

Seguro de Vida

Condiciones Generales

Introducción

De conformidad con las declaraciones del Contratante y/o ASEGURADO contenidas en la Solicitud del Seguro, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo estipulado en las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Vida, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos y anexos que se adhieren a esta Póliza, Chubb Seguros Perú S.A., en adelante la COMPAÑÍA, conviene en amparar al ASEGURADO contra los riesgos que son objeto de cobertura de la presente póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Artículo 1° 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 los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa y del Interior, o por el Seguro Social de Salud (EsSalud) u otra entidad estatal autorizada para emitir dicho tipo de pronunciamientos, 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.

Artículo 2° Coberturas Principales

Los riesgos cubiertos por la presente Póliza son:

a) Muerte: Si el ASEGURADO fallece durante la vigencia de la Póliza la COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares, en los plazos y términos señalados en el artículo 8 del presente documento, siempre que las causas de la muerte no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro.

b) Muerte Accidental: En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza la COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, en los plazos y términos señalados en el artículo 8 del presente documento, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro.

El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para la cobertura del siniestro por parte de la COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto de las lesiones originadas por el accidente. El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO que pueda resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

c) Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia de la Póliza, algún accidente o enfermedad que fuera la causa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en esta Póliza. En el caso de accidentes, la cobertura comprenderá la invalidez que se derive de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, cuando ésta se manifieste dentro de los 2 años siguientes al accidente.

La COMPAÑÍA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

La COMPAÑÍA no cubrirá ningún beneficio de Invalidez Total y Permanente si la enfermedad que la originó es diagnosticada dentro de los seis (6) primeros meses contados desde la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura.

No existe Periodo de Carencia alguno para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Las coberturas provistas bajo esta Póliza serán efectivas las 24 horas del día, los 365 días del año y en cualquier parte del mundo.

Artículo 3° Coberturas Adicionales

Para los efectos del presente seguro, el CONTRATANTE podrá incluir las coberturas adicionales u opcionales, previo pago de la prima correspondiente, la misma que se encuentra indicada en la Solicitud del Seguro.

Artículo 4° Condiciones para ser Asegurado

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.

Artículo 5° 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, es decir toda enfermedad diagnosticada y/o tratada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia 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 el 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) 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 la invalidez.

Artículo 6° Terminación del Seguro

Este contrato terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a. La ocurrencia de un siniestro que dé lugar a la indemnización de cualquiera de las coberturas previstas en las Condiciones Particulares.
- b. Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia. En caso de prima devengada, la COMPAÑÍA realizará la devolución en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario, contados a partir de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- c. Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, sin que ésta se haya renovado.
- d. Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

Artículo 7° Beneficiarios

7.1 El ASEGURADO designará a sus Beneficiarios en la solicitud de seguro. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios. Para que sea válida la designación de un nuevo Beneficiario deberá constar en un endoso en la póliza o en un tercer documento legalizado por notario público.

7.2 El cambio de Beneficiarios será efectivo a partir de la fecha de comunicación efectuada a la COMPAÑÍA, quien elaborará el endoso para dejar constancia de la modificación o registrará el documento legalizado efectuado por el ASEGURADO. Con antelación a la fecha del endoso la COMPAÑÍA no será responsable por continuar tomando como correcto los Beneficiarios nombrados anotados previamente.

7.3 La suma asegurada será pagada a los Beneficiarios cuya designación se encuentre en vigor al fallecimiento del ASEGURADO. Si uno de los Beneficiarios no viviera o no quisiera recibir su parte, ésta acrecentará la de los otros beneficiarios en partes iguales.

7.4 Los Beneficiarios no tienen ni transmiten derecho alguno si fallecen antes que el ASEGURADO. Por lo tanto, en caso de fallecimiento de los Beneficiarios antes que el ASEGURADO, o de no haberse designado Beneficiarios, la suma asegurada será pagada a los herederos legales del ASEGURADO.

7.5 En caso de duda sobre a quién o a quiénes debe efectuarse el pago, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante la autoridad judicial competente, a fin de que sea la autoridad judicial quien determine quiénes deben recibirla, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad con los Beneficiarios que aleguen derecho sobre la indemnización.

Artículo 8° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

A fin de solicitar la cobertura señalada en el presente Seguro, el Beneficiario deberá cumplir con lo siguiente:

- 1. Dar aviso a la COMPAÑÍA, COMERCIALIZADOR o CORREDOR DE SEGUROS por cualquiera de los medios de comunicación pactados en el presente Seguro, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario siguientes a la fecha que tomó conocimiento del suceso 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; a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el artículo 19.11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.**
- 2. Presentar en las oficinas de LA COMPAÑÍA, COMERCIALIZADOR o CORREDOR DE SEGUROS, LA COMPAÑÍA o al Comercializador los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada) en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:**

En caso de Muerte:

- a. Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder;**
- b. Partida o Acta de de Defunción, emitida por RENIEC;**
- c. Certificado de Médico de Defunción de ASEGURADO completo, emitido por el médico o personas autorizadas por la autoridad sanitaria;**
- d. Documentos de identidad de los beneficiarios.**
- e. Sucesión Intestada (cuando no se haya determinado Beneficiarios expresamente en la Póliza) emitida por SUNARP o Testamento;**

En caso Muerte Accidental, adicionalmente se deberá presentar:

- a. **Copia Certificada del Atestado Policial Completo** emitida por la PNP, cuando corresponda;
- b. **Protocolo de Necropsia** (cuando corresponda), emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público-Fiscalía de la Nación; completo, según corresponda;
- c. **Resultado de Dosaje Étílico** (de haberse practicado), emitido por el Centro de Reconocimiento Médico del Hospital Nacional de la PNP; y,
- d. **Resultado de Análisis Toxicológico** (de haberse practicado), emitido por el Centro de Reconocimiento Médico del Hospital Nacional de la PNP.

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

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente:

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. LA COMPAÑÍA deberá solicitar dichos exámenes dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días de los que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

Asimismo, la incapacidad del ASEGURADO debe ser reconocida por los Hospitales de los ministerio de Salud, de Defensa y del Interior, del Seguro Social de Salud (EsSalud), así como del Sistema Evaluador de Invalidez (COMAFP ó COMEC) u otra entidad autorizada para emitir este tipo de documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente.

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 AFPs.

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 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. LA COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información relacionado al siniestro, lo cual deberá ser solicitado dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días de los que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.