

Seguro Falabella Accidentes

Solicitud-Certificado N°XXXXX

Póliza N° XXXX

Código Reg: SBS AE2036100080 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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	
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com	
Página web: www.chubb.com/pe	

Contratante

Contratante	
Persona Natural	
Nombres y Apellidos:	Tipo y N° Doc. Identidad:
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Correo Electrónico:
Persona Jurídica	
Razón Social o Denominación Social:	RUC:
Dirección:	Distrito :
Provincia:	Departamento:
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

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.

Cobertura del Seguro

Coberturas Principales

- | | |
|---|----|
| a) Muerte Accidental | S/ |
| b) Invalidez Total y Permanente por Accidente | S/ |

Coberturas Adicionales (Dependiendo del Plan Contratado)

XXXX
XXXX

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:

- 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, paracaídas, parapente, ala delta, boxeo, polo, hockey, rugby, football americano, ski, equitación, prácticas hípcas, 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.

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 de Seguro, 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 cobertura con respecto a un ASEGURADO en particular terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) La muerte del ASEGURADO Titular. La muerte de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
- b) Al cumplir el ASEGURADO Titular la edad límite de permanencia. El cumplimiento de la edad límite de cualquier otro Asegurado Adicional origina la terminación de la cobertura solo respecto de dicha persona.
- c) Al vencimiento del plazo de vigencia del presente Seguro, en caso este no haya sido renovado.
- d) La cancelación de la tarjeta de crédito del Banco Falabella del ASEGURADO a la cual se cargan las primas correspondientes.
- 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:

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) Copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento expedido por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos, que designe a los Herederos Legales o Beneficiarios, según corresponda;
- f) Copia Certificada del 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) Certificación o Dictamen de Invalidez Total y Permanente, emitida por los Hospitales de los ministerio de Salud, de Defensa y del Interior, del Seguro Social de Salud (EsSalud), así como del Sistema Evaluador de Invalidez (COMAFP ó COMEC) 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.

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:

- 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(*)
- 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".
- 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 la 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.

Autorización Acceso a Historia Clínica

El ASEGURADO TITULAR autoriza de forma expresa a LA COMPAÑÍA para acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera con la finalidad de realizar una validación del evento asegurado y los términos señalados en la presente póliza.

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 COMPAÑIA

MODELO