

## Seguro Familia Protegida

### Resumen Informativo

---

#### A. Información General

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

(Canales de Orientación sobre procedimiento de solicitud de cobertura):

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

Teléfono: (51-1) 417-5000 (para Lima y Provincias)

[atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com), web: <http://www.chubb.com/pe>

**2. Denominación del producto.**

Seguro Familia Protegida.

**3. Lugar y forma de pago de la prima.**

Prima, lugar y forma.

Prima Comercial : S/, US\$ o €

Prima Comercial + IGV : S/, US\$ o €

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

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

En efectivo: en XXX

**4. Vigencia del Seguro: XXX**

**5. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro.**

Dar aviso a la COMPAÑÍA utilizando el formulario de presentación de siniestros proporcionado por la COMPAÑÍA, o cualquier medio electrónico de conexión directa u otros análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación, en el plazo de tres (3) días desde que se tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro, en el caso de seguros de daños patrimoniales y en el plazo de siete (7) días desde que se tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, en el caso de los seguros personales.

Ver artículo 12° de las Condiciones Generales de la Póliza.

**6. Lugares autorizados 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

**7. Medios habilitados por la COMPAÑÍA para que el ASEGURADO presente reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.**

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, pueden 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 nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf. XXX-XXXX (\*).
- b. Escribiéndonos 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 [www.chubb.com/pe](http://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.

Detalle del reclamo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(\*) Horario de Atención: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

(\*\*) Horario de Atención: De lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm

**8. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias 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 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 Servicios al Ciudadano, 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)

**9. 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**
- **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. Riesgos cubiertos:**

- A. Desempleo Involuntario e Injustificado:
- B. Invalidez Temporal:
- C. Incendio y/o Rayo:
- D. Muerte Accidental:

E. Invalidez Total y Permanente por Accidente:  
Ver Art. 2º de las Condiciones Generales de la Póliza.

## **2. Principales Exclusiones**

### **Desempleo Involuntario e Injustificado**

- a) Jubilación o retiro.
- b) Renuncia voluntaria.
- c) Cese temporal.
- d) Despido por falta grave.
- e) Despido por reducción de personal mayor al 30% del total de trabajadores de la empresa.

### **Invalidez Temporal**

- a) Paracaidismo, vuelo en parapente o ala delta, alpinismo, andinismo o montañismo, buceo, carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- b) Accidentes que se produzcan mientras el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia del alcohol o drogas.
- c) Enfermedades Preexistentes al inicio del seguro. Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.

### **Incendio y/o Rayo**

- a) Pérdidas o daños o destrucción que, en su origen o extensión, sean causados directa o indirectamente por, o surjan o resulten o sean consecuencia de:
  - a.1. Destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, excepto cuando dicha orden se haya dado con la finalidad de evitar la propagación de un incendio u otro riesgo cubierto por la Póliza; confiscación, requisa, expropiación, nacionalización, o incautación.
  - a.2. Terremoto, temblor, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza como fuego subterráneo, tifón, tornado, ciclón, maremoto (tsunami), salida de mar, marejada u oleaje.
- b) Pérdidas o destrucción o daños en bienes que se encuentren a la intemperie, causados directamente por las condiciones climáticas o meteorológicas o de estado del tiempo o por perturbaciones atmosféricas.
- c) Pérdidas o daños o destrucción que sean causados por:
  - c.1. Rotura o avería o falla o colapso o desacoplamiento de cualquier máquina, sea ésta mecánica o eléctrica o electrónica, o de cualquier equipo.
  - c.2. Explosión, implosión o desplome de cualquier caldero, economizador u otro aparato que funcione bajo presión interna fluida o de vapor.
  - c.3. Energía o corriente eléctrica generada artificialmente.

### **Muerte Accidental**

- a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- b) La práctica de deportes peligrosos. Ejemplos: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros, cacería de fieras, motociclismo y deportes de invierno.
- c) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo. Ejemplos: manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de

**líneas de alta tensión, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.**

- d) Bajo la influencia de cualquier grado de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo, insolación o congelación. Únicamente, para casos de accidentes de tránsito, el límite máximo aceptable será de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente. Se utiliza 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.**
- e) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.**

#### **Invalidez total y Permanente por Accidente**

- a) Menoscabos físicos pre-existentes y/o congénitos al inicio de la cobertura.**
- b) Duelo concertado, intento de suicidio, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.**
- c) Participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos que hayan sido la causa del siniestro.**
- d) La práctica de deportes peligrosos tales como: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski acuático o de nieve, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros y cacería de fieras.**
- e) Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.**
- f) 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 invalidez.**

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 que sean clientes del CONTRATANTE, ya sean titulares de una tarjeta de crédito o de un crédito otorgado por el CONTRATANTE, y que sean mayores de XX años y menores de XX años de edad, pudiendo permanecer asegurados hasta la edad de XX años y 364 días. Por lo tanto, aquellas personas dejarán de estar aseguradas, en forma automática, en la fecha que cumplan XX (XX) años de edad.

Mayor precisión sobre las condiciones de asegurabilidad se encuentran señaladas en el artículo 3° de las Condiciones Generales

### **4. Derecho de arrepentimiento**

Si la póliza o el certificado de seguro 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, según corresponda, 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 de 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 y siempre que no se hayan usado las coberturas, 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 su derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total, o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada, en un plazo máximo de treinta (30) días a partir del ejercicio de su derecho de arrepentimiento.

Véase el artículo 23° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales.

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

LA Compañía y El CONTRATANTE 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.

Para tal efecto, deberá utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración.

El artículo 8° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales establece 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.**

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 21° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales.

#### **7. Aviso del Siniestro y Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.**

**El ASEGURADO o Beneficiario, según corresponda, deberá presentar la documentación indicada a continuación en las oficinas de la COMPAÑÍA. Los documentos requeridos en caso de siniestros son los siguientes, los mismos que deberán ser presentados en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):**

##### **DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INJUSTIFICADO**

##### **Trabajadores del Sector Privado:**

**a) Documento de identidad del ASEGURADO**

**b) Carta de despido de la empresa. Podrá aceptarse carta de renuncia del trabajador ASEGURADO, si la liquidación de beneficios sociales se da por “mutuo disenso”. En caso de no contar con carta de despido formalmente cursado por el empleador, se deberá presentar la Constatación Policial o de la Autoridad Administrativa de Trabajo que den cuenta del despido de hecho o de facto producido. Para casos de hostilidad, se admitirá como documento alternativo, el medio de prueba que demuestre que su renuncia no fue voluntaria.**

**c) Tres (3) últimas boletas de pago de remuneraciones, donde se indique la fecha de inicio de la relación laboral.**

**d) Contrato de trabajo, en caso de trabajador sujeto modalidad a plazo fijo, el cual deberá contar con el sello del Ministerio de Trabajo como constancia de recepción. En caso de contratación verbal, deberá acreditar los pagos realizados por el empleador.**

**e) Liquidación de Beneficios Sociales por despido o por “mutuo disenso” y constancia de pago. Se verificará el pago de 1.5 remuneraciones por cada año trabajado (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinado) más los beneficios de ley, en los supuestos que corresponda. Para casos de hostilidad, se admitirá como documento alternativo, el medio de prueba que demuestre que su renuncia no fue voluntaria.**

**f) Certificado de Trabajo (debe detallar el período laborado por el trabajador cesado y los motivos del cese, en caso corresponda)**

- g) Certificado de Aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.**
- h) Carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador.**
- i) Declaración jurada del ASEGURADO manifestando que a la fecha del siniestro el mismo se encuentra en situación de Desempleo.**

#### **TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO Y DOCENTES DEL SECTOR PÚBLICO:**

- a) DNI o documento oficial de identidad del ASEGURADO**
- b) Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador cubiertos por la Póliza.**
- c) Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública)**
- d) Declaración jurada del ASEGURADO manifestando que a la fecha del siniestro el mismo se encuentra en situación de Desempleo.**

#### **INVALIDEZ TEMPORAL**

- a) DNI o documento de identidad del ASEGURADO**
- b) Autorización del ASEGURADO para revisión de sus historias clínicas**
- c) Los tres (3) últimos Recibos por Honorarios.**
- d) Certificado de Renta de 4ta categoría**
- e) Declaración Jurada de Renta de 3ra Categoría (para personas naturales con negocio)**
- f) Certificado médico original que acredite la Invalidez Temporal.**
- g) Informe médico que indique el período de tiempo en que el ASEGURADO permanecerá incapacitado de ejercer su actividad laboral, detallando:**
  - Causas de la invalidez
  - Diagnóstico definitivo
  - Tratamiento realizado
  - Pronóstico
  - Días de descanso
  - Numero de Historia Clínica
  - Clínica u Hospital donde recibió la atención
  - Médico Tratante
  - Fecha de atención

#### **INCENDIO Y/O RAYO**

**Son requisitos para probar la pre-existencia y valores indemnizables de los bienes asegurados siniestrados:**

- a) Comprobante o factura de compra del bien siniestrado en el que se indique la descripción del bien, la fecha de compra y el monto pagado por el mismo.**
- b) En caso el ASEGURADO no cuente con el documento que acredite la propiedad y/o el valor de compra del bien siniestrado, por el hecho de haberlo extraviado, de haber adquirido el bien sin un comprobante de compra o de haberlo recibido como obsequio, herencia o cualquier otra modalidad que normalmente no le permita tener una constancia de la propiedad y del valor del bien, podrá optar por cualquiera de las siguientes alternativas:**

**1 Antes de ocurrido el siniestro, presentar a la COMPAÑIA una relación de este tipo de bienes, incluyendo lo siguiente para cada bien:**

- a) Descripción de las características del bien, que permitan identificarlo claramente y diferenciarlo de cualquier otro bien similar.**
- b) Fecha aproximada de fabricación del bien y la fecha aproximada en que pasó a posesión o propiedad del ASEGURADO.**

c) Fotografía del bien, impresa o digital, tomada del lugar donde se encuentran los bienes asegurados, que pueda ser fácilmente identificado por el ajustador o perito que designe la COMPAÑÍA al momento de un siniestro.

2 Después de ocurrido el siniestro, presentar a la COMPAÑÍA, toda la información indicada en el punto 1, en tanto no haya sido presentada antes de la ocurrencia del siniestro, adjuntando además una declaración jurada que certifique la veracidad de dicha información. La COMPAÑÍA se reserva el derecho de ejercer las acciones legales respectivas en caso se demuestre cualquier acto doloso vinculado con la veracidad de esta información.

c) Si el ASEGURADO no cumple con los requisitos indicados en los puntos 1 o 2, sólo podrá ser indemnizado si el ajustador o perito designado por la COMPAÑÍA considera que existen pruebas razonables de la pre-existencia del bien. En dicho caso:

c.1) El monto a indemnizar será aquel que el ajustador o perito estime adecuado, el cual no podrá exceder de US \$ 100.00 por objeto o de US \$ 1,000.00 en el conjunto de todos los bienes que tengan esta situación.

c.2) Se aclara que estos montos no modifican ni amplían los límites de indemnización indicados en las Condiciones Particulares.

#### **MUERTE ACCIDENTAL**

a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tuviese;

b) Partida o Acta de Defunción;

c) Certificado Médico de Defunción completo;

d) Documento de identidad de los Beneficiarios o herederos legales;

e) Acta de sucesión intestada o testimonio de testamento (notarial) o declaratoria de herederos (judicial), en caso no se hayan designado beneficiarios;

f) Atestado Policial completo, en caso corresponda;

g) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda;

h) Resultado de Dosaje Etílico, en caso corresponda y

i) Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse con Resolución Judicial firme.

#### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

a) Documento de identidad del ASEGURADO;

b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables, si es que se indicara.

c) Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez, otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa y del Interior y el Seguro Social de Salud (EsSalud), 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.**