

## Seguro Protección Familiar Chubb

### 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](mailto:atencion.seguros@chubb.com)

[www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

**2. Denominación del producto.**

Seguro Protección Familiar Chubb

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

EL CONTRATANTE deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en las Condiciones Particulares y/o la Solicitud de Seguro, según corresponda. No obstante LA COMPAÑÍA no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por personas distintas a EL CONTRATANTE. El monto de la prima se encuentra debidamente detallado en las Condiciones Particulares y/o la Solicitud de Seguro, según corresponda, de la presente póliza.

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

Dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Póliza, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de ocurrido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, materia de cobertura.

Ver artículo 7° de las Condiciones Generales de la Póliza.

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

La COMPAÑÍA / El Comercializador

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

- 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 (\*).
- 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 [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe) opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.
- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 399-1212 y 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 (solo para clientes).
- Detalle del reclamo.

(\*) Horario de Atención: lunes a viernes de 9:00 a.m a 6:00 p.m.

**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 y/o ASEGURADO 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:**

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](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)

**B. Información de la póliza de Seguro****1. Riesgos cubiertos**

Muerte accidental  
Hospitalización por accidente  
Incapacidad total temporal por Accidente

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

**2. Principales Exclusiones****Para todas las coberturas:**

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

- a) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, entendiéndose como preexistentes las lesiones así definidas en el Condicionado General.
- 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) Suicidio o intento de suicidio consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura o duelo concertado.
- e) Participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos que constituyan delito o causa del siniestro.
- f) Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se pruebe fehacientemente, es decir, aquella que es fácilmente comprobable por medios externos y/o públicos, que fue en legítima defensa.
- g) Participación del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- h) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de vehículos motorizados (automóviles, motocicletas, lanchas o avionetas).
- i) 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.
- j) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- k) La práctica de deportes peligrosos. Ejemplos: buceo, canotaje, escalamiento de montañas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, box, ski, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros y cacería de fieras.
- l) 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 o similares, bombero, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- m) 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.

n) Bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes.

o) Ingesta de alcohol, drogas, o como consecuencia del estado de sonambulismo, insolación o congelación. Este seguro se rige por las disposiciones legales peruanas vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de accidente. Para efectos de este seguro 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 etílico.

p) En estado de sonambulismo, insolación o congelación.

q) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.

r) Los siguientes “accidentes médicos”: apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis, ataques epilépticos.

s) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.

**Para la cobertura de Hospitalización por Accidente**

**Quedan excluidos de cobertura de esta Póliza las lesiones que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:**

a) Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia del Certificado de Seguro.

b) Curas de Reposo.

c) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.

d) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o que se relacione con ellas.

e) Exámenes médicos de rutina.

f) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.

g) Las enfermedades denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Ejemplos: Neumonía, Tuberculosis, Candidiasis, Citomegalovirus, Herpes, Infecciones por MAC, Toxoplasmosis, Sarcoma de Kaposi, Hepatitis C.

h) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

i) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones del Condicionado General.

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

### **3. Condiciones de acceso y límites de permanencia**

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier Persona Natural, residente en el Perú, que cumpla con los siguientes límites de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia. Los límites de asegurabilidad se encuentran establecidos en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

### **4. Existencia del 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 y/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 y/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 y/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. Referencia al derecho de resolver el contrato sin expresión de causa.**

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 resolver el contrato se podrá utilizar los mismos mecanismos de medio, lugar y forma que los utilizados para su contratación. El artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho

**6. Modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA, durante la vigencia del contrato.**

El CONTRATANTE tiene derecho a ser informado sobre las modificaciones a las condiciones contractuales que le proponga la COMPAÑÍA, 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, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato.

El artículo 14° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

**7. Aviso en caso de siniestro y Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.**

- 1. Aviso: 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 luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento 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 numeral 13.11 del artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.**
- 2. Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o del COMERCIALIZADOR toda la documentación (en original o certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada) requerida en la póliza para cada cobertura. El ASEGURADO o BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:**

**Para la Cobertura de Muerte Accidental:**

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido o el número del documento.;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales;
- e) Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo, según corresponda;
- f) Protocolo de Necropsia completo, según corresponda; y
- g) Resultado de Dosaje Étílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

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

**Para la cobertura de Hospitalización por Accidente:**

- a) Documento de identidad del ASEGURADO;
- b) Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización;
- c) Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias;

**Para la cobertura de Incapacidad Total Temporal por Accidente:**

- a) Documento de identidad del ASEGURADO;
- b) Certificado médico con diagnóstico, en el cual se declare la condición de Incapacidad; emitido por MINSA o ESSALUD;

La COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente o documento relacionado al siniestro, que estime necesario; a fin de obtener las aclaraciones o precisiones que sean necesarias para la evaluación de la solicitud de cobertura, dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

3. En caso de una solicitud de cobertura en virtud de la presente Póliza, el ASEGURADO deberá cooperar de la siguiente manera:

- a) Adoptar y permitir que se adopten todas las medidas que fueren razonables para reducir al mínimo las consecuencias de la lesión que motivó la hospitalización o la incapacidad.
- b) Para las coberturas de hospitalización por accidentes e Incapacidad Total temporal por Accidente, obtener la autorización correspondiente, para que todos los médicos que estén atendiéndolo o lo hubiesen atendido proporcionen a la COMPAÑÍA información sobre el estado físico, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con el ASEGURADO. Asimismo, procurará que los asegurados adicionales otorguen a la COMPAÑÍA la misma autorización y permitir que los médicos de la COMPAÑÍA lo examinen y sometán a los exámenes requeridos por la COMPAÑÍA, para lo cual esta última asumirá los gastos en que se incurran para tal fin.

**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.