

Seguro Falabella Multiprotección - Soles

Solicitud-Certificado N° XXXXX

Código Reg: SBS AE2036110030

Póliza N° XXXX

Corredor de Seguros: XXX

Reg. Oficial N°: XXX

Datos Generales de la Solicitud Certificado

Inicio de vigencia: las 12 hrs. Del ____

Fin de vigencia: las 12 hrs. Del ____, o cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

Renovación: automática

Vigencia: xxxx

Corredor:

Cód. SBS N°: XXXX

Comisión:

Compañía de Seguros

Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.

Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima

RUC: 20390625007

Teléfono: 417-5000 / Fax: 221 2943

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

Apellidos y Nombres:

DNI:

Edad:

Sexo:

Dirección:

Correo electrónico:	Teléfono
Relación con el Asegurado Titular:	

Condiciones para ser Asegurado

Podrán asegurarse bajo este seguro los titulares de las tarjetas de crédito del Banco Falabella que cumplan con los siguientes límites de asegurabilidad:

Asegurado Titular

- Edad Mínima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Permanencia: xxxx

Asegurado Adicional

- Edad Mínima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Permanencia: xxxx

Beneficiarios

Nombre:	Porcentaje:	Relación con el Asegurado:

Descripción del Interés Asegurado

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

Cobertura del Seguro

Coberturas Principales

- | | | |
|---|----|-------------------------------------|
| a) Muerte Accidental | S/ | |
| b) Invalidez Total y Permanente por Accidente | S/ | |
| c) Renta Hospitalaria | S/ | diarios, máximo XX (XX) días al año |
| d) Sepelio por Accidente | S/ | |

Coberturas Adicionales (Dependiendo del Plan Contratado)

- | | |
|---------|----|
| a) XXXX | S/ |
| b) XXXX | S/ |

Exclusiones

Para las coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Sepelio por Accidente y Muerte Accidental por Terremoto, quedan excluidos de cobertura el fallecimiento del Asegurado 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.

- b) Participación del Contratante y/o ASEGURADO en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o como legítima defensa a través de indicios razonables.
- 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 o intento de suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura.
- 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. 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, entendiéndose por éstas las definidas en el artículo de definiciones.
Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

Pago de la Prima

Prima Comercial: XXXX

Prima Comercial + IGV: XXXX

Periodicidad de pago: XXXXX

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

Forma y Lugar de Pago de la Prima: con cargo (mensual en caso de prima fraccionada / anual) en la Tarjeta de Crédito del Asegurado Titular

- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de X re-intentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de X nuevos intentos en la siguiente fecha de cargo, incluyendo en esta última oportunidad la prima del mes pendiente más la prima del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, la Solicitud-Certificado quedará extinguido transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO TITULAR del pago oportuno de la prima.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Solicitud-Certificado, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, siempre que la Solicitud-Certificado no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la Solicitud-Certificado, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó su solicitud.

Derecho de Resolver sin Expresión de Causa

El ASEGURADO TITULAR puede 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° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

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 (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.

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

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.

Terminación del Seguro

La Solicitud-Certificado 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 cualquiera de las coberturas previstas en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado, salvo lo previsto en el artículo 3° del presente Condicionado General.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite 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.

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 o sus Beneficiarios deberán:

1. **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 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.
2. **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:

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;
- a) 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, y el trámite lo realice uno de ellos deberá presentar el Poder extendido por los demás beneficiarios, ante Notario Público;
- b) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, en caso corresponda;
- c) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda; y
- d) 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.

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;

- c) Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez, emitida por la COMAFP ó 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

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; 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 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. 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.

Información Adicional

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

La COMPAÑÍA / el CONTRATANTE

Medios habilitados para presentar reclamos:

El CONTRATANTE y/o 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 COMPAÑÍA 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 399-1212 o (51-1) 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 Solicitud-Certificado (sólo para clientes)
- 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.

Instancias habilitadas para reclamos y/o denuncias

- **Defensoría del Asegurado:** En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: 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:** Departamento de Servicios al Ciudadano, Teléfono: 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro - Lima, Web: www.sbs.gob.pe
- **INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe.

Autorización para el Uso de Datos Personales

El ASEGURADO TITULAR autoriza de forma expresa a Chubb Seguros Perú S.A., el uso de los datos personales proporcionados en la contratación de la presente Solicitud-Certificado, para fines comerciales, tales como el envío de publicidad, promociones y ventas de diferentes productos o servicios, así como para la transferencia (entre entidades que forman parte de Chubb Group) y tratamiento de dichos datos personales.

Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el ASEGURADO TITULAR señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la presente Solicitud-Certificado, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para esta Solicitud-Certificado.

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas de forma física 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.

Importante

- La información contenida en esta Solicitud-Certificado se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Condiciones Generales de Contratación comunes a los seguros de Accidentes Personales.
- 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.
- 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.

- LA COMPAÑÍA es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- Deducibles, Franquicias o Copago: xxxx

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.***
- ***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 aceptación del mismo conlleva la aceptación de su intermediación para la administración del seguro.

Fecha de emisión: XXXX

Firma del Funcionario autorizado de la COMPAÑÍA