

## Seguro de Vida Ley Ex - Trabajadores

### Resumen

---

#### 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](mailto:atencion.seguros@chubb.com) [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

**2. Denominación del producto.**

Seguro de Vida Ley Ex Trabajadores.

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

Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro.  
Véase las Condiciones Particulares.

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

En caso de producirse un evento cubierto por el seguro, el ASEGURADO o BENEFICIARIOS deberán presentar a la COMPAÑÍA los documentos requeridos en el punto sobre “Referencia al procedimiento para solicitar la Cobertura de Seguro” de este Resumen, en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada). El ASEGURADO o BENEFICIARIOS podrán presentar los documentos en cualquier momento, precisándose que no existe plazo alguno para el aviso.

Ver artículo 8° de las Condiciones Generales de la Póliza.

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

En las oficinas de la COMPAÑÍA: Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro.

**6. Medios habilitados por la empresa para presentar 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 Fax (511) 422-7174.
- 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.

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 y Número de Póliza contratada con Chubb Seguros Perú.
- Detalle del reclamo.

**7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias como la Superintendencia, el INDECOPI, entre otros, según corresponda.**

**Defensoría del Asegurado:** En tanto el monto del siniestro no supere los US\$ 50,000.00 el ASEGURADO o BENEFICIARIOS puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe) Telefax: (511) 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)

## 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.**
- **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) Fallecimiento Natural
  - b) Fallecimiento Accidental
  - c) Invalidez Total y Permanente por Accidente
- Ver artículo 2° de las Condiciones Generales de la Póliza.

### 2. Riesgos Excluidos:

**Los montos de los beneficios de esta póliza no se conceden si el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO se deben total o parcialmente a las siguientes causas: Suicidio consciente y voluntario, y el intento de suicidio salvo que el ASEGURADO haya tenido cobertura vigente de manera ininterrumpidamente por dos (2) años.**

Ver artículo 3° de las Condiciones Generales de la Póliza.

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

Son asegurables bajo esta póliza los trabajadores asegurados bajo el Seguro de Vida Obligatorio que hayan cesado de sus labores en la empresa asegurada y que hayan cumplido tanto con solicitar por escrito a la COMPAÑÍA mantener su cobertura así como con haber efectuado el pago de la prima dentro del plazo de treinta (30) días calendarios siguientes al término de la relación laboral.

Ver artículo 4° de las Condiciones Generales de la Póliza.

### 4. Derecho de arrepentimiento

Si la Póliza ha sido ofertada por comercializadores de la COMPAÑÍA, incluyendo la bancaseguros, siempre que el marco regulatorio permita la utilización de dichos mecanismos de comercialización para este producto, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, según corresponda, 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 la nota de cobertura provisional, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

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

Ver artículo 17° de las Condiciones Generales de la Póliza.

### 5. Referencia al derecho de resolver el contrato sin expresión de causa

El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto, mediante comunicación enviada a la COMPAÑÍA por los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución del Contrato.

El artículo 13° de las Condiciones Generales establece este derecho.

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

Cualquier modificación de los términos contractuales del Contrato de Seguro durante la vigencia de la Póliza, deberá ser previamente comunicada por escrito al ASEGURADO por los mecanismos pactados entre las partes, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar su decisión por escrito dentro del plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue notificada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.

El artículo 14° de las Condiciones Generales establece este derecho.

#### **7. Referencia al Procedimiento para la Solicitud de Cobertura de Seguro.**

En caso de producirse un evento cubierto por este seguro, el ASEGURADO o BENEFICIARIOS deberán presentar a la COMPAÑÍA los siguientes documentos, en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada). El ASEGURADO o BENEFICIARIOS podrán presentar los documentos en cualquier momento, precisándose que no existe plazo para el aviso del siniestro:

##### En caso de Fallecimiento Natural:

- Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder
- Documento de identidad de los BENEFICIARIOS.
- Acta o Partida de Defunción;
- Certificado Médico de Defunción;
- Testimonio notarial del Testamento por Escritura Pública (solo si este es posterior a la Declaración Jurada de BENEFICIARIOS);
- Asiento registral donde se detallen los Herederos Legales del ASEGURADO, según corresponda.

##### En caso de Fallecimiento Accidental:

- Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder;
- Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;
- Acta o Partida de Defunción;
- Certificado Médico de Defunción;
- Atestado Policial, según corresponda;
- Protocolo de Necropsia, según corresponda;
- Testimonio notarial del Testamento por Escritura Pública (solo si este es posterior a la Declaración Jurada de BENEFICIARIOS);
- Asiento registral donde se detallen los Herederos Legales del ASEGURADO, según corresponda.

##### En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- Documento de identidad del ASEGURADO;
- Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez, otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa o del Interior, o también por el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir dicho documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Ver artículo 8° de las Condiciones Generales de la Póliza