

## Seguro Falabella Multiprotección

### 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 Falabella Multiprotección

**3. Lugar y forma de pago de la prima.**

Con cargo en la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella del Asegurado Titular.

**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 siguientes a la fecha del suceso, o de haber tomado 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.  
Ver artículo 11° de las Condiciones Generales de la Póliza.

**5. Lugares autorizados por la empresa para solicitar la cobertura del seguro.**

La COMPAÑÍA:

Nombre: Chubb Seguros Perú

Dirección: Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro

Web: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

Teléfono: (51-1) 417-5000 (para Lima y Provincias)

El CORREDOR

Nombre: XXX

Dirección: XXX

RUC: XXXX

Teléfono. XXXX

**6. Medios habilitados por la empresa 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](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/pe](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](http://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](http://www.sbs.gob.pe)

### **INDECOPI:**

Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)

## B. Información de la Póliza de Seguro

### A) INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

#### 1. Riesgos cubiertos:

##### **Coberturas Principales:**

Muerte Accidental  
Invalidez Total y Permanente por Accidente  
Renta Hospitalaria  
Sepelio por Accidente

##### **Coberturas Adicionales**

Vida  
Muerte Accidental por Terremoto

Ver Art. 2° de las Condiciones Generales de la Póliza.

#### 2. Exclusiones.

**Para las coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente y Sepelio por Accidente, quedan excluidos de cobertura de esta Póliza el fallecimiento del Contratante y/o ASEGURADO, su incapacidad 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 directa o indirecta de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o guerra.**
- Participación del Contratante y/o ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.**
- Pena de muerte o participación activa del Contratante y/o ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos o en duelo concertado.**
- Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, estando o no el Contratante y/o ASEGURADO en su sano juicio.**

- e) **Intervención del Contratante y/o ASEGURADO en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo, sea como civil o miembro de una institución policial o militar.**
- f) **Por acto delictivo cometido por el beneficiario o heredero contra el Contratante y/o 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.**
- g) **Las consecuencias de hernias, sea cual fuere la causa de que provengan.**
- h) **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 hípcas, 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.**
- l) **Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.**
- m) **Desempeñarse el Contratante y/o 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 indicadas, quedan excluidas de cobertura de esta Póliza las lesiones o enfermedades 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, entendiéndose por éstas toda lesión o enfermedad diagnosticada y/o tratada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del seguro.**
- f) **Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**

Ver artículo 6° de las Condiciones Generales de la Póliza. En caso de contratación de coberturas adicionales las exclusiones señaladas en el artículo 6° son de aplicación también para la cobertura de Muerte Accidental por Terremoto. Las exclusiones de la cobertura de Vida se encuentran señaladas en el artículo 2° de dicha Cláusula Adicional.

### **3. Condiciones de acceso y límites de permanencia**

Podrán asegurarse bajo este seguro los titulares de las tarjetas de crédito del Banco Falabella mayores de 18 años y hasta los 64 años con 364 días, pudiendo permanecer asegurado hasta la edad de 69 años y 364 días.

No pueden ser, ni seguir aseguradas las personas afectadas de incapacidad física total y permanente, que origine un menoscabo igual o superior al 75% de su capacidad laboral, la cual será acreditada por un médico.

Para gozar del beneficio que otorga la cobertura de Renta Hospitalaria se requiere siempre que el ASEGURADO resida en el Perú.

### **4. Existencia del Derecho de Arrepentimiento.**

Si el seguro es ofertado por comercializadores, el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato sin expresión de causa ni penalidad alguna. El plazo para ejercer el derecho de arrepentimiento no podrá ser inferior a quince (15) días contado desde que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO recibe la Póliza de seguro o nota de cobertura provisional o el Certificado de Seguro en caso de pólizas grupales.

Para ejercer su derecho de arrepentimiento el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO cuentan con los medios habilitados por la COMPAÑÍA para presentar reclamos, señalados precedentemente, precisándose que también podrá realizarlo utilizando el mismo mecanismo de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ejerzan su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o por parte de la misma, la COMPAÑÍA procederá a la correspondiente devolución.

### **5. 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 artículo 11° numeral 11.1. de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

### **6. 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 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 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.

El artículo 14° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

### **7. Procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro**

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

**Aviso del siniestro: 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 los siguientes documentos (en original o copia legalizada) en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

**7.1 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 de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción;
- d) Documento de identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales;
- e) Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que designe a los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda. En caso de ser mas de un Beneficiario, y el trámite lo realice uno de ellos deberá presentar el Poder extendido por los demás beneficiarios, ante Notario Público;
- f) Atestado Policial Completo, en caso corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda; y
- h) Resultado de Dosaje Etilico 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 COMPAÑÍA 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.

**7.2 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;
- b) Certificación de Invalidez Total y Permanente, emitida por el Sistema Evaluador de Invalidez (COMAFP ó COMEC); y
- c) Documento de identidad del ASEGURADO.

**7.3 Para la cobertura de Renta Hospitalaria.**

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

La COMPAÑÍA 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.

**8. 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.*

**9. Obligación de informar 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.***