

Familia Protegida

Condiciones Particulares

Código SBS: RG2035900123 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

La Compañía	
Aseguradora: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro	
Teléfono: 417-5000 / Fax: 221-3313	
Correo electrónico: atención.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

De la Póliza	
Póliza N°	Plan:
Fecha de emisión:	Inicio de Vigencia:
Inicio de Vigencia:	Fin de Vigencia:
Renovación: Automática	

Contratantea	
Razón Social	RUC:
Domicilio:	
Teléfono:	Fax:
Correo electrónico:	

Asegurado

Según relación que entregará el CONTRATANTE

Coberturas y Suma Asegurada Anual

Coberturas	Indemnización
A. Desempleo Involuntario e Injustificado	xxx
B. Invalidez Temporal	xxx
C. Incendio y/o Rayo	xxx
D. Muerte Accidental	xxx
F. Invalidez Total y Permanente por Accidente	XXXX (suma asegurada)

Beneficiarios

Para las coberturas A, B, C y D señaladas en el artículo 2° de estas Condiciones Generales, el beneficiario de la póliza será el CONTRATANTE de la póliza hasta por el monto de la deuda que mantiene y para el excedente será el mismo ASEGURADO o el mismo ASEGURADO en caso ya no tenga deuda con el CONTRATANTE o los Beneficiarios indicados por el ASEGURADO para la cobertura D, de manera que las indemnizaciones que correspondan serán recibidas por dicho CONTRATANTE. Las indemnizaciones recibidas por el CONTRATANTE estarán destinadas al pago de la deuda que tiene el ASEGURADO con él. Para la cobertura E el beneficiario es el ASEGURADO.

Antigüedad Laboral Mínima

Para esta póliza se establece una antigüedad laboral mínima de seis (6) meses ininterrumpidos bajo contrato con el mismo empleador.

Periodo Activo Mínimo

Queda establecido que el Periodo Activo Mínimo para esta Póliza es de seis (06) meses.

Periodo de Carencia

Queda establecido que el Periodo de Carencia para esta Póliza es de sesenta (60) días calendario.

Periodo Máximo de Cobertura

XXXXX

Periodo de Gracia

No aplica

Periodo Deducible

Queda establecido que el periodo deducible para esta Póliza es de treinta (30) días calendario.

Prima y Forma de Pago

Prima Comercial :

Prima Comercial +IGV :

Forma y Plazo de Pago : cargo en cuenta bancaria que tiene el ASEGURADO con el CONTRATANTE: (XXXXX datos de la cuenta)

TCEA: XX%

La prima comercial incluye:

Cargos de Agenciamiento por la intermediación de corredores: XXXX (si fuera el caso)

Cargos por la contratación de comercializadores: XXXX (si fuera el caso)

Medios de Comunicación Pactados

Escritos (Físicos: cartas, Electrónicos: correo electrónico) y telefónicos

Importante

- En el caso que este seguro se comercialice a través de empresas comercializadores, la COMPAÑIA. se hace responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que ellos incurran con motivo de la comercialización de la Póliza de Seguros. Las comunicaciones cursadas por el Asegurado a los comercializadores, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO a los comercializadores se consideran abonados a la COMPAÑIA.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a la COMPAÑIA, 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.

Declaración

El CONTRATANTE declara haber tomado conocimiento directo y de haber recibido las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los seguros de Riesgos Generales, las Condiciones Generales y el Resumen Informativo.