

## Seguro de Vida

### 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, Lima.  
Teléfono: (51-1) 417-5000 (para Lima y Provincias)  
[atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com), web: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

**2. Denominación del producto.**

Seguro de Vida.

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

Con cargo en Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria del CONTRATANTE.  
En efectivo: en XXX

**4. Vigencia:** XXXX

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

El BENEFICIARIO deberá comunicarse con la COMPAÑÍA, COMERCIALIZADOR o CORREDOR, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del suceso, o desde que toma conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto 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.

**6. Lugares autorizados para solicitar orientación y/o 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 consultas y/o reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.**

**Medios habilitados para Presentar Consultas y/o Reclamos:**

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:

- 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 (\*).
- 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".
- 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 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 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 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 Principales Cubiertos

- Muerte
- Muerte accidental
- Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

Para mayor información ver el artículo 2° de las Condiciones Generales de la Póliza.

En caso de existir coberturas adicionales, se deberá verificar cada cláusula adicional.

#### 2. Principales 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.

#### 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 su 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.

El detalle de las exclusiones se encuentra en el artículo 5° de las Condiciones Generales.

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

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.

**4. Derecho de Arrepentimiento**

Si la Póliza ha sido ofertada por comercializadores de la COMPAÑÍA, o a través de Sistemas de Comercialización a distancia, o mediante bancaseguros, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación del contrato, sin necesidad de expresión de causa ni penalidad alguna.

El derecho de arrepentimiento se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o nota de cobertura provisional, siempre que las mismas no sean condición para contratar operaciones crediticias. En los casos precedentes, corresponde a la COMPAÑÍA la devolución total de la prima recibida.

Para estos fines, el CONTRATANTE que quiera ejercer su derecho de arrepentimiento podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, según corresponda. Cuando el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento, la devolución de la prima se realizará en la forma indicada por éstos, y en un plazo máximo de treinta (30) días computados desde la solicitud.

El artículo 9° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida establece este derecho.

**5. 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 quedando el Seguro resuelto de manera inmediata. Si la COMPAÑÍA ejerce dicho derecho, deberá

comunicarlo previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con no menos treinta (30) días calendario de anticipación.

El artículo 17.1° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida establece este derecho.

#### **6. Derecho del Contratante de Aceptar o No las 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.

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.

El artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida establece este derecho.

#### **7. Referencia al Procedimiento de Aviso de Siniestro y Procedimiento para solicitar la Cobertura del Seguro**

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 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 Etílico (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 del Ministerio de Salud, de Defensa y del Interior, del Seguro Social de Salud (EsSalud), así como del Sistema Evaluador de Invalidez (COMAFP o 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.