Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro – Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/pe

Seguro de Accidentes Personales

Condiciones Generales

Índice

1. Definiciones
2. Cobertura Principal – Muerte Accidental
3. Coberturas Adicionales
4. Indemnización a raíz de un mismo Accidente
5. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO
6. DUPLICIDAD DE PÓLIZAS
7. Exclusiones
8. Renovación Automática
9. Terminación del Seguro
10. Beneficiarios
11. Aviso del siniestro y procedimiento para solicitar la cobertura
12. Pago de Beneficios

Introducción

De conformidad con las declaraciones contenidas en la solicitud del seguro presentada por el Contratante y/o Asegurado, en adelante el ASEGURADO, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo estipulado tanto en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales, como en las presentes Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales, así como también en las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos y anexos adjuntos, Chubb Seguros Perú S.A, en adelante la COMPAÑÍA, conviene en amparar al ASEGURADO, contra los riesgos indicados a continuación.

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.

Asegurado: Concepto referido tanto al Asegurado Titular como al Asegurado Adicional

Asegurado Titular: Se trata del Asegurado que se acoge a todas las coberturas -principales y adicionales previstas por la presente póliza.

Asegurado Adicional: Es el cónyuge o conviviente, descendientes o ascendientes del Asegurado Titular, detallados en la Solicitud de Seguro, que se acoge a las coberturas de la póliza, según corresponda.

Deporte peligroso: Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comporta una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican.

Lesiones preexistentes: Se entiende como tal, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del presente seguro.

Ocupación o Actividad de Riesgo: Todo quehacer o trabajo, diario o de manera habitual, que es ejercido en condiciones de peligrosidad porque conlleva un daño para la salud o para la integridad física de la persona.

Sonambulismo: Estado de una persona que mientras está dormida tiene cierta aptitud para ejecutar algunas funciones tales como levantarse, andar y hablar.

Artículo 2°: Cobertura Principal – Muerte Accidental

En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza, ya sea que el accidente haya ocurrido en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, en los plazos y términos que se señalan en los mismos, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro.

Este seguro cubre la muerte accidental 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 la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente.

El seguro cubre también la muerte del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

Artículo 3°: Coberturas Adicionales

Para los efectos del presente seguro, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá incluir las coberturas adicionales u opcionales, previo pago de la prima correspondiente, la misma que se encuentra indicada en la Solicitud del Seguro.

Artículo 4°: Indemnizaciones a Raíz de un mismo Accidente

Un mismo accidente no dará derecho acumulativo a indemnizaciones por Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, la COMPAÑÍA deducirá de la Suma Asegurada por Muerte Accidental la indemnización ya pagada por Invalidez Total y Permanente.

Artículo 5°: Condiciones para ser Asegurado

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

Artículo 6°: Duplicidad de Pólizas

El ASEGURADO no podrá tener contratada más de una póliza de este mismo seguro con la COMPAÑÍA. La COMPAÑÍA tendrá un plazo de 15 días desde la fecha de la contratación para verificar si el ASEGURADO cuenta con otra póliza de este seguro. En caso de que el ASEGURADO cuente con más de una póliza la COMPAÑIA considerará que dicho CONTRATANTE y/o ASEGURADO está cubierto bajo la Póliza que proporcione el mayor Beneficio, en caso de tener sumas aseguradas diferentes. Cuando las coberturas contratadas sean idénticas, la COMPAÑIA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso la COMPAÑIA reembolsará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO la prima del seguro duplicado.

Artículo 7°: Exclusiones

Queda excluido de la cobertura los accidentes que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

a) Suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión.

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 ílicito o en actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que estos constituyan un delito o causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; 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 de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.

h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro, en los términos señalados en el artículo de definiciones de este condicionado.

i) Participación activa en carreras, ejercicios o juegos atléticos que no sean controlados por alguna institución deportiva, acrobacia, participación en actividades competitivas o deportivas de manera profesional.

j) El desempeño de alguna profesión u oficio riesgoso, entendiéndose por ellos aquellos que ponen en peligro la vida o el estado de salud del ASEGURADO. Ejemplos: ser minero, bombero, vigilante, miembro de las fuerzas armadas o policiales.

k) Desempeñarse el 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.

l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Para la aplicación de esta exclusión se tomará como referencia las disposiciones legales vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento de un accidente de tránsito, así como 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. Esta exclusión es aplicable a cualquier accidente, no está referida únicamente al accidente de tránsito.

m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.

n) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.

o) Las consecuencias de hernias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.

p) Accidentes provocados dolosamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO

q) Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.

r) Apoplejía, congestiones, síncopes, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos.

Artículo 8°: Renovación Automática

El seguro se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza y mientras el ASEGURADO no haya cumplido la edad límite de permanencia. No se emitirán documentos de renovación ya que la Póliza originalmente entregada al CONTRATANTE constituye evidencia de la validez de la cobertura.

Artículo 9°: Terminación del Seguro

El contrato de seguro terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

a) La muerte del ASEGURADO Titular. La muerte de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia. El cumplimiento de la edad límite de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
c) Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, en caso ésta no haya sido renovada.
d) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

Artículo 10°: Beneficiarios

10.1 El ASEGURADO designará a sus Beneficiarios en la solicitud de seguro. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios. Para que sea válida la designación de un nuevo Beneficiario deberá constar en un endoso en la póliza o en un tercer documento legalizado por notario público.

10.2 El cambio de Beneficiarios será efectivo en a partir de la fecha de comunicación efectuada a la COMPAÑÍA, quien elaborará el endoso para dejar constancia de la modificación o registrará el documento legalizado efectuado por el ASEGURADO. Con antelación a la fecha del endoso la COMPAÑÍA no será responsable por continuar tomando como correcto los Beneficiarios nombrados anotados previamente.

10.3 La suma asegurada será pagada a los Beneficiarios cuya designación se encuentre en vigor al fallecimiento del ASEGURADO. Si uno de los Beneficiarios no viviera o no quisiera recibir su parte, ésta acrecentará la de los otros beneficiarios en partes iguales.

10.4 Los Beneficiarios no tienen ni transmiten derecho alguno si fallecen antes que el ASEGURADO. Por lo tanto, en caso de fallecimiento de los Beneficiarios antes que el ASEGURADO, o de no haberse designado Beneficiarios, la suma asegurada será pagada a los herederos legales del ASEGURADO.

10.5 En caso de duda sobre a quién o a quiénes debe efectuarse el pago, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante la autoridad judicial competente, a fin de que sea la autoridad judicial quién determine quiénes deben recibirla, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad con los Beneficiarios que aleguen derecho sobre la indemnización.

Artículo 11°: Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

En caso de siniestro, el BENEFICIARIO deberá cumplir con lo siguiente:

1) Aviso del siniestro: Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término 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 los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

a. Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, de tenerlo físicamente;

b. Partida o Acta de Defunción;

c. Certificado Médico de Defunción completo;

d. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;

e. Copia Certificada del Atestado o Informe 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.

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 que 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 AFP's.

En caso que 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 Aseguradora 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. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Artículo 12°: Pago de Beneficios

Comprobada la veracidad de los hechos y de los documentos presentados, y luego de haber verificado que la causa no se encuentra comprendida dentro de las Exclusiones, LA COMPAÑÍA procederá a pagar los beneficios estipulados en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, en el plazo establecido en el artículo 11° del presente Condicionado General y las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

CHUBB®

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Dentales

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que sólo será válida y regirá mientras las coberturas principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1º 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.

Artículo 2º Descripción de la Cobertura

En caso que el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente **dental** ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, ya sea que este haya ocurrido en territorio nacional o internacional, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, por los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación y que sean incurridos dentro del plazo de 30 días calendarios contados desde la fecha de ocurrencia del accidente **dental**.

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO siempre y cuando las causas del accidente **dental** no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de esta Cláusula Adicional y siempre que el ASEGURADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro seguro. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro seguro, y los gastos no cubiertos por dicho seguro, serán reembolsados por la COMPAÑÍA hasta el límite señalado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

La Cláusula Adicional cubre también las lesiones del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

Artículo 3º Exclusiones

Queda excluido de cobertura los accidentes dentales y/o lesiones que ocurran a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

a) Lesiones preexistentes al momento de contratar la Cláusula Adicional. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud 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 declaración jurada de salud y/o solicitud de 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) Radiación nuclear.
d) Participación activa del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
e) Participación activa del ASEGURADO en actos delictivos o en actos violatorios de leyes, normas o reglamentos públicos.
f) Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
g) Intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
h) Participación voluntaria del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.

i) **Práctica de los siguientes deportes de alto riesgo: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.**
j) **Durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.**
k) **Bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes.**

Artículo 4° Terminación del Seguro

Le serán aplicables las causales de terminación indicadas en el Condicionado General de la Póliza, o cuando se haga efectiva la indemnización que cubre la misma.

Artículo 5° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Cláusula Adicional, el ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

Aviso: Dar aviso a LA COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Póliza sobre la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda, 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, copia legalizada). El ASEGURADO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

a) **Declaración escrita, con fecha y hora del accidente dental, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;**
b) **Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.**
c) **En el caso de accidentes de tránsito en los que el ASEGURADO sea el conductor del vehículo, resultado de Dosaje Etílico;**
d) **Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos. En caso el ASEGURADO haya fallecido antes del cobro de la indemnización, se encontrará facultado para realizar el trámite de cobertura el BENEFICIARIO (Heredero Legal), quien deberá presentar, adicionalmente:**
e) **Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que lo designe, según corresponda;**
f) **Documento de identidad del BENEFICIARIO (Heredero Legal).**

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento al CONTRATANTE/ASEGURADO 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.

Artículo 6° Beneficiarios

Serán beneficiarios de la cobertura que se brinda por esta Cláusula Adicional los mismos ASEGURADOS que requieran el reembolso de los gastos médicos incurridos a consecuencia de un accidente **dental**. En caso de fallecimiento del ASEGURADO antes de la entrega de la indemnización correspondiente, serán beneficiarios los Herederos Legales de éste.