

Seguro Falabella Multiprotección - Soles

Certificado de Seguro N° XXXXX

Código Reg: SBS AE2036110030

Póliza N° XXXX

Corredor de Seguros: XXX

Reg. Oficial N°: XXX

Compañía de Seguros

| | |
|--|------------------|
| Nombre: Chubb Seguros Perú S.A. | |
| Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima | RUC: 20390625007 |
| Teléfono: 417-5000 | |
| Correo electrónico: atencion. seguros@chubb.com | |
| Página web: www.chubb.com/pe | |

Contratante

| |
|---|
| Nombre completo/ Denominación o Razón Social: |
| Dirección: |
| Tipo y N° del Documento de Identidad: |
| Teléfono: |
| Correo electrónico: |

Asegurado Titular (también entendido como Asegurado)

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

Asegurado Dependiente/Adicional (Sólo aplicable para la Cláusula Adicional "Fractura de Huesos por Accidente", de corresponder)

| | |
|--------------------|--|
| Nombre y Apellidos | Parentesco/Relación con el Asegurado Titular |
| | |
| | |

Beneficiarios

| |
|------------------------------------|
| Nombre: |
| Porcentaje: |
| Relación con el Asegurado Titular: |

Cobertura del Seguro

Vigencia del seguro: Anual con renovación automática

Fecha de inicio: desde las dd/mm/aaaa

Fecha de término: hasta las dd/mm/aaaa ó cuando el ASEGURADO TITULAR cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

Prima Comercial: XXX

Prima Comercial +IGV: XXXX

Periodicidad de Pago: Mensual

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

La prima comercial incluye:

Cargos de agenciamiento por la intermediación de Comercializadores: XXXX (monto)/ XX% (porcentaje) (si fuera el caso)

Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores: XXXX XX(monto)/ XX% (porcentaje) (si fuera el caso)

Cargos por agenciamiento por la contratación de promotores de seguros: XX(monto)/ XX% (porcentaje) (si fuera el caso)

Descripción del Interés Asegurado

Dar cobertura al ASEGURADO por lesiones sufridas a causa de un accidente cubierto por la Póliza

Riesgos Cubiertos

Coberturas Principales

- | | |
|---|----|
| a) Muerte Accidental | S/ |
| b) Invalidez Total y Permanente por Accidente | S/ |
| c) Renta Hospitalaria | S/ |
| d) Sepelio por Accidente | S/ |

Coberturas Adicionales (Dependiendo del Plan Contratado)

- | | |
|---|------------------------------------|
| a) Vida | S/ |
| b) Muerte Accidental por Terremoto | S/ |
| c) Muerte Accidental en Transporte Público | S/ |
| d) Accidente | Reembolso de Gastos Médicos por S/ |
| e) Fractura de Huesos por Accidente | S/ |
| f) Renta por Convalecencia por Accidente o Enfermedad | S/ |

Exclusiones

Para las coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente, y Sepelio por Accidente, quedan excluidos de cobertura el fallecimiento del Asegurado, su invalidez o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- 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 de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o guerra.
- Participación del ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables, que existió legítima defensa.
- Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos o en duelo concertado.
- Suicidio o intento de suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura.
- Intervención del ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo, sea como civil o miembro de una institución policial o militar.
- 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.
- Las consecuencias de hernias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.

- i) **Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.**
- j) **Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades peligrosas, carreras, acrobacias y deportes notoriamente riesgosos, los cuales para efectos de esta Póliza son: carreras de automóviles (tanto como conductor o pasajero), motocicletas, motonetas y bicicletas, concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería de fieras y pesca submarina.**
- k) **Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo. Esta póliza 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 esta póliza 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. Se requerirá el examen antes mencionado en tanto el ASEGURADO fuera quien manejaba durante la ocurrencia del accidente, de lo contrario se realizarán otros exámenes toxicológicos.**
- l) **Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.**
- m) **Desempeñarse el ASEGURADO como piloto o tripulante de aviones de cualquier clase.**
- n) **Enfermedades de cualquier especie, sean ellas corporales o psíquicas, aunque sean una consecuencia de intoxicaciones, de picaduras o mordeduras de insectos, de impresiones ni de las dolencias provenientes del ejercicio de una profesión u oficio determinado, que se conoce con el nombre de enfermedades profesionales.**

Para la cobertura de Renta Hospitalaria, adicionalmente a las arriba señaladas, quedan excluidas de cobertura por 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 de la póliza.**
- 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) **Condiciones o enfermedades preexistentes, de acuerdo a la definición establecida en el artículo 1° de las Condiciones Generales de la Póliza.**
- f) **Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**

Para el caso de las exclusiones aplicables a las cláusulas adicionales, el detalle de las mismas figura en el condicionado de cada cláusula, siendo opcional la contratación de éstas.

Pago de la Prima

De acuerdo a la autorización del ASEGURADO TITULAR, 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 fechas predeterminadas por el Banco Falabella.

Si luego de los intentos de cargo no se pudiera debitar las cuotas correspondientes al Seguro, el contrato de seguro se extinguirá a los noventa (90) días de la fecha de la primera cuota impaga.

Derecho de Arrepentimiento

El CONTRATANTE o ASEGURADO TITULAR tiene derecho a arrepentirse del 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 CONTRATANTE o ASEGURADO TITULAR tiene derecho a resolver el contrato o el Certificado de Seguro, respectivamente, sin expresión de causa, con un preaviso de treinta (30) días a la COMPAÑÍA, ver especificaciones en el Resumen Informativo.

Aceptación de cambio de condiciones contractuales (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 treinta (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 por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

En 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. La COMPAÑÍA entregará al CONTRATANTE la documentación suficiente para poner dichas modificaciones en conocimiento de los asegurados

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Si ocurriera un suceso que diera lugar a solicitar la cobertura bajo esta Póliza, el ASEGURADO, sus Beneficiarios o Herederos Legales deberán:

Aviso: Comunicar el siniestro a la COMPAÑÍA 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 tomó conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como 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, deberán presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o COMERCIALIZADOR/CONTRATANTE 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:

Para las coberturas de Muerte Accidental y Sepelio por Accidente.

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tenga en su poder;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción;
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales;
- e) Copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento expedida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos que designe a los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda. En caso de ser mas de un Beneficiario o Heredero Legal, y el trámite lo realice uno de ellos, deberá presentarse el Poder extendido por los demás Beneficiarios o Herederos Legales ante Notario Público;
- f) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, en caso corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda; y
- h) Resultado de Dosaje Étílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la Ley vigente.

El presente seguro no obliga a la COMPAÑÍA 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.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables, según corresponda;
- b) Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa o del Interior, o también por el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir dicho documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente por Accidente; y
- c) Documento de identidad del ASEGURADO.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria.

- a) Certificaciones médicas y/o de diagnósticos;
- b) Facturas legalmente identificadas de las instituciones hospitalarias; y
- c) Resultados de exámenes y/o procedimientos médicos.

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.

Información Adicional

Medio y Plazo establecido para el aviso del siniestro:

El ASEGURADO, sus Beneficiarios o Herederos Legales, deberán dar aviso a la COMPAÑIA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de los treinta (30) días de haber tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, o después de dicho término tan pronto como 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.

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

La COMPAÑIA / COMERCIALIZADOR - CONTRATANTE (Indicado en el numeral 5A del Resumen Informativo y en la primera hoja del presente Certificado)

Medios habilitados para presentar consultas y reclamos:

El CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede 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 COMPAÑIA ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000(*)
- 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(*)

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 (aplicable sólo para clientes).
- Detalle del reclamo.

Una vez presentado el reclamo se le asigna un número de caso para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo.

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 reclamos y/o denuncias

- Defensoría del Asegurado Telefax: 01 421-0614
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones:
Teléfono 0800-10840 | (511) 200-1930
- INDECOPI: Teléfono 224 7777

Importante

- La vigencia de la cobertura que otorga este Certificado de Seguro es anual con renovación automática por periodos iguales, salvo que Chubb Seguros Perú S.A. o el ASEGURADO TITULAR resuelvan anticipadamente la póliza.
- La información contenida en este Certificado de Seguro es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales, Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Accidentes Personales, Cláusulas Adicionales, Resumen Informativo, Anexos y Endosos.
- El ASEGURADO TITULAR o Asegurado Adicional/Dependiente tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro Colectivo a Chubb Seguros Perú S.A., 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 TITULAR o Asegurado Adicional / Dependiente.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador (incluyendo la bancaseguro) las comunicaciones que le curse el ASEGURADO por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la empresa de seguros. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a Chubb Seguros Perú S.A.

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.

OBLIGACION DE INFORMAR AGRAVACION 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.

Este es un seguro diseñado exclusivamente para Corredores de Seguros Falabella y la contratación del mismo conlleva la aceptación de su intermediación para la administración del seguro.

Fecha de emisión: XXXX

Firma del Funcionario autorizado de la COMPAÑIA