

**Seguro Falabella – Hospitalización**

**Póliza No. XXXX**

**Condiciones Particulares**

**CÓDIGO SBS N° AE2036420029 Adecuado a la ley 29946 y sus normas reglamentarias**

**Compañía Seguradora (La Compañía)**

Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A.

RUC: 20390625007

Domicilio: Calle Amador Merino Reyna N° 267, int. 402, San Isidro, Lima

Correo Electrónico: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com)

Pág. Web: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

**Contratante**

Razón Social:

RUC:

Domicilio:

Correo Electrónico

**Asegurados**

Titulares de la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella, su cónyuge e hijos(as).

**Inicio de Vigencia**

Las 12 horas del xx/xx/xxxx

**Fin de Vigencia**

Las 12 horas del xx/xx/xxxx

**Vigencia de la Póliza**

La vigencia del Seguro es anual, con renovación automática por periodos iguales.

**Cobertura Principal**

Renta Hospitalaria:

**COBERTURAS ADICIONALES (en tanto se hayan contratado y así conste en este documento)**

Muerte accidental:

Muerte accidental por terremoto.

Renta por convalecencia por accidente o enfermedad

Renta hospitalaria por accidente y enfermedad en cuidados intensivos

**BENEFICIOS ADICIONALES (servicios gratuitos, no sujetos al pago de una extraprima)**

S.O.S. ASISTENCIA CMR (COBERTURA GRATUITA POR 2 MESES) – según documento que se anexa

- LINEA FALABELLA DE ASISTENCIA MÉDICA – según documento que se anexa

**PRIMAS COMERCIALES (VER CUADRO)**

Se aplica de acuerdo a las coberturas seleccionadas y según el rango de edad del ASEGURADO.

ASEGURADO	EDAD	COBERTURAS 1	COBERTURAS 2	COBERTURAS 3
Hijo	14 – 23	XXXXX	XXXX	XXXXX

Titular o cónyuge	18 – 70	xxxxx	xxxxx	xxxxx
-------------------	---------	-------	-------	-------

Cobertura Adicional				
Muerte Accidental		xxxxx	xxxxx	xxxxx
Muerte Accidental por Terremoto		xxxxx	xxxxx	xxxxx
Renta por Convalecencia por Accidente o Enfermedad		xxxxx	xxxxx	xxxxx
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad en Cuidados Intensivos		xxxxx	xxxxx	xxxxx

**Prima Comercial: XXXXXX**

**Periodicidad de pago: Mensual**

ASEGURADO	EDAD	COBERTURAS 1 PRIMA COMERCIAL + IGV	COBERTURAS 2 PRIMA COMERCIAL + IGV	COBERTURAS 3 PRIMA COMERCIAL + IGV
Hijo	14 – 23	xxxxx	xxxxx	xxxxx
Titular o cónyuge	18 – 44	xxxxx	xxxxx	xxxxx
Titular o cónyuge	45 – 54	xxxxx	xxxxx	xxxxx
Titular o cónyuge	55 – 64	xxxxx	xxxxx	xxxxx
Titular o cónyuge	65 – 70	xxxxx	xxxxx	xxxxx

Cobertura Adicional				
Muerte Accidental		xxxxx	xxxxx	xxxxx
Muerte Accidental por Terremoto		xxxxx	xxxxx	xxxxx
Renta por Convalecencia por Accidente o Enfermedad		xxxxx	xxxxx	xxxxx
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad en Cuidados Intensivos		xxxxx	xxxxx	xxxxx

Para la Cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente y Enfermedad, la prima es reajutable de acuerdo a la edad alcanzada por cada Asegurado de acuerdo a la tabla anterior.

### **Forma y Lugar de Pago de la Prima**

La prima especificada en el Certificado de Seguro será cargada en forma mensual en la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella del Asegurado Titular y será de acuerdo al valor del seguro contratado. La falta de pago de la prima en las fechas de vencimiento establecidas será causal de extinción del seguro a los 90 días del vencimiento del plazo de la cuota de prima impaga.

### **Periodo de Gracia**

No aplica

**SEGURO INTERMEDIADO POR CORREDORES FALABELLA** (mediante las modalidades de intermediación que le faculta la normatividad vigente)

**Registro Oficial N° XXXX**

**CARGOS DE AGENCIAMIENTO POR LA INTERMEDIACIÓN DE CORREDORES: XXXX**

**Medios de Comunicación Pactados**

---

Físico o electrónico / comunicaciones telefónicas

**Clausulas Adicionales**

---

Muerte accidental

Muerte accidental por terremoto

Renta por convalecencia por accidente o enfermedad

Renta hospitalaria por accidente y enfermedad en cuidados intensivos

\_\_ de \_\_\_\_ de xxxx

---

LA COMPAÑIA  
Chubb Seguros Perú S.A.