

Seguro de Protección Financiera

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 Fax (51-1) 422-7174
atencion.seguros@chubb.com
www.chubb.com/pe

2. Denominación del producto.

Seguro de Protección Financiera

3. Lugar y forma de pago de la prima.

En las oficinas de la COMPAÑÍA (ver dirección arriba) ó en las oficinas del CONTRATANTE (dirección), según se establezca en las Condiciones Particulares, o mediante cargo en tarjeta de crédito.

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

Dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares dentro de los 30 días siguientes a la fecha del evento o tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor.
Ver artículo 12° de las Condiciones Generales de la Póliza.

5. Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro.

En las oficinas de La COMPAÑÍA (ver dirección arriba) ó en la oficinas del CONTRATANTE (dirección).

6. Medios habilitados por la COMPAÑÍA para que el ASEGURADO presente 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. Telf. (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174.
 - 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 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 (solo para clientes).
 - Detalle del reclamo.

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 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. RIESGOS CUBIERTOS - DETALLE DE LAS COBERTURAS:

Desempleo Involuntario e Injustificado: (para trabajadores dependientes)

En el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario e injustificado, La COMPAÑIA otorgará al Beneficiario y/o al ASEGURADO una indemnización que consistirá en el pago de cuotas mensuales de deuda que tenga el ASEGURADO, o en un monto único, o ambas a la vez, en los términos que se estipulen en las Condiciones Particulares de la Póliza. Para la cobertura de Desempleo Involuntario, el ASEGURADO debe ser un trabajador dependiente.

Incapacidad Física Temporal por Enfermedad o Accidente (para trabajadores independientes)

En el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Incapacidad Física Temporal por enfermedad o accidente, La COMPAÑIA otorgará al Beneficiario y/o al ASEGURADO una indemnización que consistirá en el pago de cuotas mensuales de deuda que tenga el ASEGURADO, o en un monto único, o ambas a la vez, en los términos que se estipulen en las Condiciones Particulares de la Póliza. Para la cobertura de Incapacidad Temporal, el ASEGURADO debe ser un trabajador independiente.

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

2. EXCLUSIONES

La indemnización de la póliza no se concede si el Desempleo Involuntario e Injustificado del ASEGURADO se debe directa o indirectamente, total o parcialmente a las siguientes causas o circunstancias:

- a) **Jubilación o retiro.**
- b) **Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.**
- c) **Renuncia voluntaria.**
- d) **Cese temporal.**
- e) **Despido por falta grave.**
- f) **Despido por reducción de personal mayor al 30% del total de trabajadores de la empresa.**
- g) **Liquidación o cierre de la empresa.**
- h) **Vencimiento del contrato pactado a término fijo o por finalización de la obra o labor contratada.**
- i) **Cualquier situación de desempleo voluntario.**
- j) **Desempleo por causa justa, como:**
 - j.1) **Violación de las prácticas profesionales establecidas.**
 - j.2) **Conducta impropia e intencional.**
 - j.3) **Negligencia de responsabilidad.**
 - j.4) **Fraude.**
- k) **Cierre Patronal (Lock-outs).**

La indemnización de la póliza no se concede si la Incapacidad Física Temporal del ASEGURADO se debe directa o indirectamente, total o parcialmente a las siguientes causas o circunstancias:

- a) **Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.**

- b) **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.**
- c) **Accidentes que se produzcan mientras el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia del alcohol o drogas.**
- d) **Gestación o embarazo.**
- e) **Epidemias.**
- f) **Enfermedades Preexistentes al inicio del seguro, entendiéndose por preexistentes cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro y/o de la declaración jurada de salud.**

Además de las exclusiones señaladas la COMPAÑIA no estará obligada al pago del seguro:

- a) **En cantidad mayor a lo establecido en las Condiciones Particulares.**
- b) **Por gastos adicionales ocurridos después de la Fecha del Evento.**
- c) **En el caso que termine la condición de Desempleo Involuntario e Injustificado o Incapacidad Física Temporal del ASEGURADO, de acuerdo con su actividad laboral.**
- d) **En el caso de que el Evento ocurra dentro del Período de Carencia.**

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

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia

La edad mínima de ingreso al seguro es dieciocho (18) años hasta los 64 años y 364 días.

La edad máxima de permanencia en el seguro es sesenta y nueve (69) años y 364 días.

En ambas coberturas, no pueden ser, ni seguir aseguradas, las personas afectadas de incapacidad física grave, tal como ceguera, sordera, parálisis u otras similares, y enfermedades graves u otras incapacidades físicas y/o enfermedades que agraven el riesgo. En caso de producirse una de estas situaciones durante la vigencia del seguro, el contrato se resolverá. .

4. Derecho de arrepentimiento.

Si la Póliza ha sido ofertada por comercializadores de la COMPAÑIA, incluyendo la bancaseguros, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato o el certificado de seguro, 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, debiendo la COMPAÑIA 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, respectivamente, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

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

Tanto el CONTRATANTE y/o ASEGURADO como la COMPAÑIA pueden resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita, con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación. Asimismo el artículo 8° de las Condiciones Generales de Contratación Comunes a los seguros de Riesgos Generales establece este derecho.

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

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho a ser informado sobre las modificaciones a las condiciones contractuales que le proponga la COMPAÑIA, 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 a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado usando la misma forma de comunicación. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

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.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantendrá vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato.

7. Aviso y procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO deberá comunicarlo a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las Condiciones Particulares, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes desde que tomó conocimiento de la ocurrencia del siniestro, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor. Para tal efecto deberá utilizar el formulario de presentación de siniestros proporcionado por la COMPAÑÍA, o cualquier medio electrónico de conexión directa u otro análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación. El ASEGURADO deberá tener presente que en caso que por culpa leve no cumpla con informar la ocurrencia del siniestro dentro del plazo establecido la indemnización se reducirá, de acuerdo a lo establecido en el numeral 14.12 de las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Riesgos Generales.

Para tener derecho a la indemnización el ASEGURADO deberá acreditar la situación invocada con los documentos señalados en el artículo sobre “DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTROS”.

La COMPAÑÍA tendrá el derecho de solicitar cualquier otro antecedente o documento que estime necesario, siempre que sean necesarios para la evaluación del siniestro correspondiente, dentro de los primeros 20 días de los 30 que tiene LA COMPAÑÍA para consentir, aprobar o rechazar el siniestro.

Comprobada la veracidad de los hechos y de los documentos, y luego de haber verificado que la causa no se encuentra comprendida dentro de las Exclusiones, la COMPAÑÍA procederá al pago de la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares.

El derecho a la indemnización del presente seguro no se verá afectado en caso que el ASEGURADO obtenga ingresos de otras fuentes, distintos de la remuneración que perciba como trabajador dependiente.

Se entenderá como fecha de ocurrencia del siniestro las siguientes:

Desempleo Voluntario e Injustificado: La fecha de término de la relación laboral indicada en la liquidación de los beneficios sociales, o en la constancia policial, o acta inspectiva del Ministerio de Trabajo en los casos de despidos de hecho o de facto, y en caso de los empleados públicos y docentes del sector público, será la fecha que se establezca en el decreto o resolución en la que consta su retiro, cese o baja de la institución a la cual pertenecía.

Incapacidad Física Temporal por Enfermedad o Accidente: La fecha de ocurrencia del evento o siniestro es la indicada en el certificado médico que emitirá el médico tratante del ASEGURADO en el que se detalla la dolencia, tiempo de enfermedad, periodo de incapacidad y justificación médica de la incapacidad.

8. DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTROS

DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INJUSTIFICADO

Trabajadores del Sector Privado

- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del DNI o documento de identidad del ASEGURADO.
- Carta de despido de la empresa (sellada y firmada). Podrá aceptarse carta de renuncia del trabajador ASEGURADO, si la liquidación de beneficios sociales se da por “mutuo disenso”, firmada y sellada por el empleador al momento de la recepción.
- En caso de no contar con carta de despido formalmente cursado por el empleador, según lo indicado en el párrafo precedente, se deberá presentar la Constatación Policial o de la Autoridad Administrativa de Trabajo que den cuenta del despido de hecho o de facto producido.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de las tres (3) últimas boletas de pago de remuneraciones, donde se indique la fecha de inicio de la relación laboral.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del contrato de trabajo, en caso de trabajador sujeto a contrato sujeto a modalidad, a plazo fijo, el cual deberá contar con el sello del Ministerio de Trabajo como constancia de recepción.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la 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) mas los beneficios de ley.
- Certificado de Trabajo (debe detallar el periodo laborado por el trabajador cesado y los motivos del cese), en original.
- Certificado de Aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese, en original.
- Certificación de reproducción notarial (antes Copia Legalizada) de la carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador.
- Declaración jurada manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo.

Trabajadores del Sector Público y Docentes del Sector Público

- a) Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del DNI o documento oficial de identidad del ASEGURADO
- b) Número del CUSSP (Seguridad Social)
- c) Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del empleado o funcionario público.
- d) Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública)
- e) Declaración jurada manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo.

INCAPACIDAD FISICA TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

ASEGURADO Independiente

- a) Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del DNI o documento de identidad del ASEGURADO
- b) Certificado de renta de 4ta, categoría
- c) Declaración Jurada del Impuesto a la Renta de 4ta. Categoría
- d) Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los últimos Recibos por Honorarios por un número de meses equivalente al indicado como Antigüedad Laboral Mínima.
- e) Certificado médico original emitido por el médico tratante del ASEGURADO que acredite la incapacidad Física Temporal.
- f) Informe médico que indique el periodo de tiempo en que el ASEGURADO permanecerá incapacitado de ejercer su actividad laboral, detallando:
 - Causas de la incapacidad
 - Diagnóstico definitivo
 - Tratamiento realizado
 - Pronóstico
 - Días de descanso

- Numero de Historia Clínica
- Clínica u Hospital donde recibió la atención
- Médico Tratante
- Fecha de atención

9. Cargas

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización a las que se tendría derecho.

10. Agravación del Riesgo Asegurado

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.