

## Seguro de Responsabilidad Civil para Servidores Civiles

### Condiciones Particulares

Póliza No. ....

Código Reg. SBS RG2035300147 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

Chubb Seguros Perú no otorga premios, bonos ni otros beneficios a los Corredores de Seguros.

Emisión:

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 de la Póliza**

**Póliza N° .....**

Este Anexo es parte integral de la Póliza de Seguro así como la Solicitud y el Cuestionario de la Declaración del Riesgo.

**1. Contratante y Asegurado**

**Asegurado:**  
**Contratante:**  
**Entidad o Institución Pública:**  
**Cargo:**  
**Remuneración:**

**2. Compañía de Seguros**

**Aseguradora:** Chubb Seguros Perú S.A.  
**Domicilio:** Amador Merino Reyna No. 267, Oficina 402, San Isidro, Lima 27, Perú.

**3. Vigencia de la Póliza**

**Desde:**  
**Hasta:**

**4. Prima**

**Prima:** en S/ ....., o, en US\$ .....

<b>Cargo de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor</b>	<b>XXXXXXXXXX</b>
<b>Cargos por la contratación de comercializadores</b> :	<b>XXXXXXXXXX</b>
<b>Forma de pago de la Prima</b>	<b>XXXXXXXXXX</b>
<b>TCEA (en caso de fraccionamiento)</b>	<b>xx%</b>

**5. Extensiones de Cobertura**

**5.1 Herederos y Representantes Legales:**

Prima adicional adelantada: en S/ ..... o, en US\$.....

**5.2 Cónyuge o Concubina**

Prima adicional adelantada: en S/ ..... o, en US\$.....

**5.3 Período Adicional de Cobertura:** ..... (....) meses en caso de no renovar

Prima adicional adelantada: en S/ ..... o, en US\$.....

**6. Límite de Responsabilidad**

Suma total en el agregado para todas las pérdidas derivadas de todas las reclamaciones presentadas en contra de todos los asegurados bajo todas y cualquiera de las coberturas (incluyendo gastos de defensa)

**6.1 Máximo Sublímite por Evento:**

En S/ ..... o, en US\$.....

**6.2 Máximo Sublímite por Asegurado, en caso haya más de uno:**

En S/ ..... o, en US\$.....

6.3 Máximo Sublímite para Reclamaciones Interrelacionadas  
En S/ ..... o, en US\$.....

6.4 Máximo Sublímite para Fianzas y Caucciones:  
En S/ ..... o, en US\$.....

6.5 Máximo Sublímite para Gastos de Defensa:  
En S/ ..... o, en US\$.....

**7. Servidores Civiles Cubierto Conforme a esta Póliza:**  
Según Lista de Servidores Civiles adjunta

**8. Fecha de Retroactividad:**

**9. Reconocimiento de Antigüedad:**

**10. Deducibles y Coaseguro:**

Los deducibles aplicarán de la siguiente forma:

10.1 Indemnización: En S/ ..... o, en US\$..... por toda y cada reclamación

10.2 Límite Máximo: En S/ ..... o, en US\$..... por toda y cada reclamación, en caso sea aplicable más de un Deducible.

10.3 Gastos de Defensa:

- Abogado de la Red de Chubb Seguros Perú: En S/ ..... o, en US\$..... por toda y cada reclamación
- Abogado fuera de la Red de Chubb Seguros Perú: En S/ ..... o, en US\$..... por toda y cada reclamación y un coaseguro del 10%

**11. Fecha de Reclamaciones Pendientes y Anteriores:**

**12. La Notificación de las Reclamaciones y las circunstancias de las mismas deberán realizarse a:**  
Chubb Seguros Perú, en Amador Merino Reyna No. 267, Oficina 402, San Isidro, Lima, Perú.

**13. RED DE ABOGADOS Chubb Seguros Perú PARA ASESORÍA LEGAL:**  
XXXX

**14. Medios de comunicación Pactados:**  
XXX  
XXX

Lima, a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_

**Chubb Seguros Perú**

**Contratante**