

Seguro Desgravamen de Crédito

Solicitud/ Certificado N°

Códigos SBS: VI2037410010 (Soles) Adecuados a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza N° 44-651

Compañía de Seguros (en adelante Chubb Seguros Perú)	
Razón Social: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros Domicilio: Calle Amador Merino Reyna N° 267, of. 402, San Isidro, Lima. Teléfono: 417-5000 Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com	RUC: 20390625007 Página Web: www.chubb.com/pe

Contratante	
Razón Social: Financiera QAPAQ S.A. Domicilio: Av. Pershing No. 455 Urbanización Country Club - Lima - Magdalena del Mar	RUC: 20521308321 Teléfono: (51-1) 205-4320

Suma Asegurada
El monto inicial del crédito, sin incluir intereses compensatorios ni moratorios, hasta un máximo de S/ 150,000 (o su equivalente en moneda extranjera) por ASEGURADO.

Vigencia
La cobertura del seguro inicia desde el momento en que el crédito haya sido desembolsado al ASEGURADO, hasta la cancelación total del crédito, siendo requisito indispensable para seguir en vigor que el ASEGURADO se encuentre en todo momento al día en el pago de las cuotas del crédito.

Asegurado Titular (relación con el Contratante: Prestatario)			
Nombres:		Apellidos:	
Tipo Doc. Identidad:	N° Documento:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Sexo: M__ F__	Nacionalidad:	Estado Civil:	Profesión:
Domicilio:		Teléfono:	
Urbanización:	Distrito:	Provincia:	Departamento:
Correo Electrónico:		Tipo de Crédito: Individual () Mancomunado ()	

Asegurado Adicional (llenar sólo en caso sea aplicable)			
Nombres:		Apellidos:	
Tipo Doc. Identidad:	N° Documento:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Sexo: M__ F__	Nacionalidad:	Estado Civil:	Profesión:
Domicilio:		Teléfono:	
Urbanización:	Distrito:	Provincia:	Departamento:
Correo Electrónico:		Relación con el Contratante: Prestatario	

Beneficiarios
En caso de siniestro, la COMPAÑÍA indemnizará el Saldo Deudor del Crédito al CONTRATANTE, como único Beneficiario. Si el ASEGURADO solicitó el Seguro bajo la modalidad de Monto Inicial, la diferencia entre el Monto Inicial y el Saldo Deudor le corresponderá a los Beneficiarios Adicionales designados por el ASEGURADO y, a falta de designación de Beneficiarios Adicionales, la diferencia le corresponderá a los Herederos Legales del ASEGURADO.

Beneficiarios Adicionales			
Nombres	Apellidos	Parentesco	%

Seguro Desgravamen de Crédito

Códigos SBS: VI2037410010 (Soles) Adecuados a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza N° 44-651

Requisitos para ser Asegurado

- Persona natural titular de un crédito otorgado por EL CONTRATANTE. Se puede asegurar a otros intervinientes del crédito (sujeto al pago de la prima respectiva).

Riesgos Cubiertos

- a) Muerte Natural b) Muerte Accidental

Edad máxima de Ingreso y de Permanencia

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 70 años y 364 días (inclusive)
- Edad máxima de permanencia: 75 años y 364 días (inclusive)

Descripción del Interés Asegurable

Cubrir la muerte del ASEGURADO, quien asume un crédito con el CONTRATANTE. En caso de contratarse coberturas adicionales, éstas ampliarán el Interés Asegurable.

Moneda

Soles

Prima Comercial y Forma de Pago

Tasa Comercial: 0.06779 % (mensual)

Tasa Comercial + IGV: 0.08 % (mensual)

Cálculo de la Prima Comercial: La COMPAÑÍA cobrará una Prima Única que se calculará multiplicando la **Tasa Comercial + IGV por el monto inicial del crédito por el número de meses**. Este monto será financiado por el CONTRATANTE como parte del monto del crédito a otorgar.

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Aviso del siniestro: EL CONTRATANTE y/o los Beneficiarios deberá(n) dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario desde el conocimiento del mismo 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.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá(n) presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o de EL CONTRATANTE los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada):

En caso de Muerte Natural:

- Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder.
- Acta o Partida de Defunción;
- Certificado Médico de Defunción completo;
- Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.
- Documento médico en el que conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad que desencadenó el fallecimiento.

En caso Muerte Accidental, adicionalmente se deberá presentar:

- Copia Certificada del Atestado Policial Completo, según corresponda;
- Protocolo de Necropsia completo, según corresponda;
- Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico; según corresponda.

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

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.

El CONTRATANTE/Beneficiarios/Herederos Legales podrá(n) presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente.

Descripción de los riesgos cubiertos

Muerte Natural o Accidental: En caso de muerte natural o muerte accidental del ASEGURADO durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará al CONTRATANTE la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares y Certificado de

Seguro Desgravamen de Crédito

Códigos SBS: VI2037410010 (Soles) Adecuados a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza N° 44-651

Seguro de la Póliza, en función a la modalidad de suma asegurada que haya elegido contratar (Monto Inicial o Saldo Deudor), y siempre que se cumpla lo siguiente: (i) que el Seguro contratado se encuentre vigente; (ii) que EL CONTRATANTE hubiera venido declarando los datos del ASEGURADO y que hubiera venido efectuando el pago de la prima a LA COMPAÑÍA, (iii) que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la Póliza, y (iv) que EL ASEGURADO no hubiere superado la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (01) año luego de producido un accidente cubierto bajo esta Póliza. 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.

La COMPAÑÍA cubrirá el fallecimiento que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

El Seguro brinda cobertura en territorio nacional e internacional durante las veinticuatro (24) horas del día.

Definiciones

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 consideran como Accidentes los llamados "accidentes médicos" tales como infarto de miocardio, edema agudo, trombosis, ataque epiléptico, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, accidente cerebro vascular; así como los casos de negligencia o impericia médica. Tampoco será considerado como Accidente aquellos sucesos originados como repercusión o como consecuencia de eventos, episodios o crisis de estos llamados "accidentes médicos".**

Enfermedades preexistentes: cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.

Solución de Controversias

Todas las desavenencias o controversias que pudieran derivarse de la ejecución o interpretación de esta Póliza y de los demás documentos o Endosos que formen parte del Contrato de Seguro, inclusive las que pudieran estar referidas a su nulidad o invalidez, serán resueltas ante el Poder Judicial. También podrá acudir a las instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias, precedentemente señaladas.

Derecho de Resolver el contrato sin expresión de causa

De acuerdo al Artículo 18° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida, el ASEGURADO 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.

Medios Habilitados para presentar consultas o reclamos

El Contratante, 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:

- En forma verbal o por escrito (mediante carta simple) en nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402, San Isidro, Lima. Central Telefónica (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 nuestros Ejecutivos de Atención al Cliente a nuestra central telefónica (51-1) 417-5000 (*).

En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender un 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 calendario contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

Otras Instancias Habilitadas para que el Asegurado Presente Reclamos y/o Denuncias, según corresponda

Defensoría del Asegurado: Dirección: Calle Amador Merino Reyna N°307, Piso 9, San Isidro, Lima; Web: www.defaseg.com.pe; Telefax: 01 421-0614.

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP: Plataforma de Atención al Usuario, Teléfonos: (511) 200-1930, 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

Derecho del Contratante de Aceptar o No Modificaciones de las Condiciones Contractuales durante la Vigencia del Seguro

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. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

Seguro Desgravamen de Crédito

Códigos SBS: VI2037410010 (Soles) Adecuados a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza N° 44-651

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.**LA COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.****Información Importante**

1. La información aquí proporcionada se encuentra 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 grupal a la COMPAÑÍA o al CONTRATANTE, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de dicha solicitud.
3. Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO a FINANCIERA QAPAQ S.A., por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a Chubb Seguros Perú. Asimismo, los pagos efectuados por el ASEGURADO o terceros encargados del pago a FINANCIERA QAPAQ S.A., se consideran abonados a la COMPAÑÍA.
4. La cobertura está sujeta a la activación del préstamo materia de la presente operación.
5. Chubb Seguros Perú es responsable frente al asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra FINANCIERA QAPAQ con motivo de la comercialización del presente seguro.

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 tendrían derecho. Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a LA COMPAÑÍA acerca de los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

Medios de Comunicación Pactados

Físicos, electrónicos y/o telefónicos, salvo que la norma disponga una formalidad específica.

Autorización para Uso de Medios de Comunicación

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.

Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO autoriza de manera expresa a Chubb Seguros Perú S.A. el uso de los datos personales proporcionados en la contratación del presente seguro, para fines comerciales, tales como el envío de publicidad, promociones y ventas de diferentes productos o servicios de Chubb Seguros Perú, así como para la transferencia exclusiva entre entidades que forman parte de Chubb Group y tratamiento de dichos datos personales.

Aceptación de las Condiciones Planteadas

El ASEGURADO 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 y las Condiciones Generales del seguro que solicita.

Lugares autorizados por la COMPAÑÍA para solicitar la cobertura del Seguro

En las oficinas de la COMPAÑÍA o del CONTRATANTE, cuya dirección se encuentra detallada en la parte introductoria del presente certificado.

Fecha de emisión: _____ de _____ de 201 _____



Firma del Asegurado Titular

Huella

Chubb Seguros Perú S.A.
Juan Carlos Puyó de Zavala
Gerente General