

Protección Familiar Chubb

Condiciones Generales

Índice

Introducción

1. Definiciones
2. Coberturas
3. Condiciones para ser Asegurado
4. Duplicidad de Pólizas
5. **Exclusiones**
6. Terminación del Seguro
7. **Aviso del Siniestro y Procedimiento para solicitar cobertura**
8. Otras Disposiciones
9. Beneficiarios
10. Pago de Beneficios

Introducción

De conformidad con las declaraciones del CONTRATANTE y/o ASEGURADO contenidas en la Solicitud del Seguro, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo estipulado en las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Accidentes Personales, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos y Anexos que se adhieren a esta Póliza, Chubb Seguros Perú S.A., en adelante LA COMPAÑÍA, conviene en amparar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en adelante el ASEGURADO contra los riesgos que son objeto de cobertura por la presente Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Artículo 1° Definiciones

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

Convalecencia: Es el período en que el ASEGURADO debe permanecer constantemente recluido en su domicilio por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Enfermedades Oportunistas del SIDA: Las enfermedades oportunistas engloban un conjunto de patologías que, como su nombre indica, aprovechan "oportunamente" la situación de bajas defensas de los pacientes VIH positivos para introducirse en el organismo.

Hospitalización: internamiento de una persona dentro de una institución hospitalaria como paciente interno, un mínimo de 24 horas continuas, bajo supervisión de médico autorizado. No se considerará hospitalización el internamiento del paciente por un periodo inferior a 24 horas.

Incapacidad Total y Temporal: Es la incapacidad que sufra el ASEGURADO a consecuencia de un accidente, para el desempeño de su trabajo habitual siendo necesario que se encuentre constantemente en su domicilio por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio, por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Institución Hospitalaria: Establecimiento legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos: a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería. **Para los efectos de esta Póliza no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**

Lesión Pre-existente: cualquier lesión diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.

Lesión Accidental: Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico, sufrido por el ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza y que sea base para una reclamación de acuerdo a los términos de esta Póliza.

Paciente Interno: Persona cuyo ingreso a una institución hospitalaria se realiza por recomendación de un médico, con la finalidad de prestarle atención médica en relación a una lesión accidental cubierta por esta Póliza.

Artículo 2° Coberturas

Los riesgos cubiertos por la presente Póliza son:

- a) **Muerte Accidental:** Si el ASEGURADO fallece durante la vigencia de la Póliza a consecuencia de un accidente, la COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS designados el beneficio indicado en las Condiciones Particulares, siempre que las causas de la muerte no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro. Está cubierto el fallecimiento del ASEGURADO hasta por un (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que el fallecimiento sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente. Se cubre también el fallecimiento del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.
- b) **Hospitalización por Accidente:** La COMPAÑÍA pagará el Beneficio indicado en las Condiciones Particulares por cada día de 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 365 días por año, como límite máximo por accidente, si como consecuencia del accidente, haya sido necesaria la hospitalización del ASEGURADO debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO. Para los efectos de esta Póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente.

Asimismo, se considera que un mismo accidente que sobrepase los 365 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo, en la vigencia siguiente, en caso de renovación de la Póliza, pero sí se cubrirá cualquier otro accidente que ocurra durante la vigencia de la misma.
- c) **Incapacidad Temporal:** Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por esta Póliza, el ASEGURADO, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha del mismo sufriera un estado de Incapacidad Total Temporal, la COMPAÑÍA pagará mientras subsista dicho estado, la indemnización diaria de esta cobertura por un periodo que no excederá de ciento ochenta (180) días calendario, contados desde la fecha de la configuración de la incapacidad. En el caso de que el ASEGURADO sufra una Incapacidad Total Temporal a causa de un mismo accidente separado por intervalos menores a un (1) año, cada periodo de incapacidad será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el periodo máximo de beneficio.

La COMPAÑÍA podrá, cuando lo estime necesario, pedir al ASEGURADO comprobación de que continúa su estado de Incapacidad Total. Si éste se negara a dicha comprobación o se hace patente que ha desaparecido el estado de Incapacidad Total, cesarán automáticamente los beneficios que concede esa cobertura.

En el caso que el ASEGURADO, a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza, sufra una Incapacidad Total Temporal y tenga que ser internado en una Institución Hospitalaria, la COMPAÑÍA pagará primero la renta que corresponda a la cobertura de Hospitalización y en caso persista dicha Incapacidad luego de que el ASEGURADO se retire de la Institución Hospitalaria, la COMPAÑÍA recién pagará la renta que corresponda a la cobertura de Incapacidad Total Temporal.

Esta Póliza brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.

Artículo 3° Condiciones para ser asegurado

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

Artículo 4° Duplicidad de Pólizas

El ASEGURADO no podrá tener contratado más de un seguro del presente producto. En caso que el ASEGURADO cuente con más de una póliza del presente producto, LA COMPAÑÍA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO la prima del seguro duplicado.

Artículo 5° 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 artículo precedente sobre Definiciones.**
- 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 directa o indirecta 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 se relacione directamente con ellas.
- e) Exámenes médicos de rutina.
- f) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- g) Las enfermedades directas o 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.

Artículo 6° Terminación del seguro

El seguro con respecto a un ASEGURADO terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) La muerte del mismo ASEGURADO;
- b) La muerte del ASEGURADO Titular;
- c) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- d) Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, sin que ésta se haya renovado.

Artículo 7° Aviso del siniestro y procedimiento para solicitar la cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Póliza, el ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS deberán cumplir con lo siguiente:

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 copia legalizada) requerida en la póliza para cada cobertura, sin perjuicio de la información adicional que pueda requerir la COMPAÑÍA conforme al procedimiento indicado más adelante. 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) Atestado Policial Completo, según corresponda;
- f) Protocolo de Necropsia completo, según corresponda; y
- g) Resultado de Dosaje Etílico 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 el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud;**

La COMPAÑIA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente o documento que estime necesario, además y sin perjuicio de los mencionados, así como aclaraciones o precisiones adicionales que sean necesarias para la evaluación del siniestro correspondiente, 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 atendiendo o lo hubiesen atendido proporcionen a la COMPAÑIA información sobre el estado físico, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con el ASEGURADO. Asimismo procurará que los asegurados dependientes otorguen a la COMPAÑIA la misma autorización y permitir que los médicos de la COMPAÑIA lo examinen y sometan a los exámenes requeridos por la COMPAÑIA, para lo cual esta última asumirá los gastos en que se incurran para tal fin.**

Artículo 8° Otras disposiciones

8.1 Atención y cuidado médico diario

La Renta por Hospitalización no se pagará si el ASEGURADO no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión, entendiéndose que la exclusión se aplicará cuando se trate de procedimientos médicos a los que se somete el ASEGURADO de manera voluntaria y en los cuales éste tiene conocimiento de la situación irregular de la persona que lo practica o las circunstancias le permiten llegar a dicha conclusión.

8.2 Periodo de indemnización

La Renta por Hospitalización será computada desde la fecha de ingreso en la institución hospitalaria por un período que no exceda de los 365 días para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de una lesión accidental. Para considerarse hospitalización el ASEGURADO deberá permanecer internado como mínimo 24 horas.

8.3 Hospitalizaciones sucesivas

La hospitalización del ASEGURADO que comience mientras su Póliza esté vigente, y que se deba a la misma causa o causas relacionadas a una hospitalización anterior por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo este seguro y que no esté separada por un período de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior. En este caso, lo que se solicite de cobertura por la última hospitalización se hará tomando en cuenta lo pagado en la primera hospitalización, porque se considera que es una misma solicitud de cobertura y en consecuencia que es el mismo Periodo de Indemnización.

En el caso de ocurrir la hospitalización sucesiva luego de transcurridos 12 meses, independientemente de que se deba al mismo accidente, el Período de Indemnización se computará desde cero.

El cálculo de los doce meses se hará desde la fecha de ingreso de la primera hospitalización hasta la fecha de ingreso de la siguiente hospitalización.

Artículo 9° Beneficiarios

Para la cobertura de Muerte Accidental:

Serán beneficiarios de esta cobertura aquellas personas designadas en la Solicitud de Seguro. A falta de beneficiarios designados, la COMPAÑÍA pagará los beneficios a los herederos legales del ASEGURADO.

Para las coberturas de Hospitalización por Accidente y de Incapacidad Total Temporal por Accidente:

Será beneficiario de estas coberturas el mismo ASEGURADO. En caso de fallecimiento del ASEGURADO antes de la indemnización correspondiente, serán beneficiarios los herederos legales de éste.

Artículo 10° Pago de beneficiarios

La COMPAÑÍA cuenta con un plazo de 30 días para pagar el siniestro, desde que el mismo es aceptado o queda consentido.

En el caso de Hospitalización por Accidente el pago se efectuará una sola vez al final del periodo de hospitalización, sin considerar el periodo de Convalecencia.

En el caso de Incapacidad Total Temporal por Accidente el pago se efectuará una sola vez al final del periodo de incapacidad.