

## Seguro de Indemnización por Enfermedades Graves

### Condiciones Particulares

Póliza N°:

Código de Registro SBS: AE2036400032 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

**ASEGURADORA:** Chubb Seguros Perú S.A.

**RUC:** 20390625007

**DIRECCION:** Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima

**TELEFONO:** 417-5000

**CORREO ELECTRONICO:** [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com)

**PAGINA WEB:** <http://www.chubb.com/pe>

### Datos Generales de la Póliza

**FECHA DE EMISIÓN:**

**VIGENCIA :**

**INICIO DE VIGENCIA :**

**FIN DE VIGENCIA :**

: Las 12 hrs. del XXX

: Las 12 hrs. del XXX 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 (05) años.

**CORREDOR :**

**CÓDIGO DE CORREDOR :**

### Corredor del Seguro

**RAZÓN SOCIAL O NOMBRES:**

**DNI / CE / RUC :**

**DOMICILIO :**

**DISTRITO :**

**PROVINCIA :**

**DEPARTAMENTO:**

**TELÉFONO :**

**COMISIÓN :**

### Contratante

**APELLIDOS Y NOMBRES : (RAZÓN SOCIAL EN CASO DE PERSONA JURÍDICA)**

**DNI / CE / RUC :**

**DOMICILIO :**

**DISTRITO :**

**PROVINCIA :**

**DEPARTAMENTO :**

**TELÉFONO :**

**CORREO ELECTRONICO:**

### Asegurado Titular

**APELLIDOS Y NOMBRES : (RAZÓN SOCIAL EN CASO DE PERSONA JURÍDICA)**

**GIRO DE LA EMPRESA**

**: (SOLO PARA PERSONAS JURÍDICAS)**

**DNI / CE / RUC :**

**DOMICILIO :**

**DISTRITO :**

**PROVINCIA :**

**DEPARTAMENTO:**

**TELÉFONO :**

**CORREO ELECTRONICO**

## Asegurados Adicionales

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres	Tipo y No. Doc. Identidad	Lugar y Fecha Nac.	Relación con el Asegurado

## Condiciones para ser Asegurados

Edad máxima de permanencia:  
Asegurado Titular: xx años y 364 días.  
Asegurados Adicionales :XXX

## Cobertura del Seguro y Sumas Aseguradas

### **BENEFICIO**

Indemnización por las siguientes enfermedades graves o la práctica de una intervención quirúrgica a consecuencia de las mismas

- Infarto agudo al miocardio
- Accidente cerebro vascular
- Cáncer
- Insuficiencia renal crónica
- Parálisis
- Cirugía de bypass
- Trasplante de órganos
- Esclerosis múltiple

### **PLAN**

US\$ / S/ XXXX

US\$ / S/ XXXX

## Prima y Forma de Pago

**FORMA DE PAGO : XXXX**

**PERIODICIDAD DE PAGO: xxx**

**PRIMA COMERCIAL:**

**US \$**

**S/**

**PRIMA COMERCIAL + IGV :**

**US \$**

**S/**

**TCEA: XX% (en caso de fraccionamiento de primas)**

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX

- La prima es reajutable de acuerdo con la edad de cada Asegurado (ver cuadro inserto).

## Primas Comerciales + IGV

**PRIMAS POR PLAN**

Edad	PLAN 1:	PLAN 2:	PLAN 3:
0 – 35	US\$ / S/	US\$ / S/	US\$ / S/
36 – 45	US\$ / S/	US\$ / S/	US\$ / S/
46 – 55	US\$ / S/	US\$ / S/	US\$ / S/
56 – 69	US\$ / S/	US\$ / S/	US\$ / S/

**Criterios para la actualización de la prima:**

Edad de Asegurado  
XXX

Estimación de la evolución de la prima

Es el siguiente para este producto, tomando como base el rango etario de 56 a 69 años de edad:

Rango de Edades	% del Valor de la Prima
<b>56 – 69</b>	<b>100%</b>
<b>70 – 79</b>	<b>200%</b>
<b>80 a más</b>	<b>250%</b>

**Importante**

**PERIODO DE CARENANCIA:** xx (x) días, contados a partir de la fecha de su incorporación a este seguro.

**PERIODO DE SOBREVIVENCIA:** xx (x) días desde que el ASEGURADO haya sido diagnosticado con una de las enfermedades graves, o de haber sido sometido a alguna de las cirugías descritas en las COBERTURAS.

**BENEFICIARIOS:** El mismo ASEGURADO, pero si fallece luego de haberse determinado que tenía derecho al pago de la indemnización sin que se le hubiere pagado, serán los herederos legales constituidos de acuerdo a ley (por testamento, por sucesión intestada o por declaratoria de herederos).

**MEDIOS DE COMUNICACIÓN PACTADOS:** físicas o electrónicas / telefónicas, salvo que la norma legal establezca un medio específico o que sea por escrito.

(firma digitalizada)

-----  
Chubb Seguros Perú S.A.

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE