

## Familia Segura – Indemnización Oncológica

### Condiciones Particulares

**Póliza de Seguro No.** \_\_\_\_\_

**CÓDIGO SBS: AE2036400121 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

Correo Electrónico: Atencion.Seguros@Chubb.Com

Página Web: Www.Chubb.Com/Pe

#### La Póliza

Fecha de Emisión : \_\_\_\_\_

Vigencia : X

Renovación : Automática

Inicio de Vigencia : Las 12 hrs del \_\_\_\_\_

Fin de Vigencia : Las 12 hrs del \_\_\_\_\_ o cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero, salvo que haya venido renovando el seguro de manera ininterrumpida por cinco (5) años.

Corredor de Seguros : Código del Corredor :

Dirección :

#### Contratante

##### Persona Natural

Nombre: DNI :

Fecha de Nacimiento : Correo Electrónico:

Dirección :

Teléfono :

##### Personas Jurídicas

Denominación Social / Razón Social:

RUC :

Dirección :

Teléfono :

#### Asegurado Titular

##### Persona Natural

Nombre: DNI :

Fecha de Nacimiento : Correo Electrónico:

Dirección :

Teléfono :

**Asegurados Adicionales**

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Relación con el Asegurado Titular	Fecha Nac.

**Cobertura Principal**

<b>COBERTURA</b>	<b>SUMA ASEGURADA</b>
Indemnización Oncológica por Diagnóstico Clínico de Cáncer Primario	XXXX

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

**Período de Carencia**

**XXXX días**

**Condiciones para ser Asegurado**

**Asegurado Titular**

- Edad Mínima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Permanencia: xxxx

**Asegurado Adicional**

- Edad Mínima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Permanencia: xxxx

**Prima Comercial**

Prima Comercial:  
 Prima Comercial + IGV:

Periodicidad de Pago: xxxxx  
 Forma de pago: XXXXX  
 TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

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)

Determinación de bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores y/o comercializadores: XX

---

**Período de Gracia**

No aplica

**Deducible, Franquicias y Coaseguro**

No aplican.

**Medios de Comunicación Pactados**

Escrito al domicilio físico o al correo electrónico, o comunicaciones telefónicas, salvo que la normatividad disponga de una formalidad específica para realizar la comunicación.

**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.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Chubb Seguros Perú S.A.

Contratante