

Seguro Familia Segura – Accidentes – Soles, Dólares

Resumen Informativo

A. Información General

- 1. Ubicación, teléfono y correo electrónico, o medio de contacto vía web de la COMPAÑÍA.**
Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro
Teléfono: (51-1) 417-5000
atencion.seguros@chubb.com www.chubb.com/pe
- 2. Denominación del producto.**
Familia Segura - Accidentes – Soles, Dólares.
- 3. Lugar y forma de pago de la prima.**
Con Cargo en Cuenta / Tarjeta / Planilla
Véase las Condiciones Particulares.
- 4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro.**
Dar aviso por cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA o COMERCIALIZADOR de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de conocido el beneficio o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales, salvo el caso de la cobertura de “Muerte Accidental”, a la cual no le será aplicable la reducción de la indemnización por aviso extemporáneo.
Ver artículo 10° de las Condiciones Generales de la Póliza.
- 5. Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro.**
La COMPAÑÍA (ver numeral 1 del presente Resumen Informativo).
El COMERCIALIZADOR: Dirección / Teléfono
- 6. Medios habilitados por la COMPAÑÍA para la presentación de reclamos y/o consultas conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.**
El CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados en forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:
 - a. 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 (*)
 - b. 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”.
 - c. 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, número de Póliza y/o Certificado de Seguro contratado con Chubb Seguros Perú (aplicable sólo para clientes).
- Detalle del reclamo.

Una vez presentado el reclamo se le asigna un número de caso para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo.

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 09:00 am a 6:00 pm

7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias, según corresponda.

Defensoría del Asegurado:

En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE, 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, Lima.

Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones – 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

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. 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.

B. Información de la Póliza de Seguro

1. Coberturas

Cobertura principal:

Muerte Accidental.

Coberturas Adicionales: Deben constar en las Condiciones Particulares

a) XXXX

2. Exclusiones.

Queda excluido de la cobertura los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) **Suicidio, intento de suicidio, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante dos (02) años; auto mutilación o auto lesión, consciente y voluntaria..**
- 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, o las que ocurran como consecuencia de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o guerra.**
- c) **Detonación, reacción o 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; 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.**
- 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) **Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de vehículos motorizados (automóviles, motocicletas, lanchas o avionetas).**
- g) **Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, en los términos señalados en el artículo de definiciones de este condicionado.**
- h) **Participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.**
- i) **Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.**
- j) **La práctica de deportes peligrosos: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, box, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros y cacería de fieras.**
- k) **El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión o similares, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.**
- l) **Desempeñarse como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, y asimismo como empleado de una aerolínea que en calidad de pasajero y en razón de su ocupación haga uso de las mismas líneas en que presta sus servicios.**
- m) **Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.**
- n) **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, o cuando el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de drogas o estupefacientes. 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.**
- o) **En estado de sonambulismo, insolación o congelación.**
- p) **Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.**
- q) **Los denominados “accidentes médicos”: apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos.**
- r) **Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan; vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.**
- s) **Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.**
- t) **Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.**
- u) **Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.**

Ver artículo 6° de las Condiciones Generales de la Póliza.

En caso se contraten coberturas adicionales, las exclusiones constan en la respectiva Cláusula Adicional.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia

Podrán asegurarse las personas comprendidas entre los xx años hasta los xx años con trescientos sesenta y cuatro (364) días, pudiendo permanecer aseguradas hasta la edad de xx años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

4. Derecho de arrepentimiento.

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el CONTRATANTE o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o una nota de cobertura provisional, en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el CONTRATANTE o ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza o certificado de seguro, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE o ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes.

5. Derecho de resolver el contrato sin expresión de causa.

Tanto el CONTRATANTE o ASEGURADO, como la COMPAÑÍA pueden resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada con no menos treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

6. Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA, durante la vigencia del contrato.

El CONTRATANTE tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el artículo 14° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales

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

En caso de siniestro, el BENEFICIARIO o Herederos Legales deberán cumplir con lo siguiente:

- 7.1 Aviso del Siniestro: Dar aviso por cualquiera de los medios de comunicación pactados, a la COMPAÑÍA o COMERCIALIZADOR de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de conocido el beneficio, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales, salvo el caso de la cobertura de “Muerte Accidental” a la cual no le será aplicable la reducción de la indemnización por aviso extemporáneo.**

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

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tenga en su poder;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los BENEFICIARIOS o Herederos Legales, según corresponda;
- e) Copia literal de inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada, expedida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos, que designe a el/los Heredero(s) Legal(es) o Beneficiario(s), según corresponda. Copia Certificada del Atestado Policial Completo, en caso corresponda;
- f) Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda; y
- g) Resultado de dosaje etílico o examen toxicológico, según corresponda.

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

La COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente o documento que estime necesario, además y sin perjuicio de los mencionados, así como aclaraciones o precisiones adicionales que resulten necesarias para la evaluación del siniestro correspondiente, dentro de los veinte (20) primeros días de los treinta (30) días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

Los documentos podrán presentarse en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente.

El presente seguro no obliga a la COMPAÑÍA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑÍA al lugar donde se encuentre el cuerpo del ASEGURADO, en caso sea necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.