

## Seguro Falabella Accidentes

### Resumen Informativo

#### A. Información General

**1. Ubicación, teléfono y correo electrónico, o medio de contacto vía web de la COMPAÑÍA**

Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro, Lima.

Teléfono: (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174

Correo Electrónico: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com) Página Web: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

**2. Denominación del producto.**

Seguro Falabella Accidentes

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

- 4. EL CONTRATANTE** deberá pagar la prima según el monto, frecuencia, lugar y forma de pago indicados en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda. No obstante LA COMPAÑÍA no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por personas distintas a EL CONTRATANTE. El monto de la prima se encuentra debidamente detallado en las Condiciones Particulares y/o la Solicitud de Seguro, según corresponda, de la presente póliza. **Medio y plazo establecidos 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.

Ver artículo 9° de las Condiciones Generales de la Póliza.

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

La COMPAÑÍA. Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro

**6. Medios habilitados por la COMPAÑÍA para presentar reclamos y/o consulta conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.**

- 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, Lima. Telf. (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174.
- Escribiendo a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com) o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe) opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.
- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 399-1212.

En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro contratado con Chubb Seguros Perú (solo para clientes).
- Detalle del reclamo.

**7. Instancias habilitadas para que el CONTRATANTE, ASEGURADO y/o Beneficiarios presente reclamos y/o denuncias según corresponda.**

**Defensoría del Asegurado:**

En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiarios puede(n) recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe) Telefax: 01 446-9158, Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio Miraflores, Lima.

**Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:**

Plataforma de Atención al Usuario, Teléfono: (01) 200-1930 en Lima o 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro – Lima, Web: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)

**INDECOPI:**

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

**8. Cargas**

- **El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho**
- **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**

**B. Información de la Póliza de Seguro**

**1. Riesgos cubiertos:**

**Coberturas Principales:**

Muerte accidental  
Invalidez total y permanente por accidente

**Coberturas Adicionales: (ver la respectiva Cláusula Adicional)**

XXXX

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

**2. Exclusiones.**

- a) 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.
- b) 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.
- c) Detonación, reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- d) 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.

- e) 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.

Ver artículo 6° de las Condiciones Generales de la Póliza.

**Algunas coberturas adicionales contienen exclusiones especiales, ver cláusulas adicionales.**

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

Se podrá asegurar bajo esta Póliza a cualquier Persona Natural que cumpla con los siguientes requisitos de asegurabilidad: edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia; indicados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro.

**4. Referencia al derecho de resolver el contrato sin expresión de causa.**

Tanto CONTRATANTE y/o ASEGURADO como la COMPAÑÍA pueden resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Póliza, 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.

**5. La existencia del derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA, durante la vigencia del contrato.**

El CONTRATANTE tiene derecho a ser informado sobre las modificaciones a las condiciones contractuales que le proponga la COMPAÑÍA, durante la vigencia del contrato.

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por cualquiera de las formas convenidas con el 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 usando la misma forma de comunicación. 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.

En los seguros grupales, 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.

**6. Referencia al procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro 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:** 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.

**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 o Beneficiarios, según corresponda ;
- f) Atestado Policial completo o Parte Policial, en caso corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda; y
- h) Resultado de Dosaje Etílico 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 COMPAÑIA 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.

#### **7. Derecho de arrepentimiento**

**En caso la presente póliza sea comercializada a través de comercializadores o uso de sistemas a distancia, 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 COMPAÑIA devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los 30 días calendarios siguientes de presentada la solicitud; siempre que no se haya utilizado ninguna de las cobertura y/o beneficios de la presente póliza. 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.**