

Seguro Siempre a Mano

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 Fax (51-1) 422-7174
atencion.seguros@chubb.com
www.chubb.com/pe
- 2. Denominación del producto.**
Seguro Siempre a Mano
- 3. Lugar y forma de pago de la prima.**
En la COMPAÑÍA (ver datos en el numeral 1 precedente)
La forma de pago es: XXXX
Véase las Condiciones Particulares y el Certificado de Seguro
- 4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro.**
Dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados dentro de los 30 días de haber tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. Ver artículo 9° de las Condiciones Generales de la Póliza.
- 5. Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro.**
La COMPAÑÍA (ver datos de la Compañía en el literal a. numeral 1) precedente.). La indemnización se pagará al CONTRATANTE y al ASEGURADO hasta donde sus intereses aparezcan en caso exista un saldo posterior al cobro por parte del Contratante (entidad financiera).
- 6. Medios habilitados por la COMPAÑÍA para presentar 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 <http://www.chubb.com/pe> 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

- Infarto Cardíaco
- Hospitalización por quince (15) o más días a consecuencia de accidente.
- Internación en UCI a causa de accidente
- Invalidez Total y Permanente por Accidente
- Desmembramiento por pérdida funcional por accidente
- Fallecimiento accidental del (la) cónyuge/conviviente o del hijo del Asegurado.

Ver artículo 2° de las Condiciones Generales de la Póliza

2. Exclusiones

La indemnización de esta póliza no se concederá en los siguientes casos:

- a) Enfermedades pre-existentes al inicio del seguro.**
- b) Suicidio**
- c) 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.**
- d) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero de transporte aéreo comercial.**
- e) Participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.**
- f) Participación o intervención, directa o indirecta en actos delictuosos**
- g) Uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.**
- h) Ataques o intromisiones en instalaciones y plantas de almacenamiento que conduzcan a la liberación de radiactividad o de sustancias bélicas atómicas, bacteriológicas o químicas. En particular tampoco se otorga cobertura cuando se realizan ataques o intromisiones nombrados haciendo uso de la tecnología de la información.**
- i) Eventos accidentales ocurridos a consecuencia de la liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no)**
- j) Epidemias.**

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

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

Tanto el CONTRATANTE y/o ASEGURADO como la COMPAÑÍA pueden resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada con no menos treinta (30) días calendario de anticipación.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO también podrá ejercer el derecho de desvincularse del contrato de seguro utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración.

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

4. 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.

EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a la COMPAÑÍA por escrito 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.

Tratándose el presente Seguro de uno Grupal, la COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que este ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

5. Referencia al procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.

En caso de siniestro, el beneficiario deberá efectuar lo siguiente:

Aviso del siniestro: Dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Póliza, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario desde que se tiene conocimiento de la ocurrencia 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.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA 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 Infarto Cardíaco:

- a) Informe médico y pruebas clínicas que sustenten la ocurrencia del Infarto Cardíaco;
- b) Documento de Identidad del Asegurado;
- c) Estado de cuenta del crédito.

En caso de Hospitalización por quince (15) o más días a consecuencia de accidente:

- a) Certificado del médico tratante indicando la naturaleza de las lesiones, la causa del accidente (si es que se indicara), la fecha y hora de hospitalización y alta del paciente;

- b) Documento de Identidad del ASEGURADO;
- c) Estado de cuenta del Crédito.

En caso de Internación en UCI por accidente:

- a) Certificado del médico jefe de la UCI indicando la naturaleza de las lesiones, la causa del accidente (si es que se indicara), la fecha y hora de su internación en dicha unidad de cuidados intensivos y alta del paciente;
- b) Documento de Identidad del ASEGURADO;
- c) Estado de Cuenta del Crédito.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente (si es que se indicara) y sus consecuencias conocidas o probables;
- b) Certificado médico con diagnóstico, emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud o entidad legal que la sustituya, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente;
- c) Documento de identidad del ASEGURADO;
- d) Estado de Cuenta del Crédito.

En caso de Desmembramiento por pérdida funcional por Accidente:

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente (si es que se indicara) y sus consecuencias conocidas o probables;
- b) Certificado médico con diagnóstico, emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud o entidad legal que la sustituya, en el cual se declare el tipo de pérdida funcional sufrida por el ASEGURADO;
- c) Documento de Identidad del ASEGURADO;
- d) Estado de Cuenta del Crédito.

En caso de Muerte Accidental del (la) cónyuge/conviviente o hijo del ASEGURADO.

- a) Acta o Partida de Defunción;
- b) Atestado Policial, en caso corresponda;
- c) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda;
- d) Partida de Nacimiento del hijo del ASEGURADO, en caso corresponda;
- e) Partida de Matrimonio del (la) cónyuge, en caso corresponda;
- f) Declaración Judicial o Notarial de Reconocimiento de Unión de Hecho (Convivencia), en caso corresponda;
- g) Documento de Identidad del (la) cónyuge/conviviente, en caso corresponda;
- h) Documento de Identidad del ASEGURADO;
- i) Estado de Cuenta del Crédito.

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

El presente seguro no obliga a la COMPAÑIA a efectuar el pago si, de manera deliberada, no se permite el libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la COMPAÑIA al lugar donde se encuentre el cuerpo del ASEGURADO, en caso sea necesario para la evaluación de la Solicitud de Cobertura; salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.

6. 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.

7. 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.