

**Seguro Vida Integral**

Código SBS N°: VI2037200158

Solicitud-Certificado de Seguro N°:

Póliza N°: 42/22275

Datos Generales del Certificado de Seguro
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte de EL CONTRATANTE
Fin de Vigencia: las 12 horas del __/__/__ o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 6° del Condicionado General, lo que ocurra primero.
Renovación: Facultativa

Compañía de Seguros	
Nombre Comercial: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 20390625007
Dirección: Amador Merino Reyna 267, Piso 4 San Isidro, Lima	Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

Contratante	
Razón Social: Financiera QAPAQ S.A	RUC: 20521308321
Dirección: Av. Pershing N°455 Urbanización County Club	Distrito: Magdalena
Provincia: Lima	Departamento: Lima
Teléfono: (51-1) 205-4320	Correo Electrónico:

Datos del Asegurado	
Nombres y Apellidos:	N° de Documento de Identidad:
Fecha de Nacimiento:	Correo Electrónico:
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Relación con el Contratante: Cliente	Teléfono:

**Condiciones de Asegurabilidad**  
Se podrán asegurar bajo esta póliza cualquier persona natural que mantenga un crédito con el CONTRATANTE, que cumpla las siguientes condiciones: edad mínima de ingreso 18 años, edad máxima de ingreso 70 años con 364 días (inclusive) y edad máxima de permanencia; 75 años con 364 días (inclusive).

**Beneficiario Titular**  
EL CONTRATANTE. Este beneficio solo comprende el saldo insoluto de la deuda (sin considerar penalidades, comisiones y gastos) que mantenga el ASEGURADO a la fecha del siniestro.

**Beneficiarios Adicionales (\*)**  
Este beneficio comprende la diferencia que exista entre la Suma Asegurada declarada en la Solicitud-Certificado, y el saldo insoluto de la deuda (sin considerar penalidades, comisiones y gastos) a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	N° de documento	Porcentaje

(\*) 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**  
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:

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Natural	Monto inicial del crédito sin incluir intereses compensatorios ni moratorios, hasta un máximo de S/ 150,000 (o su equivalente en moneda extranjera).
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	

**Seguro Vida Integral**

Código SBS N°: VI2037200158

Solicitud-Certificado de Seguro N°:

Póliza N°: 42/22275

Datos Generales del Certificado de Seguro
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte de EL CONTRATANTE
Fin de Vigencia: las 12 horas del __/__/__ o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 6° del Condicionado General, lo que ocurra primero.
Renovación: Facultativa

Compañía de Seguros	
Nombre Comercial: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 20390625007
Dirección: Amador Merino Reyna 267, Piso 4 San Isidro, Lima	Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

Contratante	
Razón Social: Financiera QAPAQ S.A	RUC: 20521308321
Dirección: Av. Pershing N°455 Urbanización County Club	Distrito: Magdalena
Provincia: Lima	Departamento: Lima
Teléfono: (51-1) 205-4320	Correo Electrónico:

Datos del Asegurado	
Nombres y Apellidos:	N° de Documento de Identidad:
Fecha de Nacimiento:	Correo Electrónico:
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Relación con el Contratante: Cliente	Teléfono:

**Condiciones de Asegurabilidad**  
Se podrán asegurar bajo esta póliza cualquier persona natural que mantenga un crédito con el CONTRATANTE, que cumpla las siguientes condiciones: edad mínima de ingreso 18 años, edad máxima de ingreso 70 años con 364 días (inclusive) y edad máxima de permanencia; 75 años con 364 días (inclusive).

**Beneficiario Titular**  
EL CONTRATANTE. Este beneficio solo comprende el saldo insoluto de la deuda (sin considerar penalidades, comisiones y gastos) que mantenga el ASEGURADO a la fecha del siniestro.

**Beneficiarios Adicionales (\*)**  
Este beneficio comprende la diferencia que exista entre la Suma Asegurada declarada en la Solicitud-Certificado, y el saldo insoluto de la deuda (sin considerar penalidades, comisiones y gastos) a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	N° de documento	Porcentaje

(\*) 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**  
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:

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Natural	Monto inicial del crédito sin incluir intereses compensatorios ni moratorios, hasta un máximo de S/ 150,000 (o su equivalente en moneda extranjera).
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	

**Seguro Vida Integral**

Código SBS N°: VI2037200158

Solicitud-Certificado de Seguro N°:

Póliza N°: 42/22275

Datos Generales del Certificado de Seguro
Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte de EL CONTRATANTE
Fin de Vigencia: las 12 horas del __/__/__ o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 6° del Condicionado General, lo que ocurra primero.
Renovación: Facultativa

Compañía de Seguros	
Nombre Comercial: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 20390625007
Dirección: Amador Merino Reyna 267, Piso 4 San Isidro, Lima	Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

Contratante	
Razón Social: Financiera QAPAQ S.A	RUC: 20521308321
Dirección: Av. Pershing N°455 Urbanización County Club	Distrito: Magdalena
Provincia: Lima	Departamento: Lima
Teléfono: (51-1) 205-4320	Correo Electrónico:

Datos del Asegurado	
Nombres y Apellidos:	N° de Documento de Identidad:
Fecha de Nacimiento:	Correo Electrónico:
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Relación con el Contratante: Cliente	Teléfono:

**Condiciones de Asegurabilidad**  
Se podrán asegurar bajo esta póliza cualquier persona natural que mantenga un crédito con el CONTRATANTE, que cumpla las siguientes condiciones: edad mínima de ingreso 18 años, edad máxima de ingreso 70 años con 364 días (inclusive) y edad máxima de permanencia; 75 años con 364 días (inclusive).

**Beneficiario Titular**  
EL CONTRATANTE. Este beneficio solo comprende el saldo insoluto de la deuda (sin considerar penalidades, comisiones y gastos) que mantenga el ASEGURADO a la fecha del siniestro.

**Beneficiarios Adicionales (\*)**  
Este beneficio comprende la diferencia que exista entre la Suma Asegurada declarada en la Solicitud-Certificado, y el saldo insoluto de la deuda (sin considerar penalidades, comisiones y gastos) a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	N° de documento	Porcentaje

(\*) 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**  
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:

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Natural	Monto inicial del crédito sin incluir intereses compensatorios ni moratorios, hasta un máximo de S/ 150,000 (o su equivalente en moneda extranjera).
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	

## Detalle de Coberturas

**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.

**Muerte Accidental:** Fallecimiento del ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente. Para tales efectos, se considera accidente todo 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.**

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

**Invalidez Total y Permanente por Accidente:** La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia del 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 la póliza; (ii) que el seguro esté vigente, y (iii) que la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

Se cubre el riesgo de Invalidez Total y Permanente por Accidente hasta por dos (2) años luego de producido un accidente cubierto bajo esta cobertura.

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 la presente póliza.

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.

## Prima Comercial

La prima se calculará multiplicando la **Tasa Comercial + IGV**, 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 +IGV: 0.11% (mensual)

Tasa Comercial: 0.0905% (mensual)

**Periodicidad de pago:** Prima Única

La prima comercial incluye:

- Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 55.00%

## Exclusiones

**Sin Exclusiones**

## Derecho de Arrepentimiento

Si la Solicitud-Certificado ha sido ofertada 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, 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 la misma no sea condición para contratar operaciones crediticias. En dicho caso, corresponde a la COMPAÑÍA la devolución total de la prima recibida.

Para ello, 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 ejerza su derecho de arrepentimiento, la devolución de la prima se realizará en la forma indicada por éste, en un plazo máximo de treinta (30) días computados desde la solicitud.

## Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO puede resolver la Solicitud-Certificado de manera unilateral y sin expresión de causa por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, con no menos treinta (30) días calendario de anticipación, precisándose que el ASEGURADO puede utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. El artículo 18° 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)

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 por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza 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.

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato, en cuyo caso no procede su modificación hasta el fin de la vigencia del contrato

### **Terminación de Seguro**

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

- a) La muerte del ASEGURADO. La muerte de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
- b) Al cumplir el ASEGURADO 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 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.

### **Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar Cobertura**

I) **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 de conocido el 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 numeral 11 del artículo 20° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.

II) **Documentos:** Posteriormente, para efectuar la Solicitud de Cobertura, se deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del Comercializador, según corresponda, los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada). Los BENEFICIARIOS podrá(n) presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

a) **En caso de Muerte Natural:**

Documentación a presentar por el Beneficiario Titular o Beneficiarios Adicionales:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder o ante la ausencia de dicho documento la Ficha Reniec del ASEGURADO.
- b) Acta o Partida de Defunción;
- c) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad Financiera;
- d) Certificado Médico de Defunción completo.

b) **En caso Muerte Accidental, se deberá presentar:**

Documentación a presentar por el Beneficiario Titular o Beneficiarios Adicionales:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder o ante la ausencia de dicho documento la Ficha Reniec del ASEGURADO.
- b) Acta o Partida de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo.
- d) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad Financiera;

e) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, según corresponda

f) Protocolo de Necropsia completo, según corresponda.

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

En caso a la fecha de siniestro el ASEGURADO no haya indicado expresamente a los Beneficiarios Adicionales en el presente Certificado de Seguro, 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;



**b) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente se deberá presentar:**

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

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 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 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 etílico, 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.

**Lugares Habilitados para solicitar la cobertura**

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR

**Medios Habilitados para presentar consultas y/o 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 (\*).
- b. Escribiendo a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com) o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección <http://www.chubb.com/pe> opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica".
- c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente a los teléfonos 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.

**Otras Instancias Habilitadas para que el Asegurado presente 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](http://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 Atención al Usuario, Teléfono: 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro - Lima, Web: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)
- **INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: [www.indecopi.gob.pe](http://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 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.

**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 la presente 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 la presente 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.
- 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.
- Las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- 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: No aplica.
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima antes indicada.
- La presente Solicitud-Certificado forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

**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**

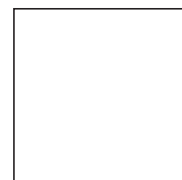
El ASEGURADO declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida, las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita, los cuales se encuentran a su disposición en: <https://www.chubb.com/pe-es/>.

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_



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

\_\_\_\_\_  
Firma del ASEGURADO



Huella

**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 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.

**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 la presente 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 la presente 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.
- 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.
- Las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- 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: No aplica.
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima antes indicada.
- La presente Solicitud-Certificado forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

**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 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



Huella



**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 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.

**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 la presente 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 la presente 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.
- 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.
- Las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- 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: No aplica.
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima antes indicada.
- La presente Solicitud-Certificado forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

**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 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

5/5



Huella

CLIENTE