CHUBB®

RESUMEN INFORMATIVO
SEGURO FALABELLA ACCIDENTES
Falabella Nuevo Adulto Seguro

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
   Teléfono: (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174
   atencion.seguros@chubb.com
   www.chubbseguros.com.pe

2. **Denominación del producto.**
   Póliza de Seguro Falabella Accidentes (Falabella Nuevo Adulto Seguro)

3. **Lugar y forma de pago de la prima.**
   La COMPAÑIA
   El CONTRATANTE

4. **Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro.**
   El ASEGURADO y/o BENEFICIARIO deberá(n) comunicarlo por escrito a la COMPAÑIA dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del suceso, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor.

5. **Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro.**
   La COMPAÑÍA
   El CONTRATANTE

6. **Medios habilitados por la COMPAÑÍA para que el ASEGURADO presente reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.**

   Se encuentran señalados en el Certificado de Seguro que se entrega al ASEGURADO junto con este Resumen.

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

   Se encuentran señaladas en el Certificado de Seguro que se entrega al ASEGURADO junto con este Resumen.

8. **Cargos**
   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.

b. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

1. Riesgos cubiertos

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.

Renta hospitalaria por accidente y enfermedad: La COMPAÑÍA pagará el Beneficio señalado en las Condiciones Particulares por cada día de 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 60 días por año, sin considerar convalecencia, como límite máximo por accidente, si como consecuencia de él, haya sido necesaria la hospitalización del ASEGURADO debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO.
Para los efectos de esta Póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente. Para la renta hospitalaria por enfermedad se excluyen aquellas pre-existentes en el asegurado.

Fractura 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.

2. Exclusiones.

Para las coberturas de Muerte Accidental, Fractura de huesos por Accidentes y Renta Hospitalaria por Accidentes o enfermedad:
Queda excluido el fallecimiento o lesiones que sufra el ASEGURADO a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

a. Suicidio, intento de suicidio, 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. Lesiones o enfermedades pre-existentes al momento de contratar este seguro entendiéndose como tales cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO o por los asegurados adicionales y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro, salvo que a ese momento se encuentren cubiertas por otro seguro idéntico al que otorga esta Póliza.

Adicional para la cobertura de Muerte Accidental, se excluye lo siguiente:

d. 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.

Adicional para la cobertura de Fractura de Huesos por Accidentes, se excluye lo siguiente:

e. Las consecuencias de Osteoporosis. Las condiciones generales del seguro establecen además otras exclusiones que no son aplicables para este seguro.

3. Derecho de arrepentimiento.
El ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato sin expresión de causa ni penalidad alguna.
El plazo para ejercer el derecho de arrepentimiento aplicable a seguros individuales no podrá ser inferior a quince (15) días contado desde que el contratante recibe la póliza o nota de cobertura provisional.
El plazo para ejercer el derecho de arrepentimiento aplicable a seguros grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias no podrá ser inferior a quince (15) días contado desde que el asegurado recibe el certificado de seguros correspondiente.
El ASEGURADO cuenta con los medios habilitados por la COMPAÑÍA para presentar reclamos, señalado precedentemente, para ejercer su derecho de arrepentimiento ante ella. En caso el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o por parte de la misma, la Compañía procederá a la correspondiente devolución.

4. Derecho de resolver el contrato sin expresión de causa.
Tanto el ASEGURADO como la COMPAÑÍA pueden resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita, con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación. Asimismo el artículo 11° de las Condiciones Generales de Contratación Comunes a los seguros de accidentes establece este derecho.

5. Derecho del ASEGURADO de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la COMPAÑIA, durante la vigencia del contrato.
La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito o vía telefónica al ASEGURADO, 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 ASEGURADO 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 o vía telefónica. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada. En el caso que el ASEGURADO no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento.

6. Referencia al procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.
Se encuentra señalado en el Certificado de Seguro que se entrega al ASEGURADO junto con este Resumen.

CONDICIONADO DEL SERVICIOS DEL PROGRAMA "CHUBB - ADULTO SEGURO REPOTENCIADO" SUSCRITO ENTRE IMPULSA 365 S.A.C. y CHUBB.

1. INTRODUCCION

Ante cualquier eventualidad, **IMPULSA 365 S.A.C** les brinda a sus **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOSS** mediante su programa **"CHUBB - ADULTO SEGURO REPOTENCIADO"**, Asistencia Médica y Referencia y Coordinación 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) A365: IMPULSA 365 S.A.C

C) AFILIADO: Es la persona física **AFILIADO** "**CHUBB - ADULTO SEGURO REPOTENCIADO**". Dentro de este rubro se entenderán como Beneficiarios del **AFILIADO** Cónyuge/conviviente, hijos sin distinción de edad y nietos. Quienes podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

D) TITULAR: **AFILIADO** principal de **CHUBB - ADULTO SEGURO REPOTENCIADO.**

E) NUEVOS SOLES: La moneda en curso legal en la República del Perú

F) SERVICIOS: Los servicios de asistencia contemplados en **"CHUBB - ADULTO SEGURO REPOTENCIADO"** 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 Y FAMILIARES BENEFICIADOS** 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 Y FAMILIARES BENEFICIADOS,** causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad) que ocurra a un **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** durante la vigencia del presente documento.

I) FAMILIARES BENEFICIADOS: Cónyuge/conviviente, hijos sin distinción de edad y nietos.

J) FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece **A365** estarán a disposición de los **AFILIADO** de **CHUBB - ADULTO SEGURO REPOTENCIADO.**

K) PAÍS DE RESIDENCIA: La república del Perú.

L) REPRESENTANTE: Cualquier persona, sea o no acompañante del **AFILIADO Y FAMILIARES**

BENEFICIADOS que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

M) **EQUIPO MÉDICO:** Es el personal médico y demás equipo asistencial de **A365,** o subcontratado por **A365,** apropiado para prestar servicios de asistencia pre - hospitalaria en urgencia médica a un **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS.**

N) **TERRITORIALIDAD:**
Lima Metropolitana, Callao y Balnearios
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: Chincha, Pisco, Ica, Arequipa, Juliaca, Puno y Tacna.
Por el Este: Huancayo, Huánuco y Cuzco.

3. BENEFICIOS. TODAS LAS ASISTENCIAS PODRAN SER USADAS 48 HORAS DESPUES DE LA COMPRA DEL SEGURO CUBRE AL TITULAR Y FAMILIARES BENEFICIADOS.

3.1 SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA:

A) ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA GENERAL/PEDIATRICA LAS 24 HORAS:
En caso de que el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** requiera de una consulta telefónica con un médico general o pediatra ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), **A365** 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. **A365** 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 Y FAMILIARES BENEFICIADOS** sufra una enfermedad grave o accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización, **A365** 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, **A365** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de: **S/. 350.00 SOLES POR EVENTO, Y MAXIMO 4 EVENTOS POR AÑO**.

C) ENVIO Y COORDINACION DE MEDICOS GENERAL/PEDIATRA A DOMICILIO:
En caso de que el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** sufra una enfermedad o padecimiento del momento y que requiera la evaluación o diagnóstico de un Médico General o Pediatra, **A365** gestionará y cubrirá el costo del traslado del médico a la residencia del **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS**, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** 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 **A365**, no están cubiertas, y **A365** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el beneficiario o terceros. **CO PAGO DE S/. 30.00 NUEVOS SOLES Y SIN LÍMITE DE EVENTOS.**

El presente servicio no expide descansos médicos.

D) ENVIO Y COORDINACIÓN DE ENFERMERA A DOMICILIO:
En caso de que EL **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** requiera de una enfermera para los servicios de Inyección, Suero, Cambio de Vía y demás que lo atienda en su casa (que no sean situaciones de emergencia), **A365** coordinará el envío de una enfermera. El servicio aquí indicado se realizará con un límite de: **CO- PAGO DE S/.30.00 NUEVOS SOLES POR EVENTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS AL AÑO**
El CO - PAGO de S/.30.00 es por las 2 horas de atención como máximo. En caso de requerir el servicio mayor tiempo el cliente puede coordinar con la central el costo por hora adicional.

E) DESCUENTO EN FARMACIA:
En caso de ser recetado por parte del médico en la visita a domicilio o por Telemedicina algún medicamento, **A365** gestionará y coordinará con nuestra Red de Farmacias el descuento del 10% para luego realizar la entrega del medicamento directamente al domicilio del AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS. El costo de éste será cubierto por el AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS con sus propios medios

El servicio aquí indicado se realizará: **HASTA UN 10% DESCUENTO Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

F) ENVIO DE MEDICAMENTOS DE FARMACIA:
En caso de ser recetado por parte del médico en la visita a domicilio algún medicamento, **A365** gestionará y coordinará la entrega del medicamento directamente al domicilio del AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS. El costo de éste será cubierto por el AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS con sus propios medios.
El servicio aquí indicado se realizará: **POR CONEXIÓN Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO**

G) ORIENTACION PSICOLOGICA VIA TELEFONICA:
En caso de que el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** requiera una atención por emergencia psicológica telefónica por motivos de crisis por divorcio, depresión, adicciones, y otros problemas comunes. **A365** gestionará y coordinará un enlace telefónico con un psicólogo para que resuelva su emergencia. **A365** no llevará expediente clínico ni emitirá ningún tipo de documentos escrito al **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS,** este servicio es par atención primaria del cliente para un diagnóstico inicial**. SIN LÍMITE DE COSTO Y (2) EVENTO AL AÑO.**

H) CHECKUP DE BIENVENIDA (Colesterol, Triglicéridos, Glucosa, Química de Tres Elementos, Examen de Orina)
En caso de que el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** requiera de exámenes básicos como colesterol, triglicéridos, glucosa, química de tres elementos, examen de orina**. A365** coordinará la realización de estos en la red de clínicas más cercanas al domicilio del cliente. El servicio aquí indicado se realizará con un límite de: **HASTA S/. 60 NUEVOS SOLES CON UN MÁXIMO DE 1 EVENTO AL AÑO.**

I). REVISION Y CONTROL AUDITIVO Y OFTALMOLOGICO EN RED DE PRESTADORES:
Cuando el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** necesite **REVISION Y CONTROL AUDITIVO Y OFTALMOLOGICO** en Lima y provincia **A365** proporcionará información de médicos especialistas como Otorrinos y Oftalmólogos, así como clínicas y hospitales dentro de su amplia red de proveedores, contando con descuentos en atención de acuerdo a la disponibilidad de la clínica más cercana al domicilio del cliente. El servicio aquí establecido se brindará **SIN LÍMITE DE EVENTOS.**

J). CONTROL DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO:
Cuando el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS**, necesite la programación de la toma de sus medicamentos y/o tratamiento por alguna indicación médica. El **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS**, se pondrá en contacto con **A365**, para darle las indicaciones que necesite programar. De esta forma **A365** se pondrá en contacto con el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** para hacerle recordar lo indicado. **El servicio aquí establecido se brindará SIN LÍMITE DE EVENTOS.**

K). COORDINACION DE EXAMENES A DOMICILIO:
Cuando el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS**, necesite algún examen médico, **A365** gestionará y coordinará la visita de un especialista directamente al domicilio del AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS. El costo de éste será cubierto por el AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS con sus propios medios, y de acuerdo a la disponibilidad del proveedor más cercano a la casa del **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS**. **A365** contactará con los laboratorios que cuente con los mejores precios para el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS. El servicio aquí indicado se realizará: SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO Y A PRECIOS PREFERENCIALES.**

L) TELEMEDICINA MEDICINA GENERAL:

En caso de que el **AFILADO Y SU FAMILA** requieran de una consulta médica por video llamada ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), **A365** gestionará la habilitación de un consultorio virtual a través de su PLATAFORMA DE TELESALUD con un médico en medicina general para que absuelva su consulta.

Este servicio se brindará previa coordinación con el cliente para agendamiento. El servicio aquí indicado se realizará: **CO- PAGO S/. 25.00 Y SIN LIMITE DE EVENTOS AL AÑO.** Para hacer uso de la telemedicina el **AFILIADO** deberá contar con una conexión estable a internet y comunicarse previamente con la central de emergencias, realizar el pago a través de un link y solicitar la cita. **NO SE REALIZAN ATENCIONES DE EMERGENCIAS O URGENCIAS MÉDICAS**, ni mediante **LA PLATAFORMA DE TELESALUD** ni por solicitudes que realicen **LOS USUARIOS CLIENTES** a los profesionales de salud que prestan servicios mediante **LA PLATAFORMA DE TELESALUD**. En caso de emergencias o urgencias médicas, conforme a las normas legales vigentes, se debe llamar a una central de emergencia

El servicio de telemedicina no entrega medicamentos ni descansos médicos.

M) REFERENCIAS DE MÉDICOS ESPECILISTAS, CLINICAS Y HOSPITALES:

Cuando el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** necesite **ASISTENCIA MÉDICA** en Lima**, A365** 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 FAMILIARES BENEFICIADOS** 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 FAMILIARES BENEFICIADOS** y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. En las demás localidades del Perú, **A365** hará lo posible por ayudar al **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** a contactar un médico o centro médico con la mayor celeridad. En este caso, el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** también deberá pagar con sus propios recursos los honorarios médicos y los gastos en que incurra al recibir asistencia médica.

A365 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**.

4. <u>EXCLUSIONES GENERALES</u>:

En caso de que el costo del servicio de emergencia exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS.

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

A) Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.

B) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.

C) Enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos, enfermedades Preexistentes y de las diagnosticadas con anterioridad.

D) La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.

E) Enfermedades mentales.

F) La adquisición y uso de prótesis o anteojos.

G) El embarazo.

H) Prácticas deportivas en competencia.

I) El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia del **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** en el procedimiento.

J) La falta de cooperación del **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** para la recuperación de la caución exhibida por la empresa.

A365 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.

6. <u>EXCLUSIONES</u>:

A) Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.

B) Cuando el Beneficiario no se identifique como **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** de **CHUBB - ADULTO SEGURO REPOTENCIADO.**

C) Cuando el Beneficiario incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

7. OBLIGACIONES DEL AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS:

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

A) Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **A365.**

Identificarse como **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** ante los funcionarios de **A365** 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 Y FAMILIARES BENEFICIADOS** deberá llamar a la Central de Emergencia **6131358.**

B) Seguidamente, deberá identificarse con el nombre del **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS**, 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 Y FAMILIARES BENEFICIADOS** 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.

A365 quedará subrogada hasta el límite del costo de los servicios prestados al **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** de las sumas pagadas por dicha compañía, en relación con los derechos que tenga el **AFILIADO Y FAMILIARES BENEFICIADOS** 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 **A365** podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.