

Seguro Falabella Accidentes

Póliza N°: XXXXXXXXXXXX
 Certificado de Seguro N° XXXXX
 Código SBS: AE2036100080 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Empresa de Seguros

Nombre: Chubb Seguros Perú S.A
 Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima
 Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com

RUC: 20390625007
 Teléfono: 417-5000; Fax 221 294
 Página web: www.chubb.com/pe

Contratante

Persona Natural

Nombres y Apellidos:
 Dirección:
 Provincia:
 Teléfono:

Tipo y N° Doc. Identidad:
 Distrito:
 Departamento:
 Correo Electrónico:

Persona Jurídica

Razón Social o Denominación Social:
 Dirección:
 Provincia:
 Teléfono:

RUC:
 Distrito:
 Departamento:
 Correo Electrónico:

Asegurados

Asegurado Titular

Apellidos y Nombres
 Lugar de Nacimiento:
 Dirección:
 Provincia:
 Teléfono:
 Relación con el CONTRATANTE:

Tipo y N° Doc. Identidad:
 Fecha de Nacimiento:
 Distrito:
 Departamento:
 Correo Electrónico:

Asegurados Dependientes

Apellidos y Nombres
 Lugar de Nacimiento:
 Dirección:
 Provincia:
 Teléfono:
 Relación con el ASEGURADO TITULAR:

Tipo y N° Doc. Identidad:
 Fecha de Nacimiento:
 Distrito:
 Departamento:
 Correo Electrónico:

Beneficiarios

Nombre y Apellidos	Parentesco	%

Cobertura del Seguro

Vigencia del seguro: XXXX
 Fecha de inicio: (dd/mm/aaaa)
 Fecha de término: (dd/mm/aaaa) o cuando el ASEGURADO cumpla la edad límite de permanencia lo que ocurra primero.

Renovación: Automática

Prima Comercial: XXX

Prima Comercial +IGV: XXX

Lugar y forma de pago de la prima: El pago se dará con cargo a la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella, correspondiente al Asegurado Titular.

La prima comercial incluye:

Cargos de Agenciamiento por la intermediación de corredores: XXXX (monto)/ XX% (si fuera el caso)

Cargos por la contratación de Promotores: XXXX (monto)/ XX% (si fuera el caso)

Cargos por la contratación de comercializadores: XXXX (monto)/ XX% (si fuera el caso)

Descripción del Interés Asegurado: Cubrir la Muerte Accidental o la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, en los términos descritos en las condiciones generales dependiendo del plan de seguro contratado.

Riesgos Cubiertos

Coberturas Principales:

	<u>Suma Asegurada</u>	<u>Plan</u>
• MUERTE ACCIDENTAL	XXX	
• INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	XXX	

Coberturas Adicionales:

• XXXXXXXX	XXX	
------------	-----	--

Exclusiones

Queda excluido el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- Suicidio, intento de suicidio, consciente y voluntario, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia de la cobertura; auto mutilación o auto lesión, estando o no el ASEGURADO en su sano juicio.**
- 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.**
- Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.**
- 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; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.**
- Por acto ilícito 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 que les corresponda a los restantes BENEFICIARIOS o herederos.**

- 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.
- 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, como por ejemplo el manejo de explosivos o sustancias químicas, minería subterránea, trabajo en alturas, construcción, manejo de líneas de alta tensión, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
- k) El desempeño del ASEGURADO como piloto, tripulante de aviones de cualquier clase, o 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) Ingesta de alcohol, drogas, o como consecuencia del estado de sonambulismo, insolación o congelación. Este seguro 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 este seguro 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.
- 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.

En caso de contratarse alguna(s) Cláusula(s) Adicional(es) verificar sus exclusiones en el propio documento que las contiene.

Alcances Sobre el Pago de la Prima

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO Titular, las primas 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 de la prima 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.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes al Seguro y han transcurrido 90 días desde el vencimiento de la primera cuota, el seguro quedará extinguido.

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)

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 a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado, por escrito. 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 él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Ver especificaciones en el Resumen Informativo.

Procedimiento para Solicitar la Cobertura en caso de siniestro:

De acuerdo al Artículo 9° de las Condiciones Generales de la Póliza, en caso de siniestro, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO deberá(n) cumplir con lo siguiente:

Aviso de Siniestro: Si ocurriera un suceso que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo este seguro, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS deberá(n) comunicarlo 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 materia de cobertura, o desde que se 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, deberá(n) presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada). El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS podrá(n) presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

Para la cobertura de Muerte Accidental:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tenga en su poder;
- b) Partida o Acta de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Documento de identidad de los BENEFICIARIOS o herederos legales, según corresponda;
- e) Acta de Sucesión Intestada, Declaratoria de Herederos o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que designe a los Herederos Legales, según corresponda ;
- f) Atestado Policial completo o Parte Policial, en caso corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda; y
- h) Resultado de Dosaje Etilico y Resultado de Análisis Toxicológico, en caso corresponda.

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

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 a la víctima, expresando las causas del accidente (si es que se indicara) y sus consecuencias conocidas o probables;
- c) Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez, otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa y del Interior y el 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
- d) Carta explicando las causas del accidente.

En caso de contratarse alguna(s) Cláusula(s) Adicional(es) deberá seguirse el procedimiento para la solicitud de cobertura establecido en ella(s).

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.

Información Adicional

Medio y Plazo establecido para el aviso del siniestro:

Comunicar 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 materia de cobertura, o desde que se 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.

Lugares autorizados para solicitar la cobertura:

La sede de la COMPAÑÍA. (Ver información precedentemente)

Medios habilitados para presentar consultas y/o 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 Fax (51-1) 422-7174.
- 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 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, 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.

Instancias habilitadas para presentar 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,
- INDECOPI: Teléfono 224 7777,
(mayor información encontrará en el Resumen Informativo de la Póliza)

Limitaciones

- a) EL ASEGURADO TITULAR solo podrá contratar un seguro de este tipo con la COMPAÑÍA. Si por algún motivo ajeno a la COMPAÑÍA contrata dos o más seguros, el monto máximo de indemnización no excederá de US\$150,000.00
- b) En el supuesto anterior, las primas por el seguro menos antiguo serán devueltas cuando se descubra el hecho y, si se produce antes el siniestro, los montos máximos que la Compañía pagara a una persona por concepto de Muerte Accidental serán: a) US\$ 100,000 ante cualquier evento de Accidente, b) US\$ 200,000 por Muerte Accidental en Transporte Público, en caso se contrate esta cobertura adicional.

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 TITULAR cuente con más de una póliza la COMPAÑÍA considerará que dicho Contratante y/o ASEGURADO TITULAR 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 TITULAR la prima del seguro duplicado

Importante

- La vigencia de la cobertura que otorga este Certificado de Seguro es anual, con renovación automática por periodos iguales.
- 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 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 caso que la presente póliza sea comercializada a través de comercializadores, uso de sistemas a distancia y/o bancaseguro, según lo permita la normativa vigente; y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza correspondiente, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud. Para tal fin, EL CONTRATANTE que quiera hacer uso de este derecho, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.
- En caso que la presente póliza sea comercializada a través de comercializadores, uso de sistemas a distancia y/o bancaseguro, según lo permita la normativa vigente; y en tanto no sea condición para contratar operaciones crediticias, EL CONTRATANTE podrá resolver la póliza, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza correspondiente, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud. Para tal fin, EL CONTRATANTE que quiera hacer uso de este derecho, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.
- **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 COMPAÑIA

MODELO