

Falabella Multiprotección - Soles

Condiciones Generales

Índice

Introducción

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

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, las condiciones establecidas en el presente documento, 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, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, en el Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda, dentro de los plazos que se señalan en los mismos, siempre que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de este seguro, según corresponda:

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 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 COMPAÑIA pagará la suma indicada en las Condiciones Particulares, en el Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda, 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, en el Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda, 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 COMPAÑIA pagará la Suma Asegurada si el ASEGURADO fallece a consecuencia de un accidente cubierto por el presente seguro.

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 COMPAÑIA 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 las personas naturales los titulares de las tarjetas de crédito del Banco Falabella que cumplan con los siguientes límites de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia. Los límites de asegurabilidad se encuentran establecidos en el Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda.

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 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 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 ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos de legítima defensa, según indicios razonables.**
- c) **Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos o en duelo concertado.**
- d) **Suicidio consciente y voluntario; intento de suicidio o auto mutilación o auto lesión estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.**
- e) **Intervención del 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 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 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.

Artículo 7° 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.

Artículo 8° Ajuste de Primas y Modificaciones

Durante la vigencia del seguro no se pueden modificar los términos de la póliza contratada sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien contará con un plazo de treinta (30) días para tomar una decisión respecto a las modificaciones propuestas, a partir de la fecha en que reciba una comunicación de LA COMPAÑÍA, informando en caracteres destacados las modificaciones que se propone incorporar en el contrato de seguro.

En los seguros de grupo, la COMPAÑÍA debe proporcionar la documentación suficiente al contratante para que este último haga de conocimiento de los asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, conforme a lo señalado en el párrafo anterior.

La falta de aceptación expresa de las modificaciones propuestas no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deben respetar los términos en los que el contrato fue inicialmente

acordado hasta el fin de vigencia pactado, luego de lo cual no se renovará automáticamente el seguro.

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(os) siniestro(s) que dé(n) lugar a la indemnización de cada una de las coberturas previstas en Condiciones Particulares, en el Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda, salvo lo previsto en el artículo 3° del presente Condicionado General.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad máxima de permanencia.
- c) Al vencimiento del plazo de la presente Póliza, en caso esta no haya sido renovada.
- d) 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.
- e) Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.

Artículo 10° Beneficiarios

- 10.1 El ASEGURADO designará a sus Beneficiarios en la solicitud de seguro. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios, por lo que es válida, aunque se notifique a la COMPAÑÍA después del evento previsto, siempre que no se haya efectuado el pago de la indemnización correspondiente. 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.
- 10.2 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.
- 10.3 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.
- 10.4 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 del ASEGURADO.
- 10.5 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 11° 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 de conocido el suceso o de haber tomado conocimiento del beneficio, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor,

caso fortuito o imposibilidad de hecho, 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 del Comercializador 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:

11.1 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) Acta o Partida de Defunción; el cual podrá obtenerlo ante RENIEC
- c) Certificado Médico de Defunción; el cual podrá obtenerlo ante el Médico Tratante
- 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, cuando 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 o Informe Policial Completo, según corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia, según corresponda; y
- h) Resultado de Dosaje Etilico y/o Resultado de Análisis Toxicológico, según corresponda.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

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.

11.2 Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

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

11.3 Para la cobertura de Renta Hospitalaria.

- a) Certificaciones médicas, de diagnósticos; el cual podrá obtenerlo ante el Médico Tratante
- b) Comprobantes de pago emitidos por las instituciones hospitalarias, el cual deberá ser emitido a nombre del ASEGURADO; y

c) Resultados de exámenes y/o procedimientos médicos.

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 ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el 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 COMPAÑÍA 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. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

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, en el Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda, en el plazo establecido en el artículo 11° del presente Condicionado General y las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.