

SEGURO VIDA INTEGRAL(Póliza Nro. 42 – 23204) (Para créditos otorgados en soles)
y 42-23206 (Para créditos otorgados en dólares)
Código SBS N° VI2037200158, adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Datos del Asegurado Titular	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y Número de documento de Identidad:	
Fecha de Nacimiento:	Relación con el Contratante: Cliente
Domicilio (Calle / N° / Distrito / Provincia / Departamento):	
Correo electrónico:	
Datos del Crédito	
Monto:	
Plazo (Meses):	
Número de crédito:	
La Compañía de Seguros (La Compañía)	
Razón Social: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	RUC: 20390625007
Domicilio: Calle. Amador Merino Reyna Nro.267, Ofic. 402; San Isidro; Lima- Perú	Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página Web: www.chubb.com/pe
Datos de la Solicitud-Certificado	
Fecha de emisión:	Moneda: Soles () Dólares ()
Fecha de inicio de Vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte de EL CONTRATANTE	Fecha de fin de Vigencia:
Vigencia: La cobertura del seguro inicia desde el momento en que el crédito ha sido desembolsado al ASEGURADO, hasta la fecha pactada para cancelación del crédito según cronograma inicial de pagos, emitida por el CONTRATANTE.	
Renovación: Facultativa	
Datos del Contratante/Comercializador	
Razón Social: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE TRUJILLO SA	
Tipo y Número de documento de Identidad: RUC 20132243230	
Domicilio (Calle / N° / Distrito / Provincia / Departamento): Jr. Pizarro Nro. 458 Cercado/ Trujillo / La Libertad	
Teléfono: 044 – 481-890	Página Web: www.cajatrujillo.com.pe

Condiciones para ser Asegurado

Se podrán asegurar bajo esta póliza cualquier persona natural que sean titulares de un crédito otorgado por el CONTRATANTE, que cumpla las siguientes condiciones:

- Edad de Mínima de Ingreso: 18 años
- Edad Máxima de Ingreso: 77 años con 364 días
- Edad Máxima de Permanencia: 80 años con 364 días

Datos del Beneficiario

El Beneficiario Titular es el CONTRATANTE. Este beneficio solo comprende el Saldo Insoluto, considerando intereses compensatorios y moratorios, que mantenga el ASEGURADO a la fecha del siniestro, **siempre que respete los límites previstos como Suma Asegurada.**

Para la diferencia que exista entre la Suma Asegurada contenida en la presente Solicitud-Certificado y el Beneficio pagado al Beneficiario Titular, a la fecha de ocurrencia del siniestro, los **Beneficiarios Adicionales** serán los siguientes:

- Para la cobertura de Invalidez total y permanente por Accidente e Invalidez Total y permanente por enfermedad el beneficiario será **EL ASEGURADO**
- Para la cobertura de Muerte Natural y Muerte Accidental los beneficiarios serán las personas designadas por **EL ASEGURADO** en la Solicitud- Certificado

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

Brindar cobertura al Asegurado, quien asume un crédito con el CONTRATANTE.

Coberturas	Suma asegurada
Muerte Natural*	<p>Monto Inicial del Crédito incluyendo intereses compensatorios, moratorios, siendo que dicho monto no podrá exceda el valor del crédito inicialmente desembolsado por el CONTRATANTE, lo cual represente el límite máximo a pagar en caso de siniestro por esta Solicitud-Certificado.</p> <p>En cualquier caso, la Suma Asegurada respaldada por esta Solicitud-Certificado u otra, incluyendo intereses compensatorios, moratorios, no podrá superar el límite máximo de \$350,000 (póliza 42 – 23204) o S/1,260,000 (póliza 42-23206) por ASEGURADO, considerando en este monto los acumulados.</p>
Muerte Accidental*	
Invalidez Total y Permanente por Accidente*	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad*	

*Las coberturas son excluyentes entre sí.

Detalle de las 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:

- a) **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.
- b) **Muerte Accidental:** Fallecimiento del ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente, el cual se encuentra definido en el rubro de Definiciones del presente documento. LA COMPAÑÍA cubrirá el fallecimiento que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.
- c) **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia de este seguro, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente: (i) que la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el presente documento; (ii) que el seguro principal esté vigente, y (iii) que la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones previstas.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente cubierto por este seguro.

La COMPAÑÍA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

Se brinda cobertura en el territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

- d) **Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:** La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia de este seguro, alguna enfermedad que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente: (i) que la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el presente documento; (ii) que el seguro principal esté vigente, y (iii) que la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones previstas.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por una enfermedad cubierta por este seguro.

Se brinda cobertura en el territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

Exclusiones

Quedan excluidos de las coberturas indicadas, los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

Para las coberturas de Muerte Natural y Muerte Accidental:

- a) Preexistencias al inicio de vigencia del seguro, de acuerdo a las definiciones establecidas en el presente documento.
- b) Suicidio consciente y voluntario dentro de los dos (02) primeros años de vigencia del seguro, intento de suicidio, autolecciones o automutilación.
- c) Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial.
- d) Participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- e) Participación en deportes notoriamente peligrosos, de acuerdo a las definiciones establecidas en el condicionado general.
- f) 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.
- g) 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.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a) Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial.
- b) Participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- c) Participación en deportes notoriamente peligrosos. Ejemplos: inmersión y caza submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo, parapente, saltos al vacío desde puntos elevados, esquí acuático y sobre nieve, boxeo, rugby, fútbol americano, carreras de caballo, corrida de toros y cacería de fieras, salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante la vigencia del seguro y sean expresamente aceptados por LA COMPAÑÍA en el presente documento, previo pago de la extra prima que corresponda.
- d) Los accidentes que se produzcan bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes, salvo cuando EL ASEGURADO hubiera sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo el fallecimiento.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

- a) Enfermedades pre-existentes al inicio del seguro. Entendiéndose como tales cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el asegurado o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro
- b) El abuso de drogas, estupefacientes y/o alcohol.

Prima Comercial

La prima comercial se calcula multiplicando la **Tasa Comercial Mensual**, por el **Monto Inicial del Crédito** por el **Número de Meses del Crédito**. Este monto será financiado por el **CONTRATANTE** como parte del monto del crédito a otorgar.

Tasa Comercial Mensual (*): 0.080%

(*): Este producto está inafecto de IGV

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: Cinco por ciento / J0288

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: Cincuenta punto cincuenta por ciento

- **Frecuencia de pago:** Pago única adelantado
- **Forma de pago:** Cargo al crédito

El valor de la prima comercial se cobra en el mismo tipo de moneda que se hizo el desembolso

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar Cobertura

- 1) **Aviso del siniestro:** Dar aviso a la **COMPAÑÍA**, **COMERCIALIZADOR** o **CORREDOR DE SEGUROS**, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario

siguientes a la fecha que tomó conocimiento del suceso 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, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el artículo 19.11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.

- 2) **Documentos:** Posteriormente, para efectuar la Solicitud de Cobertura, se deberá presentar en las oficinas de la COMPA-ÑÍA, COMERCIALIZADOR o CORREDOR DE SEGUROS, según corresponda, 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:

En caso de Muerte Natural:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder;
- b) Partida o Acta de Defunción, emitida por RENIEC;
- c) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por el Beneficiario;
- d) Ficha Ruc y/o DNI del (los) Beneficiario(s)
- e) Certificado de Defunción de ASEGURADO, emitido por el médico o personas autorizadas por la autoridad sanitaria;
- f) Documento médico en el que conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad que desencadenó el fallecimiento, según corresponda.

En caso Muerte Accidental, se deberá presentar:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder;
- b) Partida o Acta de Defunción, emitida por RENIEC;
- c) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por el Beneficiario;
- a) Ficha Ruc y/o DNI del (los) Beneficiario(s)
- b) Atestado Policial Completo, según corresponda;
- c) Protocolo de Necropsia (cuando corresponda), emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación;
- d) Resultado de Dosaje Etilico (de haberse practicado); y
- e) Resultado de Análisis Toxicológico (de haberse practicado).

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

En caso Invalidez total y permanente por accidente:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO y/o solicitante, según corresponda;
- b) Atestado Policial o Parte Policial, completo, en caso corresponda;
- c) Resultado de examen toxicológico (de haberse realizado);
- d) Certificado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, COMAFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación);
- e) Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante;
- f) Historia Clínica en copia fedateada y foliada por la institución de salud (en caso que el formato Declaración Médica no fuese suficiente para evaluar el siniestro);
- g) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE; y
- h) Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.

En caso Invalidez total y permanente por enfermedad:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO y/o solicitante, según corresponda;
- b) Certificado de Invalidez Total y Permanente por enfermedad, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, COMAFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación);
- c) Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante;
- d) Historia Clínica en copia fedateada y foliada por la institución de salud (en caso que el formato Declaración Médica no fuese suficiente para evaluar el siniestro); y
- e) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.

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:

- a) Documento de Identidad del (los) Herederos ,
- b) 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 o BENEFICIARIO 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 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 LA COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente, información o documento, relacionado al siniestro, que estime pertinente para la calificación y liquidación del siniestro, lo cual deberá ser solicitado dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días de los que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro

La COMPAÑÍA: atencionalcliente@chubb.com

El COMERCIALIZADOR: soluciones@cajatrujillo.com.pe

EL CORREROS DE SEGUROS: contacto@laprotectora.com.pe

Derecho de Arrepentimiento

Si la Solicitud Certificado ha sido ofertado 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, según corresponda, 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 las mismas no sean condición para contratar operaciones crediticias. En los casos precedentes, corresponde a la COMPAÑÍA la devolución total de la prima recibida.

Para estos fines, 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 ejerzan su derecho de arrepentimiento, la devolución de la prima se realizará en la forma indicada por éstos, y en un plazo máximo de treinta (30) días computados desde la solicitud.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita quedando la Solicitud-Certificado resuelta de manera inmediata. Si la COMPAÑÍA ejerce dicho derecho, deberá comunicarlo previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 17° 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)

El CONTRATANTE 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.

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.

Terminación de Seguro

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

La muerte del ASEGURADO Titular.

b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia.

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.

La COMPAÑÍA procederá a reembolsar al CONTRATANTE/ASEGURADO, según corresponda, la prima en función al periodo no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la fecha de terminación.

Información Adicional

Lugares Autorizados para Solicitar la Cobertura:

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR / el CORREDOR DE SEGUROS.

Medios habilitados para Presentar Consultas y/o Reclamos:

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pueden 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 nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 (*).
- Escribiéndonos 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”.
- 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 quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de Atención: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

(**) Horario de Atención: De lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm

Instancias Habilitadas para Reclamos y/o Denuncias y/o Consultas

- 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
- INDECOP:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe

Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas, electrónicas y telefónicas

Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

El ASEGURADO acepta expresamente que la COMPAÑÍA comunique sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web www.chubb.com/pe. Esta autorización incluye compartir información con terceros para fines estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

EL ASEGURADO acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por LA COMPAÑÍA para realizar estudios estadísticos y de siniestralidad, remitir información sobre sus productos y servicios, a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita, así como el flujo transfronterizo de la información a otras entidades ubicadas en Estados Unidos con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de la COMPAÑÍA.

Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, cuyo listado completo se encuentra en la página web www.chubb.com/pe, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

EL ASEGURADO AUTORIZA: Sí _____ No _____ (marcar con una X)

EL ASEGURADO manifiesta que tiene conocimiento sobre sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignando nombre y apellidos, tipo y número de documentos de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a: atencion.seguros@chubb.com.

La COMPAÑÍA declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP-PJP N° 4036.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero.

Definiciones

Asegurado: Titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro. Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos según la Póliza.

Accidente: 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.**

Beneficiario Titular: Persona Natural o Persona Jurídica que tiene derecho a cobrar la suma asegurada (hasta el límite indicado en la Solicitud-Certificado) tras la ocurrencia del siniestro, en las proporciones señaladas en la Solicitud-Certificado de seguro.

Beneficiario(s) Adicional(es): Las personas naturales o jurídicas designadas por el ASEGURADO en la Solicitud-Certificado. El beneficio en favor de el/los Beneficiario(s) Adicional(es) comprende la diferencia que exista entre la Suma Asegurada declarada en la Solicitud-Certificado, y el saldo insoluto de la deuda (considerando intereses) a la fecha de ocurrencia del siniestro. En caso no existiese deuda del ASEGURADO a la fecha del siniestro y la póliza se mantuviera vigente, corresponde a el/los Beneficiario(s) Adicional(es) la totalidad de la Suma Asegurada.

Capacidad de Trabajo: Capacidad del ASEGURADO para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las Normas para la evaluación y calificación del grado de Invalidez del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución No. 232-98-EF/SAFP y/o sus normas modificatorias y/o complementarias.

Contratante: persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro.

Deportes notoriamente peligrosos: Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comporta una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican. Ejemplos: inmersión y caza submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo, parapente, saltos al vacío desde puntos elevados, esquí acuático y sobre nieve, boxeo, rugby, fútbol americano, carreras de caballo, corrida de toros y cacería de fieras.

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual

o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocida y formalizada por las entidades competentes.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una Enfermedad presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocida y formalizada por las entidades competentes

Muerte Natural: Es el deceso del ASEGURADO por cualquier causa, con excepción de Suicidio y de lo indicado en Muerte Accidental.

Pre-existencia: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la contratación.

Importante

1. La información contenida en esta 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.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro colectivo a la Empresa de Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
3. En el caso que este seguro se comercialice a través de un comercializador, Chubb Seguros Perú S.A. se hace responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador con motivo de la comercialización de la Póliza de Seguros, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 4143-2019. Asimismo, las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a Chubb Seguros Perú S.A.
4. De igual manera, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a Chubb Seguros Perú S.A. en la misma fecha de su realización. En el caso de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

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: ____ / ____ / ____



Juan Carlos Puyó de Zavala
CHUBB SEGUROS PERÚ S.A

Firma del ASEGURADO