

**Seguro Falabella - Hospitalización**

**Condiciones Particulares**

Póliza No. XXXX  
 Código SBS N° AE2036410093 Adecuado a la ley 29946 y sus normas reglamentarias

Datos Generales de la Póliza	
Vigencia del Seguro	: xxxxxx
Renovación	: Automática
Inicio de Vigencia: Las 12 Horas del _____	
Fin de Vigencia: Las 12 Horas del _____, o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero.	

Datos de la Compañía	
Empresa de Seguros: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro	Teléfono: 417-5000
Correo electrónico: <a href="mailto:atencion.seguros@chubb.com">atencion.seguros@chubb.com</a>	Página Web: www.chubb.com.pe

Contratante	
Denominación Social:	
RUC:	Correo electrónico:
Dirección:	Teléfono:

Datos del Asegurado			
Nombres y Apellidos		Tipo y N° Doc. de Identidad	
Lugar de Nac.		Fecha de Nacimiento	dd/mm/aa
Nacionalidad		Correo Electrónico	
Dirección		Teléfono	

Beneficiarios		
Nombre y Apellidos	Relación con el Asegurado	%
1)		
2)		
3)		

Coberturas, Sumas Aseguradas y Primas	
<b>Opción X</b>	
Prima Comercial: XXX	
Prima Comercial + IGV: XX	
Periodicidad de pago: XX	
<b>Cobertura Principal:</b>	
Renta Hospitalaria	XX
<b>Cobertura Adicional:</b>	
XX	

La prima comercial incluye:

- Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)
- Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)
- Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

**Forma de Pago:** XX

**Periodo de Carencia:** xxx días calendarios (Aplica para determinadas cláusulas adicionales)

**Deducible:** xxxxx.

**Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores** (si fuera el caso): xxx

### Medios de Comunicación Pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

### Importante

- La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- La COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de banca seguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador, queda establecido que las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA, en la misma fecha de su realización.

### Declaración

El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR declara haber recibido y tomado conocimiento directo de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y Resumen Informativo, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato.

**Fecha de Emisión de la Póliza:**



Chubb Seguros Perú S.A.

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE /ASEGURADO

MODELO