

## Seguro Hospitalización por Accidentes - Dólares

### Condiciones Particulares

Código SBS: AE2036120023 Adecuada a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

### De la Póliza

Póliza N°:	Plan:
Fecha de Emisión:	Inicio de Vigencia:
Fin de Vigencia:	Renovación:
Corredor de Seguros:	Código de registro SBS:

### Contratante

#### Persona Natural

Nombres y Apellidos:	Lugar de Nacimiento:
Tipo y N° Doc. Identidad:	Nacionalidad:
Fecha de Nacimiento:	Distrito:
Dirección:	Departamento:
Provincia:	
Teléfono:	
Correo Electrónico	

#### Persona Jurídica

Razón Social / Denominación Social:	RUC:
Dirección:	Provincia:
Distrito:	Teléfono:
Departamento:	
Representante Legal:	
Objeto Social:	
Correo Electrónico	

### Asegurado

Nombres y Apellidos:	Lugar de Nacimiento:
Tipo y N° Doc. Identidad:	Nacionalidad:
Fecha de Nacimiento:	Distrito:
Dirección:	Departamento:
Provincia:	Correo Electrónico:
Teléfono:	
Relación con el Contratante:	

### Requisitos para ser Asegurado

Edad de Ingreso y permanencia:  
ASEGURADO Titular y/o Cónyuge o conviviente: desde los 18 años hasta los 64 y 364 días de edad. Pueden permanecer asegurados hasta la edad de 69 años y 364 días. Los hijos reconocidos o legalmente adoptados y solteros, desde los 14 años y que no hayan cumplido 20 años de edad, o en el caso que se encuentren estudiando que no hayan cumplido los 23 años de edad.

## Cobertura

### Hospitalización por Accidente:

#### Renta Hospitalaria

US\$ XXXX

Por cada 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria.  
Hasta un máximo de 365 días por año.

## Prima y Forma de Pago

Prima Comercial: XXX

Prima Comercial más IGV: XXXX

TCEA: XX% (en caso de prima fraccionada)

Periodicidad de Pago: XXX

Forma de Pago: XXXX

La prima comercial incluye:

Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores: XXX (si fuera el caso)

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

## Beneficiarios

Nombre:

Apellido:

% Capital:

Parentesco:

## Medios de Comunicación Pactados

Escritas: al domicilio físico o correo electrónico / telefónicas; salvo los casos en los que la norma dispone de una formalidad específica para realizar la comunicación.

## Importante

- En el caso que este seguro se comercialice a través de un comercializador, la COMPAÑIA se hace responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador con motivo de la comercialización de la Póliza de Seguro. Las comunicaciones cursadas por el Contratante / Asegurado al comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a la COMPAÑIA. Asimismo, los pagos efectuados por el Contratante o Asegurado al comercializador, se consideran abonados a Chubb Seguros Perú.
- El ASEGURADO y/o CONTRATANTE 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 y/o CONTRATANTE.
- La vigencia de la cobertura es anual, con renovación automática por periodos iguales.

-----  
**Chubb Seguros Perú S.A.**

RUC 20390625007, Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro

Teléfono: (51-1) 417-5000

Fax (51-1) 422-7174

[atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com) / [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)