

Seguro de Responsabilidad Civil de Médicos

Condiciones Particulares

Póliza No.

Código Reg. SBS RG2035300139 Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

Contratante			
RUC:			
Correo electrónico:		Teléfono:	
Dirección:			
Departamento:		Distrito:	
Asegurado			
RUC:			
Correo electrónico:		Teléfono:	
Dirección:			
Departamento:		Distrito:	
Ramo	Póliza	Endoso	Renovación

Entre Chubb Seguros Perú S.A. en adelante la COMPAÑIA y el Contratante/Asegurado, se celebra este Contrato de Seguro sujeto a las Condiciones Generales, Particulares, Especiales y Cláusulas Adicionales que se detallan en esta póliza. Los anexos forman parte integrante de la misma, cuando así se indique.	Vigencia	
	Desde las 12 Hrs. Del xx / xx / 20xx	Hasta las 12 Hrs. Del xx / xx / 20xx

Moneda	Suma Asegurada
XXXX	XXX

Prima Comercial	Prima Comercial + IGV
XXXX	XXX

Esta póliza contiene garantías que condicionan el Riesgo:

SI _____ NO _____

Cláusulas y/o Anexos

XXXX
XXXX

Corredor de Seguros

Código y Nombre del Corredor

Comisión de Agenciamiento

XXX

Emisión: XXX

San Isidro, ____ de ____ de 20__

Las condiciones particulares continúan en las siguientes páginas.



Chubb Seguros Perú S.A.
Juan Carlos Puyo

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara haber tenido a su disposición de manera previa a la contratación de este seguro, las condiciones generales de contratación comunes, las condiciones generales, condiciones especiales y cláusulas adicionales que aplican a este seguro.

Continuación de Condiciones Particulares

Datos Adicionales:**Contratante**

En caso de persona natural:

Ocupación, oficio o profesión:
_____Nombre del centro de labores, cargo que ocupa y tiempo de servicios, de ser el caso:

En caso de persona jurídica:

Objeto social y actividad económica principal:

_____Identificación de los administradores considerando la información requerida para las personas naturales:

_____**Asegurado**Nombre del centro de labores, cargo que ocupa y tiempo de servicios, de ser el caso:
_____Objeto social y actividad económica principal: (en caso de persona jurídica)

_____Identificación de los administradores considerando la información requerida para las personas naturales:

Forma de pago de la prima: XXXX

Especialidad Médica Profesional Cubierta conforme a esta Póliza:

_____Límite de Responsabilidad:

Para una y/o todas las PÉRDIDAS en conjunto que conforme a esta póliza se encuentren cubiertas y/o que resulten de una RECLAMACIÓN o de la suma de todas las RECLAMACIONES y de manera única y combinada por todas las coberturas.

Fecha de Retroactividad:

Reconocimiento de Antigüedad:

Deducibles:

Fecha de Reclamaciones Pendientes y Anteriores:

Jurisdicción:

Delimitación Territorial:

Prórroga de Notificaciones:

Vigencia xxxxxxxx Prima xxxxxxxx

Endosos, clausulas y condiciones especiales:

XXXX

Clausula Adicionales

XXX

La prima comercial incluye

Cargo de agenciamiento por la intervención de corredores de seguros: xxxxx

Cargos por la contratación de comercializadores: xxxxx

Medios de comunicación pactados

Xxx

Existencia de Dos pólizas

Si existen dos pólizas sobre el mismo riesgo es aplicable el artículo 90° de la Ley 29946

Cláusula de Exclusion Office Of Foreign Asset Control (OFAC)

Este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones prohíban a la COMPAÑÍA a proporcionar el seguro, incluido entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la Póliza no se modifican.

Fecha de emisión en la Ciudad de Lima a ____ del mes de ____ de 20__.

RG2035300139

Firmas:

ASEGURADORA