

Microseguro Vida Sepelio
Condiciones Particulares N°

Póliza N°

Código SBS VI2038110127

Compañía de Seguros (LA COMPAÑÍA)

Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 2039625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 367 Of. 402 San Isidro	Teléfono: 417-5000/ 399-1212
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Pag Web: www.chubb.com/pe

Datos del Microseguro

Inicio de vigencia	Fin de vigencia
Renovación	

Datos del Contratante

Razón Social:	RUC:
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	Comisión:

Datos del Comercializador

Razón Social:	RUC:
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	Comisión:

Datos del Corredor de Seguro (en caso corresponda)

Nombre:	Código SBS:
Dirección:	Comisión:

Datos del Asegurado

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

Descripción del Interés Asegurado

Proteger al ASEGURADO contra el fallecimiento por cualquier causa.

Beneficiarios

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	% Participación

En caso de no designarse Beneficiario(s) de este seguro, la indemnización se pagará a los herederos legales 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.

Cobertura	
Detalle de Cobertura	Suma Asegurada
Fallecimiento: En caso el ASEGURADO fallezca durante la vigencia de esta Póliza, la COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, Póliza Simplificada o Solicitud-Certificado, según corresponda; en los plazos y términos que se señalan en las mismas, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro.	S/ USD

Prima y Forma de Pago

Prima Comercial (*)

Prima Comercial + IGV

(*) La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de microseguros y número de registro del corredor:

Cargos por la comercialización de microseguros a través de promotores de microseguros:

Cargos por la comercialización de microseguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:

Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores: XX

Condiciones para ser Asegurado

Edad Mínima de Ingreso: X

Edad Máxima de Ingreso: X

Edad Máxima de Permanencia: X

Exclusiones

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

- Enfermedad o accidente pre-existente, según la definición del artículo primero.
- Suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión..
- Guerra Civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- Eventos catastróficos de la naturaleza: terremoto, inundación, aluvión, huaico y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.
- Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto ilícito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que estos constituyan un delito o causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.

- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- h) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- i) 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.
- j) Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales montañosas o artificiales, práctica de "surf" y "puenting".
- k) El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO. Ejemplos: ser minero, bombero, vigilante, miembro de las fuerzas armadas o policiales.
- l) Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos y siempre que guarde relación causal con el accidente. A estos efectos, se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.50 gr/lt de alcohol en la sangre, según dosaje étílico, o cuando el Asegurado sea conductor de un vehículo de transporte público.
- m) Accidentes provocados dolosamente por el ASEGURADO.

Pago de la Prima y Suspensión de Póliza

Se deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en el presente documento

El incumplimiento de pago de la prima determina la suspensión automática del microseguro, sin necesidad de comunicación previa, desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un periodo de gracia en el presente documento. La COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida.

Resolución Automática por Falta de Pago de Prima

En caso el producto no cuente con un periodo de gracia detallado en el presente documento, entonces el microseguro quedará resuelto automáticamente a partir de la fecha de incumplimiento del pago de la prima, sin necesidad de comunicación previa por parte de la COMPAÑÍA.

Periodo de Gracia

XXX (cuando corresponda)

Terminación del Seguro

La cobertura del presente microseguro terminará indefectiblemente para el ASEGURADO en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- c) La falta de pago de la prima, luego de vencido el periodo de gracia, siempre que se haya brindado uno o en su defecto verificada la prima impaga.
- d) A solicitud expresa del ASEGURADO.

e) Por dolo o fraude cometido por el ASEGURADO o CONTRATANTE.

En caso de terminación del microseguro, La COMPAÑÍA devolverá las primas no devengadas al ASEGURADO cuando corresponda en un plazo máximo de 30 días calendario desde configurado el supuesto de terminación.

Resolución del Seguro

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar, sin expresión de causa, la resolución de su microseguro, mediante cualquiera de los mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del microseguro. La COMPAÑÍA deberá devolver la prima no devengada correspondiente ante tal situación, según corresponda.

Solicitud de Cobertura Fraudulenta

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho previsto en este microseguro:

- Si el ASEGURADO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.
- Si en cualquier tiempo, el ASEGURADO y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con representación o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Cobertura.
- Si la pérdida ha sido causada voluntariamente por el ASEGURADO, o con su complicidad o con su consentimiento.

Importante

1. El ASEGURADO tiene derecho a acceder al contenido de la póliza de seguro de grupo o colectivo o a solicitar copia de ella. La copia de la póliza debe ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la fecha en que la empresa o el comercializador reciben la solicitud del asegurado
2. Toda comunicación, reclamo o solicitud de cobertura dirigida al Comercializador sobre aspectos relacionados a los seguros contratados, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a LA COMPAÑÍA.
3. Todo pago realizado por el ASEGURADO al Comercializador con respecto a los seguros contratados se considerará abonado a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
4. LA COMPAÑÍA es responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de los seguros en que incurra el Comercializador y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los ASEGURADOS y/o beneficiarios.
5. **El presente seguro forma parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o muerte accidental, creado mediante la Ley 29355.**
6. Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas, electrónicas o telefónicas.

Autorización para Uso de Medios de Comunicación Pactados

El ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará LA COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro son los establecidos en este documento, salvo que la normatividad señale una forma específica de comunicación.

Envío Póliza Electrónica (cuando corresponda)

El ASEGURADO manifiesta conocer que LA COMPAÑÍA podrá enviar de forma electrónica la póliza al correo electrónico declarado en el presente documento.

Asimismo, el ASEGURADO declara que conoce sobre (i) las ventajas y posibles riesgos asociados al envío del presente seguro por medios electrónicos; (ii) las medidas de seguridad que le corresponden aplicar y que (iii) a efectos de garantizar la autenticidad e integridad del presente seguro el envío de la póliza de seguro se hará al correo declarado al presente documento con la firma correspondiente de un funcionario de la COMPAÑÍA.

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. 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 consignado 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: XXXX

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 XXXXX y el código XXXX.

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.

LA COMPAÑÍA

Comercializador

Asegurado

Fecha de Emisión