

Seguro Falabella Hospitalización por Accidente

Póliza N°: XXXXXXXXXXXX

Certificado de Seguro N° XXXX

Código SBS: AE2036110092 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros (La Compañía)

Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima
RUC: 2039625007
Teléfono: 417-5000; Fax: 221-2943 (para Lima y Provincias)
Correo electrónico: atención.seguros@chubb.xom
Página Web: www.chubb.com/pe

Contratante

Nombres y Apellidos/ Razón Social/ Denominación Social:	
Dirección:	
Tipo y Número de Documento de Identidad:	Teléfono:
Correo electrónico:	

Asegurado Titular

Apellidos y Nombres:	DNI:	Edad:
Sexo:		
Dirección:		
Correo electrónico:	Teléfono:	
Relación con el Contratante:		

Asegurados Dependientes

Apellidos y Nombres:	DNI:	Edad:
Sexo:		
Dirección:		
Relación con el Contratante:		

Beneficiarios

Nombre:
Porcentaje:
Relación con el Asegurado:

Cobertura del Seguro

Vigencia del seguro: anual con renovación automática

Fecha de inicio: desde las 12 pm, del dd/mm/aaaa

Fecha de fin de vigencia: hasta las 12 pm del dd/mm/aaaa o cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero

Prima Comercial

Prima Comercial +IGV: XXX

Lugar y forma de pago de la prima: cargo en la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella del Asegurado Titular.

Comisiones a favor del Corredor de Seguros y/o Comercializadores: XXXXX

Comisión a favor de los Promotores de Seguros: XXXX

Descripción del Interés Asegurado: Otorgar una renta al ASEGURADO por hospitalización en caso de accidente y si se contrató la cobertura adicional otorgar una renta por hospitalización en cuidados intensivos.

Riesgo Cubierto

Cobertura Principal

Renta hospitalaria por accidente – diario (máx. 365 días) S/ XXXX

Cobertura Adicional (en caso de contratarse)

Renta hospitalaria por accidente en cuidados intensivos (max. 180 días) S/ XXXX

Detalle de las Coberturas

Cobertura Principal

Renta Hospitalaria por accidente

La COMPANÍA pagará el 100% del Beneficio indicado en las Condiciones Particulares y en este Certificado de Seguro por cada 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 365 días por año, si como consecuencia de un 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, precisándose que sí estará cubierto cualquier otro accidente sufrido durante la vigencia de la póliza renovada.

Cobertura Adicional

Renta Hospitalaria por accidente en cuidados intensivos

La COMPANÍA pagará el Beneficio indicado en las Condiciones Particulares y en este Certificado de Seguro por cada 24 horas continuas de internamiento del ASEGURADO en una Institución Hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos, hasta un máximo de 180 días por año, sin considerar convalecencia, si como consecuencia de un accidente haya sido necesaria su hospitalización, debidamente certificada por un médico, 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 dé lugar al internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos que sobrepase los 180 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo en la vigencia siguiente, en caso de renovación de la Póliza, precisándose que sí estará cubierto cualquier otro accidente que requiera internamiento en dicha unidad hospitalaria que sufra el ASEGURADO durante la vigencia de la póliza renovada.

Exclusiones

Quedan excluidas de la Póliza las lesiones que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infligidas, esté o no el ASEGURADO en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- 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) 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.
- d) Curas de Reposo.
- e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- f) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- g) Condiciones médicas pre-existentes.
- 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.

Exclusiones de la Cobertura Adicional (en caso de contratarse) son las mismas

Alcances sobre el Pago de la Prima

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO, las cuotas se cargarán mensualmente en la tarjeta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación según las fechas predeterminadas por el Banco Falabella.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la tarjeta designada o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar re-intentos de cargo en las siguientes 5 fechas predeterminadas por el Banco Falabella.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la cuota correspondiente entonces se realizarán nuevos intentos en las siguientes 6 fechas de cargo predeterminadas con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en curso.
- Si luego de transcurrido el periodo de gracia no se pudiera debitar las cuotas correspondientes al Seguro, la cobertura quedará extinguida siguiendo el procedimiento establecido en las Condiciones Generales de la Póliza, pudiendo rehabilitarse en caso de pago directo por el ASEGURADO, siempre que no se haya comunicado la resolución del contrato.

Cláusula adicional incluida en la póliza:

Renta Hospitalaria por accidente en cuidados intensivos

Consideraciones

Derecho de arrepentimiento:

El ASEGURADO tiene derecho a arrepentirse del seguro dentro de los quince (15) días siguientes a la entrega de este certificado de seguro. Ver especificaciones en el Resumen Informativo de la Póliza que se entrega junto con este certificado.

Derecho de resolución sin expresión de causa:

El ASEGURADO tiene derecho a resolver el contrato de seguro expresado en su caso en el certificado de seguro, sin expresión de causa, con un preaviso de 30 días a la COMPAÑÍA, en cuyo caso quedará desvinculado de la póliza grupal. El CONTRATANTE podrá resolver el contrato de seguro igualmente en cualquier momento, de manera unilateral, con un preaviso de 30 días a la COMPAÑÍA, en cuyo caso será el obligado a informar por escrito a los asegurados sobre tal decisión, debiendo dar constancia de ello a la COMPAÑÍA. En ambos casos se devolverá la prima que la COMPAÑÍA haya recibido por el periodo no cubierto. Ver especificaciones en el Resumen Informativo de la Póliza.

Aceptación de cambio de condiciones contractuales, (durante la vigencia del contrato)

El CONTRATANTE tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA durante la vigencia del contrato de seguro. De aceptar las modificaciones contractuales, la COMPAÑÍA entregará al CONTRATANTE la documentación suficiente para poner dichas modificaciones en conocimiento de los asegurados. Ver especificaciones en el Resumen Informativo.

Aviso del siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura:

Aviso del Siniestro: Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO deberá comunicarse con la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de una hospitalización que origine una indemnización cubierta por este seguro, o desde que se tome conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como le sea posible, 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.

Documentos: Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o 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) Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización;
- b) Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias; y
- c) Documento de identidad del ASEGURADO.

En todo caso, la COMPAÑÍA podrá requerir aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en cuyo caso las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

Información Adicional

Medio y Plazo establecido para el aviso del siniestro: ver Resumen adjunto

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

LA COMPAÑÍA (ver información de la COMPAÑÍA en la primera hoja de este documento) / EL COMERCIALIZADOR (dirección)

Medios habilitados para presentar reclamos ante la COMPAÑÍA:

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:

- 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 www.chubb.com/pe opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.

c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 417-5000, Anexos 5029 y 5035.

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
- Detalle del reclamo

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias, según corresponda

- Defensoría del Asegurado Telefax: 01 421-0614
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Teléfono 630 9005,
- INDECOPI: Teléfono 224 7777

Importante

- La información contenida en este Certificado de Seguro es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Condiciones Generales de Contratación comunes a los seguros de Accidentes Personales.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro Colectivo a Chubb Seguros Perú S.A. o a Corredores de Seguros Falabella, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador, se consideran abonados a Chubb Seguros Perú S.A.
- Este es un seguro diseñado exclusivamente para Corredores de Seguros Falabella y la aceptación del mismo conlleva la aceptación de su intermediación para la administración del seguro.
- **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.
- **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.

Fecha de emisión: XXXX

Firma del Funcionario autorizado de la COMPAÑÍA