

## 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  
[atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com) [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

### 2. Denominación del producto.

Seguro Falabella Multiprotección VIP

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

Con cargo en la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella del Asegurado Titular.

### 4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro.

Dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados dentro de los 30 días siguientes a la fecha del suceso, o de haber tomado 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 11° de las Condiciones Generales de la Póliza.

### 5. Lugares autorizados por la empresa para solicitar la cobertura del seguro.

La COMPAÑÍA / El CORREDOR

### 6. Medios habilitados por la empresa para presentar reclamos 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. 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.
- Detalle del reclamo.

### 7. Instancias habilitadas para presentar 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 puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe) Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna N°307 Piso 9, San Isidro, 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)

## B) INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

### 1. Riesgos cubiertos:

#### **Coberturas Principales:**

**Muerte Accidental:** La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada convenida en las Condiciones Particulares o en el certificado de seguro en las pólizas grupales, 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 (1) año luego de producido el accidente. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA 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.

**Reembolso de gastos médicos por accidente:** En caso el TITULAR y/o AFILIADO sufra lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia, sea que este haya ocurrido en territorio nacional o internacional, El CONTRATANTE reembolsará al TITULAR y/o AFILIADO los honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y exámenes necesarios para su curación y que sean incurridos dentro del plazo de treinta (30) días calendarios contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, o en su defecto el señalado en las condiciones aplicables, según el monto máximo contratado.

El CONTRATANTE indemnizará al TITULAR y/o AFILIADO siempre y cuando las causas del accidente no se encuentren dentro de las exclusiones de la cobertura y siempre que el TITULAR y/o AFILIADO no haya sido indemnizado bajo el mismo concepto por otro plan. En este último caso, aplicará en primer lugar el otro plan, y los gastos no cubiertos por el mismo, serán reembolsados hasta el límite señalado.

**Rotura de huesos por accidente:** LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares o certificado de seguro en pólizas grupales en caso de fractura de huesos del ASEGURADO como consecuencia directa e inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro con un máximo de 3 eventos por año

#### **Coberturas Adicionales**

**Muerte Accidental por Transporte Público:** En caso que el ASEGURADO fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido en condición de pasajero, ya sea cuando ha estado viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público, ya sea terrestre, ferroviario o acuático, durante la vigencia de esta Cláusula Adicional, ya sea que el accidente haya ocurrido en territorio nacional o internacional, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares, siempre y cuando el ASEGURADO haya realizado el pago respectivo por el pasaje y que las causas del accidente no se encuentren comprendidas dentro de las exclusiones de esta Cláusula Adicional.

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

### 2. Principales Exclusiones.

**Para las coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental por Transporte público y Rotura de Huesos por accidente quedan excluidos de cobertura el fallecimiento del Asegurado 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) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, estando o no el Asegurado en su sano juicio.
- c) 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.
- d) 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.

**Adicional para la cobertura de Rotura de huesos por accidente**

a) Las consecuencias de Osteoporosis.

**Para la cobertura de Reembolso de gastos médicos por accidente:**

- a) Lesiones pre-existentes al momento de contratar el Plan entendiéndose como tales cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el asegurado o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.
- 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, conmoción civil, vandalismo o terrorismo.
- c) Intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, estando o no el TITULAR y/o AFILIADO en su sano juicio.
- d) Participación voluntaria del TITULAR y/o AFILIADO como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- e) Práctica de los siguientes deportes de alto riesgo: buceo, caza submarina, canotaje, escalamiento de montañas y cuevas, puenting, paracaidismo, parapente, ala delta, boxeo y deportes ecuestres.
- f) Durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.

**Bajo la influencia de drogas, estupefacientes y/o alcohol, en este último caso en proporción mayor a 0.5 gramos por litro de sangre al momento del accidente. Esta exclusión no está referida exclusivamente a accidentes de tránsito**

Ver artículo 6° de las Condiciones Generales de la Póliza. En caso de contratación de coberturas adicionales las exclusiones señaladas en el artículo 6° son de aplicación también para la cobertura de Muerte Accidental por Terremoto. Las exclusiones de la cobertura de Vida se encuentran señaladas en el artículo 2° de dicha Cláusula Adicional.

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

Podrán asegurarse bajo este seguro los titulares de las tarjetas de crédito del Banco Falabella mayores de 18 años y hasta los 64 años con 364 días, pudiendo permanecer asegurado hasta la edad de 69 años y 364 días.

No pueden ser, ni seguir aseguradas las personas afectadas de incapacidad física total y permanente, que origine un menoscabo igual o superior al 75% de su capacidad laboral, la cual será acreditada por un médico.

Para gozar del beneficio que otorga la cobertura de Renta Hospitalaria se requiere siempre que el ASEGURADO resida en el Perú.

### **4. Existencia del Derecho de Arrepentimiento.**

Si el seguro es ofertado por comercializadores, el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato sin expresión de causa ni penalidad alguna.

El plazo para ejercer el derecho de arrepentimiento no podrá ser inferior a quince (15) días contado desde que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO recibe la Póliza de seguro o nota de cobertura provisional o el Certificado de Seguro en caso de pólizas grupales.

Para ejercer su derecho de arrepentimiento el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO cuentan con los medios habilitados por la COMPAÑÍA para presentar reclamos, señalados precedentemente, precisándose que también podrá realizarlo utilizando el mismo mecanismo de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ejerzan su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o por parte de la misma, la COMPAÑÍA procederá a la correspondiente devolución.

### **5. Derecho de resolver el contrato sin expresión de causa.**

Tanto el CONTRATANTE y/o ASEGURADO como la COMPAÑÍA pueden 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° numeral 11.1. de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

### **6. 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 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.

El artículo 14° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

## 7. Procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro

Si ocurriera un suceso que diera lugar a solicitar la cobertura bajo esta Póliza, el ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán:

**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 del suceso, o desde que 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, deberán presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o copia legalizada) en cualquier momento, sin plazo límite específico pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

### A) Para las coberturas de Muerte Accidental y Muerte Accidental por Transporte público:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso lo tenga en su poder;
- b) Partida de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción;
- 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, 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;
- f) Atestado Policial Completo, en caso corresponda;
- g) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda; y
- h) 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.

### B) Para la cobertura de reembolso de gastos médicos por accidente

- a) Documento de Identidad del AFILIADO
- b) Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;
- c) Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.
- d) En el caso de accidentes de tránsito en los que el TITULAR y/o AFILIADO sea el conductor del vehículo, resultado de Dosaje Etílico;
- e) Relación de gastos de curación incurridos por el TITULAR y/o AFILIADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.

### C) Para la cobertura de Rotura de Huesos por accidente

- a) Documento de identidad del ASEGURADO.
- b) Certificado médico con diagnóstico de Fractura de Huesos.  
Comprobante de pago legalmente emitido por la institución hospitalaria donde se prestó la atención médica.

En el certificado se encuentra el total de documentación para las coberturas adicionales.

**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.*

**9. Obligación de informar agravación del riesgo**

*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.*

## CONDICIONADO DEL SERVICIOS DEL PROGRAMA “ASISTENCIA MULTIPROTECCIÓN”

### SUSCRITO ENTRE AMERICAN ASSIST PERÚ S.A.C. y CHUBB

#### 1. INTRODUCCIÓN

CHUBB con su programa “ASISTENCIA MULTIPROTECCIÓN”, le brinda Asistencia en Médica, Legal y Viajes a partir de 60 km de su domicilio, ante cualquier eventualidad las 24 horas del día, los 365 días del año. Con tan sólo una llamada al 6131358, dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier problema, sujetándose para ello al presente contrato.

#### 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

##### 2.1 DEFINICIONES.

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

- A) **CHUBB.**
- B) **AAP: AMERICAN ASSIST PERÚ S.A.C.**
- C) **AFILIADO:** Es la persona física **AFILIADO DE CHUBB** que se haya afiliado a “ASISTENCIA MULTIPROTECCIÓN”. Dentro de éste rubro se entenderán como Beneficiarios del **AFILIADO** el cónyuge, hijos y/o dependientes menores de 18 años que vivan permanentemente y bajo la dependencia económica del **AFILIADO**, quienes podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el **AFILIADO** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.
- D) **TITULAR: AFILIADO** principal de **CHUBB**.
- E) **NUEVOS SOLES** : La moneda en curso legal en la República del Perú
- F) **SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados en “ASISTENCIA MULTIPROTECCIÓN” y que se refiere el presente documento.
- G) **SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Todo hecho o acto del hombre, accidente, avería o falla de un vehículo de un **AFILIADO** ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el documento, que den derecho a la prestación de los **SERVICIOS**.
- H) **ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales a un **AFILIADO**, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad) que ocurra a un **AFILIADO** durante la vigencia del presente documento.
- I) **FAMILIAR:** Cónyuge e hijos y/o dependientes económicos de un **AFILIADO** menores de 18 años.
- J) **FECHA DE INICIO:** Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece **AAP** estarán a disposición de los **AFILIADOS** de **CHUBB**.
- K) **PAÍS DE RESIDENCIA:** La república del Perú.
- L) **VEHÍCULOS DEL AFILIADO:** Se entenderá por tal dos vehículos de propiedad o uso habitual del **AFILIADO TITULAR** de locomoción con motor de combustión interna, de transporte terrestre o con interés legítimo comprobable sobre el mismo en cada uno de los servicios.

Se deja constancia que en ningún caso los **VEHÍCULOS AFILIADOS** podrán ser vehículos destinados al transporte público de mercancías o personas; de alquiler; salvo en los casos de Arrendamiento o Leasing que no tengan un peso superior a 3,500 kilogramos; o, de modelo de antigüedad superior a quince años.

- M) **ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales a un **AFILIADO**, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad) que ocurra a un **AFILIADO** durante la vigencia del presente documento.

- N) **REPRESENTANTE:** Cualquier persona, sea o no acompañante del **AFILIADO** que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.
- O) **RESIDENCIA PERMANENTE:** El domicilio habitual que en el Perú manifieste tener un **AFILIADO** en el contrato de crédito que respecto de alguna de las tarjetas de crédito que maneja **CHUBB** y que haya celebrado con esta empresa o cualquier otro domicilio que el **AFILIADO** haya notificado a **CHUBB** con posterioridad a la firma del mencionado contrato de crédito, domicilio que será considerado como el del **AFILIADO** para los efectos de los servicios de asistencia materia del presente documento, especialmente para los servicios denominados como “**KILÓMETRO CERO**”.
- P) **EQUIPO MÉDICO:** Es el personal médico y demás equipo asistencial de **AAP**, o subcontratado por **AAP**, apropiado para prestar servicios de asistencia pre-hospitalaria en urgencia médica a un **AFILIADO**.
- Q) **TERRITORIALIDAD:**  
**Lima Metropolitana, Callao y Balearios**  
Por el Norte: Hasta la Variante de Ancón.  
Por el Sur: Hasta Villa el Salvador (en verano se amplía hasta Asia).  
Por el Este: Hasta Chosica.  
Por el Oeste: Hasta la Punta.  
**Provincias:** El radio de acción será de 40km. a la redonda, partiendo del centro de cada ciudad.  
Por el Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote y Huaraz.  
Por el Sur: Chíncha, Pisco, Ica, Arequipa, Juliaca, Puno y Tacna.  
Por el Este: Huancayo, Huánuco y Cuzco.

### 3. BENEFICIOS.

#### 3.1 SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA (Extensivo a Padres y empleada del hogar que vivan con el titular)

##### **A) ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA LAS 24 HORAS**

En caso de que el **AFILIADO** requiera de una consulta telefónica con un médico ante cualquier molestia que sufra (situaciones que no sean emergencia), **AAP** gestionará y coordinará un enlace telefónico con un médico especialista en medicina general para que absuelva su consulta. Este servicio se brindará las 24 horas del día. **AAP** no se hace responsable por el diagnóstico que se brinde o el mal manejo de la orientación brindada. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

##### **B) TRASLADO MÉDICO (AMBULANCIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE):**

En caso de que el **AFILIADO** sufra una enfermedad grave o accidente automovilístico que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización, **AAP** gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, **AAP** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de: **S/. 550.00 SOLES POR EVENTO, 4 EVENTOS POR AÑO.**

##### **C) ENVIO DE TERAPEUTA FÍSICO A DOMICILIO:**

En caso de que el **AFILIADO** sufra una enfermedad o padecimiento y necesite de la ayuda y rehabilitación de un terapeuta físico, **AAP** gestionará y cubrirá el costo del traslado del personal quien determinará cuantas sesiones son necesarias y realizará la rehabilitación adecuada a la residencia del **AFILIADO**, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO** siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

Las visitas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por **AAP**, no están cubiertas, y **AAP** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el beneficiario o terceros. **CO PAGO DE S/. 35.00 NUEVOS SOLES POR HORA Y 4 EVENTOS POR AÑO.**

##### **D) ENVIO DE MEDICOS A DOMICILIO:**

En caso de que el **AFILIADO** sufra una enfermedad o padecimiento del momento y que requiera la evaluación o diagnóstico de un Médico General, **AAP** gestionará y cubrirá el costo del traslado del médico a la residencia del **AFILIADO**, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO** siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por **AAP**, no están cubiertas, y **AAP** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el beneficiario o terceros. **CO PAGO DE S/. 35.00 NUEVOS SOLES Y SIN LÍMITE DE EVENTOS**

## **E) PAGO DE MEDICAMENTOS SEGÚN INDICACION MEDICA (CONDICIONADO A LA VISITA DEL MEDICO A DOMICILIO)**

En caso que el **AFILIADO** requiera de la entrega de medicamentos luego de la visita por parte de nuestro medico a domicilio **AAP** cubrirá la entrega o el reembolso de dichos medicamentos. El servicio aquí indicado se realizará con un límite: **DE S/. 50 NUEVOS SOLES POR EVENTO CON UN MAXIMO DE 2 EVENTOS POR AÑO.**

## **F) REFERENCIAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS, CLINICAS Y HOSPITALES:**

Cuando el **AFILIADO** necesite **ASISTENCIA MÉDICA** en Lima, **AAP** le proporcionará información de médicos especialistas como odontólogos, cardiólogos, pediatras, ginecólogos, dermatólogos, etc. Queda entendido que no se emitirá diagnóstico, pero a solicitud del **AFILIADO** y a cargo del mismo se pondrán los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea organizando una visita personal de un médico, concertando una cita con un médico, o en un centro hospitalario, entendido esto, que los honorarios del médico que atienda al **AFILIADO** y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el **AFILIADO** con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. En las demás localidades del Perú, **AAP** hará lo posible por ayudar al **AFILIADO** a contactar un médico o centro médico con la mayor celeridad. En este caso, el **AFILIADO** también deberá pagar con sus propios recursos los honorarios médicos y los gastos en que incurra al recibir asistencia médica.

**AAP** no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los médicos o centros médicos contactados. El servicio aquí establecido se brindará **SIN LÍMITE DE EVENTOS**.

### **3.4 SERVICIOS DE ASISTENCIA LEGAL CHUBB**

#### **A) ORIENTACIÓN LEGAL IN SITU EN CASO DE ACCIDENTE DE TRANSITO**

Por este servicio **AAP** brindará al **AFILIADO** , previa solicitud, los servicios profesionales de abogados designados por dicha compañía, las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año, para su asistencia y defensa legal, derivada de la responsabilidad penal a consecuencia de la comisión **CULPOSA** (involuntaria) y nunca dolosa, de los delitos de tránsito de vehículos, desde el momento en que el **AFILIADO** quede detenido o a disposición de alguna autoridad y hasta la conclusión del asunto, quedando contemplados a cargo de **AAP** los honorarios del abogado que sea asignado para la asistencia y defensa del **AFILIADO** .

#### **B) ORIENTACIÓN LEGAL TELEFÓNICA (CIVIL, PENAL Y FAMILIAR)**

Por este servicio **AAP** brindará al **AFILIADO**, previa solicitud, vía telefónica, los servicios de referencia y consultoría legal en materia penal, civil y familiar, las veinticuatro horas del día durante los trescientos sesenta y cinco días del año sobre: divorcios, sucesiones, pensiones alimenticias, cobro de cheques o pagarés, entre otros. En todo caso, los gastos en que incurra el **AFILIADO** por la prestación de los servicios profesionales del referido, serán pagados con sus propios recursos.

**AAP** no será responsable por el resultado de las gestiones y defensas realizadas por parte del abogado que contrate directamente el **AFILIADO**.

Estos servicios serán proporcionados **SIN LÍMITE DE COSTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

### **3.5 ASISTENCIA EN VIAJES A PARTIR DEL KM. 60 DE SU DOMICILIO**

Entendiéndose como el “**KILÓMETRO SESENTA**” cuando el **AFILIADO** se encuentre a una distancia de **KILÓMETRO SESENTA** o más de su lugar de **RESIDENCIA PERMANENTE**.

#### **A) TRANSPORTACIÓN DE UN FAMILIAR POR ACCIDENTE DEL AFILIADO:**

En caso de que el **AFILIADO** durante el viaje sufriera de algún accidente y viajara solo, **AAP** gestionará y cubrirá mediante boleto redondo el traslado por vía terrestre, aérea o cualquier otro medio que sea el adecuado de un familiar en primer grado del **AFILIADO** designado por este, hasta el lugar donde se encuentre hospitalizado, siempre y cuando la prolongación de la hospitalización haya sido prescrita por el médico local y el equipo médico de **AAP**, cuando la transportación sea necesaria realizarla vía aérea se hará en clase económica. Deberán presentar un certificado donde indique la gravedad del mismo.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/. 150.00 POR EVENTO Y 2 EVENTOS POR AÑO**

## **B) ENVÍO DE GRÚA (REMOLQUE) A PARTIR DE 60KM DE SU DOMICILIO**

En caso de accidente automovilístico o avería que no permita la circulación autónoma del **AFILIADO**, **AAP** gestionará y cubrirá el costo de los servicios de remolque en grúa hasta el taller mecánico o el lugar indicado por el **AFILIADO**, con un límite máximo de: **S/. 350.00 POR EVENTO, MAXIMO 2 EVENTOS POR AÑO.**

**AAP** se compromete que antes de enviar el servicio, en caso de haber un excedente le comunicará al **AFILIADO** el monto del mismo para su autorización, el cual será pagado en forma inmediata por el **AFILIADO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR.**

## **C) GASTOS DE ESTANCIA DE UN FAMILIAR POR ACCIDENTE DEL AFILIADO**

En caso de hospitalización de un **AFILIADO** a consecuencia de un accidente, **AAP** gestionará y cubrirá los gastos necesarios para la estancia en un hotel de un familiar designado por el **AFILIADO**, siempre y cuando la prolongación de la hospitalización haya sido prescrita por el médico local y el equipo médico de **AAP.**

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/. 150.00 POR EVENTO Y 2 EVENTOS POR AÑO.**

## **D) GASTOS DE TRANSPORTE PARA CONTINUIDAD DE VIAJE:**

En caso se encuentre a una distancia de **SESENTA KILÓMETROS** o más desde el **LUGAR DE RESIDENCIA PERMANENTE DEL TITULAR**, **AAP** gestionará y cubrirá el costo de los gastos de autobús, tren o cualquier otro medio autorizado de transporte, que requiera el **AFILIADO** para el regreso o continuación de su viaje. Deberán presentar un sustento o denuncia de la avería o robo, este servicio se realizará mediante reembolso.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/. 150.00 POR EVENTO, MAXIMO 1 EVENTO POR AÑO.** El excedente por evento, deberá ser pagado por parte del **AFILIADO** con sus propios recursos.

## **E) TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES:**

**AAP** se encargará de transmitir a petición del Beneficiario los mensajes urgentes que le soliciten derivados de una situación de emergencia. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

## **4. CASOS DE EXCEPCIÓN:**

No son objeto de los **SERVICIOS**, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- A)** La mala fe del **AFILIADO** comprobada por el personal de **AAP.**
- B)** Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- C)** Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- D)** Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- E)** La energía nuclear radiactiva.
- F)** Enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos, enfermedades Pre existentes y de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje. siempre y cuando el viaje no sea mayor a 60 días
- G)** La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- H)** Enfermedades mentales
- I)** La adquisición y uso de prótesis o anteojos.
- J)** El embarazo.
- K)** Prácticas deportivas en competencia.
- L)** El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia del **AFILIADO** en el procedimiento.
- M)** La falta de cooperación del **AFILIADO** para la recuperación de la caución exhibida por la empresa.
- N)** Queda entendido que el **AFILIADO** podrá optar únicamente por una de las coberturas brindadas a partir del **KILÓMETRO SESENTA**, según sea su situación, o a conveniencia del mismo.

**AAP** avisará a **CHUBB** de los servicios improcedentes por las causas arriba citadas para verificar si éste autoriza la prestación del servicio por la calidad del cliente de que se trate siempre y cuando que por circunstancias de la hora y el día se pueda comunicar inmediatamente, de lo contrario se reportará al día siguiente hábil por escrito.

## **5. EXCLUSIONES:**

- A)** Las situaciones de Asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los Beneficiarios contra de la prescripción del médico de cabecera o durante viajes de duración superior a sesenta (60) días naturales, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.

- B) Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- C) Cuando el Beneficiario no se identifique como **AFILIADO** de **CHUBB**.
- D) Cuando el Beneficiario incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

## 6. EXCLUSIONES GENERALES:

Los servicios de emergencia sólo se prestarán en el lugar de residencia habitual del **AFILIADO**. Excluyendo locales comerciales, oficinas, así como otras viviendas propiedad del afiliado. Asimismo, será excluyente del servicio:

- a) Daños intencionales, así como los causados por guerra, rebelión, asonada, motín, protesta, paro y situaciones que alteren la seguridad pública.
- b) Daños por terremoto, erupción volcánica, inundación, erupción, y cualquier fenómeno natural.
- c) Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los trabajos.
- d) En caso que el costo del servicio de emergencia exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el afiliado.

## 7. OBLIGACIONES DEL AFILIADO:

Con el fin de que el **AFILIADO** pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- A) Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **AAP**.
- B) Dar aviso oportuno a **AAP** del cambio de **RESIDENCIA PERMANENTE DEL TITULAR**. Queda entendido que en caso de que el **TITULAR** establezca su residencia permanente en un lugar distinto al territorio del Perú, la relación entre **AAP** y el **AFILIADO** se tendrá por extinta, con lo cual **AAP** se verá liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados en el presente contrato y el **AFILIADO** se verá liberado de su obligación de pagar las cuotas necesarias para recibir los servicios aquí establecidos.

Identificarse como **AFILIADO** ante los funcionarios de **AAP** o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

## 8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ASISTENCIA:

- A) El **AFILIADO** deberá llamar a la Central de Emergencia 613-1358
- B) Seguidamente, deberá identificarse con el nombre del **AFILIADO**, DNI, teléfono y dirección para la validación respectiva.
- C) El **SERVICIO** se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables.
- D) En el caso de los beneficios adicionales, el **AFILIADO** deberá abonar el importe por concepto de deducibles y/o gastos no cubiertos que correspondan según las condiciones establecidas en la póliza que tenga contratada.

## 9. SUBROGACIÓN.

**AAP** quedará subrogada hasta el límite del costo de los servicios prestados al **AFILIADO** de las sumas pagadas por dicha compañía, en relación con los derechos que tenga el **AFILIADO** para el cobro de indemnizaciones al responsable del accidente o enfermedad que haya dado lugar a la prestación de los servicios contemplados en el presente documento.

## 10. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Queda entendido que **AAP** podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.