

Seguro de Vida

Resumen Informativo

A. Información General

1. Ubicación, teléfono y correo electrónico, o medio de contacto vía web de la COMPAÑÍA, de haberse habilitado uno.

Chubb Seguros Perú S.A.

Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro

Teléfono: (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174

atencion.seguros@chubb.com

www.chubb.com/pe

2. Denominación del producto.

Póliza de Seguro de Vida.

3. Lugar y forma de pago de la prima.

Con cargo en Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria del ASEGURADO / CONTRATANTE.

En efectivo/ depósito en XXX

Véase las Condiciones Particulares.

4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro.

En caso de siniestro, El ASEGURADO o Beneficiario deberá comunicarse con la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, siendo de aplicación lo previsto en el numeral 20.11 del artículo 20° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.

Para mayor información, vea el artículo 8° de las Condiciones Generales de la Póliza.

5. Lugares autorizados por la empresa para solicitar la cobertura del seguro.

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

El COMERCIALIZADOR:

Nombre: XXX

Dirección: XXX

Teléfono: XXX

Página Web. XXX

6. Medios habilitados por la empresa para presentar consultas y/o reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.

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(*).

b. Escribiendo a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección www.chubb.com/pe opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.

c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 417-5000 (*).

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, número de póliza y/o Certificado de Seguro contratado con Chubb Seguros Perú (sólo para clientes)
- Detalle del reclamo.

(*) Horario de Atención: Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias como la Superintendencia, el INDECOPI, entre otros, según corresponda.

Defensoría del Asegurado:

En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional.

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:

Plataforma de Atención al Usuario, Teléfono: (01) 200-1930 en Lima o 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro – Lima, Web: www.sbs.gob.pe

INDECOPI:

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

B. Información de la Póliza de Seguro

1. Los principales riesgos cubiertos:

- a) Muerte
- b) Muerte Accidental
- c) Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

Ver Art. 2° de las Condiciones Generales de la Póliza.

Aplican cláusulas adicionales, de ser el caso.

2. Principales exclusiones

Para la cobertura de Muerte

Este seguro no cubre el riesgo de Muerte si el fallecimiento del ASEGURADO fuere causado por, a consecuencia de o en relación a:

- a) **Suicidio o intento de suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia del seguro.**
- b) **Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.**
- c) **Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.**
- d) **Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.**

- e) **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.**
- f) **Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.**
- g) **Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.**
- h) **Enfermedades pre-existentes. Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud o de la contratación del seguro.**

Para la cobertura de Muerte Accidental

Adicionalmente a las exclusiones señaladas para la cobertura de Muerte, se excluye lo siguiente:

- a) **Suicidio, cualquiera sea la vigencia del seguro.**
- b) **Peleas o riñas.**
- c) **Los accidentes causados por violación por parte del ASEGURADO de cualquier norma legal.**
- d) **La práctica de deportes peligrosos: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros, cacería de fieras, motociclismo y/o deporte de invierno.**
- e) **El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.**
- f) **El desempeño del ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación, asimismo como empleado de las referidas líneas que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.**
- g) **Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.**
- h) **Estado etílico del ASEGURADO, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente, salvo cuando el ASEGURADO hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su fallecimiento.**
- i) **En estado de sonambulismo, insolación o congelación.**
- j) **Los denominados “accidentes médicos”: apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos.**
- k) **Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan; vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.**

Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente

En adición a todas las exclusiones que rigen para las coberturas de Muerte y Muerte Accidental se excluye lo siguiente:

- a) **Menoscabos físicos pre-existentes y/o congénitos al inicio de la cobertura. Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no**

resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud o de la contratación del seguro.

- b) Lesiones autoinfligidas.**
- c) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.**

Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

- a) Enfermedades pre-existentes y/o congénitas al inicio del seguro y que hayan ocasionado menoscabos en la capacidad física del ASEGURADO antes del inicio del seguro.**
- b) El uso de drogas y/o estupefacientes.**
- c) El abuso de alcohol.**

Ver artículo 5° de las Condiciones Generales de la Póliza.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia

Podrán asegurarse bajo este seguro las personas naturales comprendidas entre los dieciocho (18) años y sesenta (60) años de edad inclusive, pudiendo permanecer asegurados hasta la edad de sesenta y cinco (65) años.

4. Derecho de arrepentimiento

Si la Póliza o el Certificado de Seguro han sido ofertados por comercializadores de la COMPAÑÍA, o a través de Sistemas de Comercialización a distancia, o mediante bancaseguros, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación del contrato o del certificado de seguro, 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 Póliza o nota de cobertura provisional en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales, 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 CONTRATANTE y/o ASEGURADO que quiera ejercer su derecho de arrepentimiento podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro o certificado de seguro, según corresponda. Cuando el CONTRATANTE y/o 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.

5. Derecho de resolver el contrato sin expresión de causa

El CONTRATANTE en cualquier momento podrá solicitar la resolución del contrato, lo cual deberá realizarse por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, con una anticipación de treinta (30) días calendario, utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. En los seguros grupales, igual derecho tiene el ASEGURADO para desvincularse del contrato resolviendo el certificado de seguro, siguiendo el mismo procedimiento señalado.

En el caso que el CONTRATANTE sea una persona distinta al ASEGURADO, será el obligado de comunicarle su decisión de resolver el contrato, debiendo informar a la COMPAÑÍA por cualquier medio escrito que cumplió con dicha comunicación. Igual obligación tendrá el CONTRATANTE de una póliza grupal respecto de los asegurado de la Póliza.

El artículo 18° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida establece y regula este derecho.

6. Derecho del ASEGURADO de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la Compañía.

DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE 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 treinta (30) días calendario 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, luego de lo cual no procederá la renovación automática del 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.

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.

AL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE VIGENCIA

La COMPAÑÍA podrá modificar los términos y condiciones de la Póliza, incluyendo el monto de la prima, para lo cual deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días calendario previos al vencimiento del contrato para manifestar por escrito su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑÍA. En este último caso, la COMPAÑÍA emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

En el caso de seguros grupales la COMPAÑÍA deberá proporcionar la documentación suficiente al CONTRATANTE y esta deberá poner en conocimiento de los asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

7. Referencia al aviso del siniestro y procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.

En caso de siniestro, el ASEGURADO o Beneficiario deberá cumplir con dar aviso del siniestro dentro de los plazos dispuestos en la póliza (Ver numeral A.4. precedente del presente documento

Presentación de Documentos:

Posteriormente, deberá(n) presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA y/o COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada):

Para la cobertura de Muerte:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerlo físicamente;**
- b) Partida o Acta de Defunción;**
- c) Certificado Médico de Defunción completo;**
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales.**

Para la cobertura de Muerte Accidental, se deberá presentar adicionalmente los siguientes documentos:

- a) Atestado Policial completo, según corresponda;**

- b) Protocolo de Necropsia completo, según corresponda;**
- c) Resultado de Dosaje Etílico (de haberse practicado); y**
- d) Resultado de Análisis Toxicológico (de haberse practicado).**

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, se deberá considerar lo siguiente:

El ASEGURADO deberá brindar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas médicas que solicite la COMPAÑÍA con el fin de que ésta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas por el accidente o enfermedad, cuyos costos serán asumidos por la COMPAÑÍA.

Asimismo, la incapacidad del ASEGURADO debe ser reconocida por la COMAFP o COMEC.

La COMPAÑÍA determinará en un máximo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de toda la documentación solicitada, si se ha producido la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO conforme a las definiciones señaladas en esta cobertura

El seguro no obliga a la COMPAÑÍA si no se dejare libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑÍA, al lugar donde se encuentra el ASEGURADO.

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 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 o el ASEGURADO, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Cuando corresponda, se debe presentar el Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento debidamente inscrito(a) en los Registros públicos, que declare a los Herederos Legales.

8. 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 tendría derecho.

9. Obligación de informar agravación del riesgo

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.

C. 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, reveladas por los exámenes correspondientes.

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 sus normas modificatorias y complementarias.

Deporte Peligroso: 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.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Para efectos de esta cobertura sólo se considerará que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Accidente si presenta alguna de las siguientes condiciones:

- a) Pérdida total de la visión de ambos ojos;
- b) Pérdida total de ambos brazos;
- c) Pérdida total de ambas manos;
- d) Pérdida total de ambas piernas;
- e) Pérdida total de ambos pies;
- f) Pérdida total de una mano y de un pie;
- g) Fractura incurable de la columna vertebral;
- h) Estado absoluto de descerebramiento ocasionado por accidente que no permita al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: Para efectos de esta cobertura se considerará que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad si a consecuencia de una enfermedad presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que tal incapacidad sea reconocida por una comisión médica conformada por tres profesionales de la medicina debidamente colegiados, cuando menos uno de ellos designado por la Compañía, y que haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor a seis (6) meses.

Miembro: Se refiere a las manos, brazos, pies y piernas.

Ocupación o actividad de riesgo: Todo quehacer o trabajo, diario o de manera habitual, que es ejercido en condiciones de peligrosidad porque conlleva un daño para la salud o para la integridad física de la persona.

Pérdida Total: Se entiende por pérdida total al cercenamiento (separación) en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o a su pérdida funcional absoluta.

Pérdida Funcional Absoluta: Es la ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función fisiológica del o de los órganos o miembros afectados, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.