



Seguro Dental

Condiciones Particulares

Código SBS:

Póliza N° «XXXX»

Código SUSALUD:

Compañía

Nombre: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros
Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 267 - Of. 402, San Isidro.
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com

RUC: 20390625007
Teléfono: 417-5000
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 las cláusulas 9° y 12° de las Condiciones Generales, lo que ocurra primero.

Moneda:

Contratante

Nombres y Apellidos o Denominación Social :

DNI / CE / RUC :

Fecha de Nacimiento :

Dirección :

Distrito :

Departamento :

Correo Electrónico :

Provincia :

Teléfono :

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:

Fecha de nacimiento:

Relación con el Asegurado Titular:

Tipo y N° Doc. Identidad:

Descripción del Interés Asegurado

Este Seguro cubre los gastos odontológicos que sufra el ASEGURADO TITULAR y los ASEGURADOS ADICIONALES incluidos en la Póliza de Seguro, según el plan de Seguro contratado.

Coberturas, Sumas aseguradas y límites

TABLA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS	
Producto:	SEGURO DENTAL
Beneficio máximo anual:	XXXXXX
Edad de ingreso:	Asegurado titular: De 18 años hasta __ años Asegurados Adicionales: De XX años hasta __ años
Modalidad de atención:	Este seguro reconoce la atención al crédito y mediante reembolso. Se requiere que el Asegurado pague el deducible y coaseguro correspondiente según el Plan y centro odontológico afiliado elegido.
Período de Espera	XXXXXXXX
Periodo de Carencia	XXXXXXXX
Deducible y/o Copago:	Importe fijo del gasto cubierto que corresponde asumir al ASEGURADO por cada atención ambulatoria.
Coaseguro:	Porcentaje del gasto cubierto que corresponde asumir al ASEGURADO, después de pagar el DEDUCIBLE correspondiente.

[INSERTAR DETALLE DE COBERTURAS Y PLANES]

COBERTURAS	DEDUCIBLE	COASEGURO

[ANEXO: RELACIÓN DE RED MÉDICA DEL CENTRO ODONTOLÓGICO EN LIMA Y PROVINCIAS]

CENTRO ODONTOLÓGICO	DIRECCIÓN / TELÉFONO

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)

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

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 XX reintentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos reintentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de XX 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 Certificado de 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
- **Coaseguro:** XXXX

Deducible y/o Copago

XXXX

Zona de Cobertura

XXXX

Periodo de Espera / Carencia

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

Lista Países OFAC

XXX

Declaración

El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR declara haber recibido y tomado conocimiento directo de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y Resumen Informativo, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato.

Toda omisión, reticencia, simulación o falsedad en las declaraciones que haga el ASEGURADO TITULAR en la solicitud respectiva, hecha con dolo o culpa inexcusable anula de hecho el contrato y en consecuencia toda obligación de LA COMPAÑÍA.

Fecha de Emisión de la Póliza:

Chubb Seguros Perú S.A.

Contratante / Asegurado Titular