

Falabella Multiprotección

Condiciones Generales

Índice

Introducción

1. Definiciones
2. Coberturas
3. Indemnizaciones Raíz de un mismo Accidente
4. Condiciones para ser Asegurado
5. Duplicidad de Pólizas
- 6. Exclusiones**
7. Ajuste de Primas y Modificaciones
8. Renovación Automática
9. Terminación del Seguro
- 10. Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura**
11. Beneficiarios
12. Pago de Beneficios
- 13. Atención de Consultas y Reclamos**
14. Domicilio y Comunicaciones

Introducción

De conformidad con las declaraciones del Contratante y/o ASEGURADO contenidas en la Solicitud del Seguro, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato y de acuerdo a lo estipulado en las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Accidentes Personales, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos y anexos que se adhieren a esta Póliza, Chubb Seguros Perú S.A. en adelante la COMPAÑIA conviene en amparar al Contratante y/o ASEGURADO, en adelante el ASEGURADO contra los riesgos que son objeto de cobertura de la presente póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Artículo 1° Definiciones

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del Contratante y/o ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas, reveladas por los exámenes correspondientes.

Condiciones o Enfermedades Pre-existentes: cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro.

Hospitalización: internamiento de una persona dentro de una institución hospitalaria como paciente interno, un mínimo de veinticuatro (24) horas continuas, bajo supervisión de médico autorizado. No se considerará hospitalización el internamiento del paciente por un periodo inferior a veinticuatro (24) horas.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Aquella que imposibilita al accidentado de una manera definitiva para el trabajo.

Institución Hospitalaria: Establecimiento legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos: a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería. **Para los efectos de esta póliza no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**

Miembro: Las extremidades anexas al tronco, destinadas a ejecutar los grandes movimientos de locomoción y prensión. Se refiere a las manos, brazos, pies y piernas.

Muerte Accidental: Se entiende por muerte accidental aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Pérdida Total: Se entiende por pérdida total al cercenamiento (eliminación) o a la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

Pérdida Funcional: Es la ausencia de capacidad de función fisiológica del o de los órganos afectados, pudiendo estar o no implicado el aspecto anatómico del órgano o del miembro comprometido. Será absoluta si involucra la pérdida de toda capacidad de función.

Renta Hospitalaria: Corresponde a la indemnización pagadera por cada veinticuatro (24) horas de hospitalización del ASEGURADO en una Institución Hospitalaria a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares.

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

Artículo 2° Coberturas

Producido un accidente cubierto por el presente seguro y siempre que las consecuencias de las lesiones corporales sufridas se manifiesten a más tardar dentro de un año de producido el accidente en el caso de Muerte Accidental y de dos años en el caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, la COMPAÑIA pagará la indemnización únicamente por una de las siguientes coberturas, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro en pólizas grupales:

- a) **Muerte Accidental:** La COMPAÑIA pagará la Suma Asegurada convenida si el ASEGURADO fallece a consecuencia de un accidente cubierto por el presente seguro. El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑIA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente. El seguro cubre también la muerte del Contratante y/o ASEGURADO que pueda resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.
- b) **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su invalidez total y permanente siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por la Póliza, la COMPAÑIA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez permanente, basándose en la tabla de indemnizaciones incorporada en el Anexo A de las presentes Condiciones Generales y siempre que esté debidamente certificada por el comité evaluador o el sistema evaluador de la invalidez COMAFP ó COMEC y la invalidez se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente cubierto y acaecido durante la vigencia del contrato.

- c) **Renta Hospitalaria:** La COMPAÑÍA pagará la suma indicada en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro por cada día de veinticuatro (24) horas continuas de internamiento del ASEGURADO, en una Institución Hospitalaria, como límite máximo por accidente, sin considerar convalecencia, si como consecuencia de él, haya sido necesaria la hospitalización del ASEGURADO 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 sobrepase los días de internamiento señalados en las Condiciones Particulares, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo, en caso de renovación de la Póliza, pero sí cubrirá cualquier otro accidente amparado por la Póliza
- d) **Sepelio por Accidente:** La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada si el ASEGURADO fallece a consecuencia de un accidente cubierto por el presente seguro.
- e) **Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:** En caso que el ASEGURADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente 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 por los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación.
- La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO siempre y cuando las causas del accidente 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.
- El seguro cubre también las lesiones del ASEGURADO como consecuencia de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.
- f) **Fractura de Huesos por Accidente:** La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, tratándose de un Seguro Grupal, en caso de fractura de huesos del ASEGURADO como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, hasta por un máximo de tres (03) eventos al año.

Las coberturas provistas bajo esta Póliza serán efectivas las veinticuatro (24) horas del día, los 365 días del año y en cualquier parte del mundo.

Artículo 3° 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 4° Condiciones para ser Asegurado

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 de edad, pudiendo permanecer asegurado hasta la edad de 69 años y 364 días.

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

Artículo 5° 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 COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso la COMPAÑÍA reembolsará al Contratante y/o ASEGURADO la prima del seguro duplicado.

Artículo 6° 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 ASEGURADO, su invalidez o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) 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.
- b) Participación del Contratante y/o ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa.
- c) 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.
- d) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, consciente y voluntario.
- 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 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.

- 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 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, entendiéndose por éstas las definidas en el artículo de definiciones.**
- f) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.**

Para la cobertura de Gastos Médicos por Accidente, adicionalmente a las señaladas para la cobertura de Muerte Accidental, quedan excluidas de cobertura por esta Póliza las lesiones que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Lesiones pre-existentes al momento de contratar el seguro.**
- b) Radiación nuclear.**
- c) Práctica de deportes peligrosos. Ejemplos: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.**

Para la cobertura de Fractura de Huesos por Accidente, rigen las exclusiones señaladas para la cobertura de Muerte Accidental. Asimismo, se encuentra excluida de esta cobertura la fractura de huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

Artículo 7° Ajuste de Primas y Modificaciones

La COMPAÑIA se reserva el derecho de realizar ajustes integrales a las Primas o modificaciones a las condiciones de este seguro, en cuyo caso comunicará por escrito al CONTRATANTE las modificaciones introducidas, detallándolas en caracteres destacados, por lo menos con cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación al vencimiento de la vigencia respectiva. El CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta lo que se entenderá como su voluntad de resolver el seguro y en cuyo caso la Póliza terminará al vencimiento de su vigencia, en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑIA.

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.

Cuando la Aseguradora considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al Contratante detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento de la póliza. El Contratante tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la póliza para manifestar su rechazo en la propuesta de la Aseguradora. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Aseguradora. En este último caso, la Aseguradora debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

Artículo 9° Terminación del Seguro

El seguro con respecto a un ASEGURADO terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) La ocurrencia de un siniestro que dé lugar a la indemnización de cualquiera de las coberturas previstas en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro en pólizas grupales, dado que este seguro no otorga más de una cobertura ante la ocurrencia de un mismo accidente.
- b) La falta de pago de la prima.
- c) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.
- d) Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, sin que ésta haya sido renovada.
- e) La cancelación de la Tarjeta de Crédito del ASEGURADO Titular emitida por el Banco Falabella a la cual se cargan las cuotas correspondientes a la prima.

Artículo 10° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

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

10.1 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) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, en caso corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda; y
- h) Resultado de Dosaje Etílico 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.

10.2 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.**

10.3 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.**

10.4 Para la cobertura de Gastos Médicos por Accidente

- a) Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, 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.**

10.5 Para la cobertura de Fractura de Huesos por Accidente

- a) Documento de identidad del Asegurado**
- b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente u sus consecuencias conocidas o probables**
- c) Certificado médico con diagnóstico de Fractura de Huesos; y**
- d) Comprobante de pago legalmente emitido por la institución hospitalaria donde se prestó la atención médica,**

Artículo 11° Beneficiarios

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 CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o 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.**Artículo 11° BENEFICIARIOS**

11.1 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.

11.2 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.

11.3 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.

11.4 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.

11.5 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 12° Pago de Beneficios

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 las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los seguros de Accidentes Personales.

Artículo 13° ATENCIÓN DE 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 nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174 (*).

b. Escribiéndonos 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.**
- **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.

Artículo 14° DOMICILIO Y COMUNICACIONES

La COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales, considerándose como tal el uso de correos electrónicos si es que fue pactado como medio de comunicación.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para este contrato de seguro.

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito o por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la solicitud de seguro (electrónicas o telefónicas), con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

Anexo A

Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente por Accidente

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100%
<ul style="list-style-type: none">• Pérdida total de los 2 ojos• Pérdida total de 2 o más miembros• Pérdida total de 1 ojo y de 1 miembro	100%
<ul style="list-style-type: none">• Pérdida total de 1 ojo• Pérdida total de 1 miembro	50%

Disposiciones:

- A.1 Por la pérdida de varios miembros u órganos la indemnización total no podrá exceder del 100% de la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro, en caso de pólizas grupales.
- A.2 Asimismo, el total de indemnizaciones por uno o más accidentes ocurridos durante el periodo de cobertura de esta póliza, no podrán en ningún caso, exceder del 100% de la suma asegurada.