICIARIOS y/o Herederos Legales deberá(n) presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o **certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada**):

- a) Partida o Acta de Defunción;
- b) Certificado Médico de Defunción completo;
- c) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales.
- d) Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito (a) en los Registros Públicos que los designe como tales, según corresponda.
- e) Copia certificada del atestado Policial completo, en caso corresponda;
- f) Protocolo de Necropsia, según corresponda;
- g) Resultado de Dosaje Etilico (de haberse practicado); y
- h) Resultado de Análisis Toxicológico (de haberse practicado).

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.

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 COMPAÑÍA 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.

Asimismo, el ASEGURADO autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, COMPAÑÍA de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda brindar cualquier información solicitada por la COMPAÑÍA para determinar y verificar el grado y efectividad de las lesiones originadas por el accidente.

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

Lugares Autorizados para solicitar la Cobertura

La COMPAÑÍA (ver todos los datos en el numeral 1 precedente)

El COMERCIALIZADOR:

Nombre: XXX

Dirección: XXX

Teléfono: XXX

Página Web. XXX

Información Adicional

Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro: Ver RESUMEN.

Medios habilitados para solicitar la cobertura y 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 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

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.

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 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:** Plataforma de Atención al Usuario, Teléfono: (01) 200-1930 en Lima o 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 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.

Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO 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, considerándose como tal el uso de correos electrónicos si es que fue pactado como medio de comunicación.

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 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.

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 en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.
- 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 ASEGURADO TITULAR / CONTRATANTE, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el ASEGURADO / CONTRATANTE al comercializador se consideran abonados a la COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- 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 Transparencia de Información y Contratación con usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
- Deducibles, Franquicias o Copago: No aplican
- 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 las cuotas de la prima antes indicada.

- **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**

Fecha de emisión: XXXX

FIRMA FUNCIONARIO DE CHUBB SEGUROS PERÚ