

Seguro Contra el Cáncer

Condiciones Particulares

Póliza No. _____

Código SBS AE2036400001: Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima	RUC: 20390625007
Correo electrónico: atención. seguros@chubb.com	
Página web: www.chubb.com/pe	

Datos de la Póliza
Fecha de Emisión: XXXX
Inicio de Vigencia: Las 12 horas del _____
Fin de Vigencia: Las 12 horas del _____ o cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima, lo que ocurra primero. La edad máxima de permanencia es _____.
Vigencia: XXXX
Renovación: XXXX
Periodo de Carencia: XXXX
Corredor: XXXX
Código Corredor: XXXX

Datos del Contratante/ Comercializador	
Nombres/ Razón Social/ Denominación Social:	
RUC:	
Dirección:	
Distrito:	Provincia:
Departamento	Teléfono:
Correo electrónico:	

Corredor de Seguros (cuando corresponda)	
Nombres/ Razón Social/ Denominación Social:	
DNI/ CE/ RUC:	
Dirección:	
Teléfono:	Correo electrónico:
Comisión:	

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

Condiciones para ser Asegurado
Las edades mínima y máxima de ingreso al seguro son de 18 años y 64 años con 11 meses respectivamente. La edad máxima de permanencia es 69 años y 364 días, salvo que a dicha edad el Asegurado haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva; en este caso, el Asegurado a su libre elección tendrá derecho a continuar renovando los contratos indefinidamente con coberturas no menores a las pactadas anteriormente.

Beneficiarios				
Nombres	Ap. Paterno	Ap. Materno	Parentesco	Porcentaje

Coberturas y Sumas Aseguradas

Cobertura Principal Asegurada	Suma
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de Cáncer 	US \$ S/
Coberturas Adicionales: XXXX	US \$ S/

EXCLUSIONES: las señaladas en las Condiciones Generales y en las Cláusulas Adicionales que correspondan.

FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN: XXXXX

Prima

Prima Comercial: XXXX
 Prima Comercial + IGV : XXXX

Periodicidad de pago: XXXXX
 TCEA: XX% (en caso de pago fraccionado)

Lugar y Forma de Pago: XXXX :

Criterios para la actualización de primas: XXXXX

La prima comercial incluye:

Cargos por la contratación de comercializadores: XX (si fuera el caso)
 Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores: XX
 Cargos por agenciamiento por la contratación de promotores de seguros: XX
 Cargos por intermediación por Bancaseguros: XX

Forma y Lugar de Pago de la Prima

Con cargo en TARJETA o CUENTA BANCARIA del ASEGURADO / CONTRATANTE
 Cuando se establezca pago en EFECTIVO / DEPOSITO se realizará en:
 Lugar: XXX
 Dirección: XX
 Teléfono. XX

La cuota de la prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro. La cotización considera los impuestos vigentes al momento de su emisión. Las cuotas mensuales se calcularán según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta:

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO / CONTRATANTE indicada en la Solicitud de Seguro, las cuotas se cargarán mensualmente en la tarjeta/cuenta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación según las fechas predeterminadas por el Comercializador.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la tarjeta/cuenta designada o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar re-intentos de cargo en las siguientes fechas predeterminadas por el Comercializador.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la cuota correspondiente entonces se realizarán nuevos intentos en las siguientes fechas de cargo predeterminadas con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en curso.

Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes al Seguro, el contrato de seguro se extinguirá cumplidos los 90 días desde la primera cuota impaga.

Periodo de Gracia

No aplica

Deducibles, Franquicias y Coaseguro

No aplican.

Medios de Comunicación Pactados

Escritas ya sea en comunicaciones físicas o por correo electrónico, y comunicaciones telefónicas, salvo que la normatividad disponga una formalidad específica para realizar la comunicación.

Cláusulas Adicionales

XXX

XXX

Importante

- La vigencia de la póliza es mensual o anual, con renovación automática por periodos iguales, salvo que la Compañía o el CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesten su interés de ponerle término con 30 días de anticipación.
- La empresa es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- La empresa 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 bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 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 Chubb Seguros Perú S.A.. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se considerarán abonados a Chubb Seguros Perú S.A., en la misma fecha de su realización.

Fecha

Firma
Chubb Seguros Perú