

**Seguro Falabella - Hospitalización**

Certificado De Seguro No: \_\_\_\_\_

Póliza No: \_\_\_\_\_

CÓDIGO SBS: AE2036420029 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

**Datos de la Compañía**

EMPRESA DE SEGUROS: <b>Chubb Seguros Perú S.A.</b>	RUC: 20390625007
DIRECCION: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro	TELEFONO: 417-5000 / FAX: 221-3313
CORREO ELECTRONICO: atencion.seguros@chubb.com	
PAGINA WEB: www.chubb.com/pe	

**Datos Generales del Certificado de Seguro**

CORREDOR :	REG. SBS N°: AE2036410093
N° DE PROPUESTA :	
INICIO DE VIGENCIA:	FIN DE VIGENCIA :

**Contratante**

NOMBRE :	RUC :
DIRECCION :	TELÉFONO :
CORREO ELECTRONICO	

**Asegurado Titular**

APELLIDOS Y NOMBRES:	DOCUMENTO :	DN lxxxxxxx
EDAD :	SEXO :	
DOMICILIO :	DISTRITO :	
PROVINCIA :	DEPARTAMENTO :	
CORREO ELECTRONICO		
RELACION CON EL CONTRATANTE: CLIENTE		

**Beneficiarios**

NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PORCENTAJE	PARENTESCO
---------	------------------	------------------	------------	------------

**Coberturas**

DESCRIPCIÓN	BENEFICIO
• RENTA HOSPITALARIA (Max 365 días)	xxxxx

**Coberturas Adicionales ( se indicará según se contraten , costo incluido en la prima)**

• MUERTE ACCIDENTAL	xxxxx
• MUERTE ACCIDENTAL POR TERREMOTO	xxxxx
• RENTA POR CONVALECENCIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD (Max. 10 días)	xxxxx
• RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS (Max. 180 días)	xxxxx

**Beneficios Adicionales (servicios gratuitos, no sujetos al pago de una extraprima)**

- S.O.S. ASISTENCIA CMR (COBERTURA GRATUITA POR 2 MESES) – según documento que se anexa
- ASISTENCIA FALABELLA – se regirá por lo establecido en el documento que se anexa
  - Servicio de Ambulancia en caso de Urgencia y Emergencia Médica por Accidente con Lesiones
  - Servicio de Segunda Opinión Médica
  - Servicio de Orientación Médica Telefónica – Mediphone 24

## Exclusiones

Quedan excluidos de cobertura de esta Póliza las lesiones o enfermedades que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

### Para la Cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente y Enfermedad, Renta por Convalecencia por Accidentes o Enfermedad y Renta Hospitalaria por Accidente y Enfermedad en Cuidados Intensivos:

- 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 relacionen directamente con ellas.
- g) Condiciones médicas pre-existentes. Se entiende por preexistencia lo así definido en las Condiciones Generales del riesgo.
- h) Exámenes médicos de rutina.
- i) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- j) Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- l) Internamiento en un establecimiento que no reúna los requisitos de una institución hospitalaria, según lo descrito en el artículo de Definiciones.

### Para la cobertura de Muerte Accidental y Muerte Accidental por Terremoto, se excluye lo siguiente:

- a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.
- 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, reacción o 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 delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos relacionados con la seguridad de las personas en caso constituyan la causa del siniestro; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como 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, ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro. 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. No se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o

asistencia médica diferente.

- i) La práctica de deportes peligrosos. Ejemplos: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski, equitación, prácticas hípicas, rodeo, corrida de toros, cacería de fieras, motociclismo y deportes de invierno.
- j) El desempeño de alguna ocupación o actividad de riesgo. Ejemplos: el manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión, ser bombero o durante miembro de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
- k) Desempeñarse el ASEGURADO 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.
- l) Bajo la influencia de alcohol, drogas, o en estado de sonambulismo, insolación o congelación. 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.
- m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- n) Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- o) Las hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan, enredamientos intestinales, insolaciones o congelación.

#### **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.
- En caso de prima impaga durante 90 días contados desde el último incumplimiento, el contrato de seguro se extinguirá. Durante dicho plazo el asegurado tendrá cobertura.

#### **Prima y Forma de Pago**

Prima Comercial : XXX

Prima Comercial +IGV: S/ XXX

Lugar y forma de pago de la prima: mediante tarjeta de crédito, en cuotas fijas mensuales Total de cuotas pactadas: XXX

TCEA: XX% Tarjeta de Crédito: XXX

#### **Relación de cláusulas adicionales incluidas en la póliza:**

##### **Derecho de arrepentimiento**

El asegurado 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 asegurado tiene derecho a resolver el contrato sin expresión de causa, con un preaviso de 30 días a la compañía, ver especificaciones en el resumen informativo de la póliza.

##### **Aceptación de cambio de condiciones contractuales, durante la vigencia del contrato**

El asegurado tiene derecho de aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la compañía durante la vigencia del contrato de seguro. Ver especificaciones en el resumen informativo.

##### **Procedimiento para Solicitar la cobertura**

Aviso de Siniestros: Si ocurriera un suceso que diera lugar a la solicitud de cobertura bajo esta póliza, el ASEGURADO deberá

comunicarse con LA COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactado, 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 de haber tomado conocimiento del beneficio.

Documentos: Toda hospitalización derivada de una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta póliza, se indemnizará en base a los originales o copias legalizadas de:

- Certificados médicos con diagnósticos, en los cuales se indique la hospitalización.
- Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias.
- Resultados de exámenes o procedimientos médicos que le hayan sido practicados al ASEGURADO durante su hospitalización.
- Documento de identidad del ASEGURADO.

### **Información Adicional**

#### **Lugares autorizados para solicitar la cobertura:**

La COMPAÑÍA

#### **MEDIOS HABILITADOS PARA PRESENTAR RECLAMOS ANTE LA COMPAÑÍA**

El ASEGURADO 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 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](mailto: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](http://www.chubb.com) 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
- 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.

#### **OTRAS INSTANCIAS HABILITADAS PARA QUE EL ASEGURADO PRESENTE 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,
- INDECOP: Teléfono 224 7777
  
- La vigencia de la cobertura que otorga este Certificado de Seguro es anual, con renovación automática por periodos iguales, salvo que el ASEGURADO manifiesten su interés de ponerle término con cuarenta y cinco (45) días de anticipación.
- 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 Cláusulas Generales de Contratación comunes a los seguros de Asistencia Médica.
- 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.

#### **CARGAS**

*El presente producto presenta obligaciones a cargo del ASEGURADO cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.*

#### **DEBER 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.***

Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

-----  
Chubb Seguros Perú S.A.