

Familia Segura - Accidentes

Condiciones Particulares

Código SBS AE2036100117. Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza No: _____

Compañía

Nombre: Chubb Seguros Perú S.A. RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 267 - Of. 402, San Isidro
Teléfono: 417-5000
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com
Página Web: www.chubb.com/pe

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 8° del Condicionado General, lo que ocurra primero.

Contratante

Nombres y Apellidos/ Denominación o Razón Social:
Tipo y N° Doc. Identidad:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Provincia:

Teléfono:

Distrito:

Departamento:

Correo Electrónico:

Comercializador

Nombres y Apellidos/ Denominación o Razón Social:
Tipo y N° Doc. Identidad:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Provincia:

Teléfono:

Distrito:

Departamento:

Correo Electrónico:

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Provincia:

Teléfono:

Relación con el Contratante:

Tipo y N° Doc. Identidad:

Distrito:

Departamento:

Correo Electrónico:

Asegurado(s) Adicional(es)

Nombres y Apellidos:
Tipo y N° Doc. Identidad:
Fecha de nacimiento:
Relación con el Asegurado Titular:

Beneficiarios (Para la cobertura principal)

Nombres	%de Capital	Relación con el Asegurado
---------	-------------	---------------------------

Beneficiarios (Para las coberturas adicionales, cuando corresponda)

Nombres	%de Capital	Relación con el Asegurado
---------	-------------	---------------------------

Coberturas, Sumas aseguradas y límites

Cobertura Principal	Beneficio	Límites	Forma de Indemnización
Muerte Accidental	xxxx	xxxxx	xxx

Coberturas Adicionales	Beneficio	Límites	Forma de Indemnización
xxxx	xxxx	xxxxx	xxx
xxxx	xxxx	xxxx	xxx

Deducible: xxxx.

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

Lista Países OFAC

xxx

Prima Comercial

Prima Comercial: S/
USD
Prima Comercial + IGV: S/
USD

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: xxx

Periodicidad de pago: xxxx

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

En caso de pago con cargo en Tarjeta de Crédito o Cuenta

- El ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo mensual de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de X re-intentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de X nuevos intentos en la siguiente fecha de cargo, incluyendo en esta última oportunidad la prima del mes pendiente más la prima del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, el Seguro quedará extinguido transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO TITULAR del pago oportuno de la prima.
- 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.
- **Periodo de Gracia:** XXXX
- **Franquicias y Coaseguro:** XXXX

Deducible

XXXX

Periodo de Carenia

XXXX

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.

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

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:

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and strokes, likely representing the signature of the policyholder or insurer.

Chubb Seguros Perú S.A.

Contratante / Asegurado Titular