

Seguro Vida Integral**Condiciones Particulares**

Código SBS:

Póliza N° _____

La COMPAÑIA

Nombre Comercial: Chubb Seguros Perú S.A

RUC: 20390625007

Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima

Teléfono: 417-5000

Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.comPágina web: www.chubb.com/pe**Datos de la Póliza**

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 6° del Condicionado General, lo que ocurra primero.

Renovación:

Moneda:

Datos del Contratante

Razón Social:

RUC:

Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):

Teléfono:

Correo Electrónico:

Datos del Corredor

Denominación Social:

Registro SBS N°:

Dirección:

Comisión:

Asegurados**Asegurado Titular:**

Nombre s y Apellidos :

DNI / CE :

Fecha de Nacimiento :

Dirección :

Distrito :

Departamento :

Provincia :

Teléfono :

Correo Electrónico :
Relación con el Contratante:

Asegurado Adicional:

Nombre s y Apellidos :
DNI / CE :
Fecha de Nacimiento :
Dirección :
Distrito : Provincia :
Departamento : Teléfono :
Correo Electrónico :
Relación con el Asegurado Titular:

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

Coberturas

LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de una Prima Comercial, a pagar al/los BENEFICIARIO(S) la suma asegurada establecida en la presente póliza, cuando se produzcan los siguientes eventos en territorio nacional o internacional:

Cobertura Principal	Descripción	Límites
Muerte Natural	Fallecimiento del ASEGURADO que ocurra como consecuencia de la vejez o alguna enfermedad, siempre que estos eventos no se encuentren dentro de las exclusiones de la póliza.	Suma Asegurada:
Muerte Accidental	Fallecimiento del ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente. Para tales efectos, se considera accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y	Suma Asegurada:

	<p>también los casos de lesiones internas o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes. No se considerará como Accidente el infarto de miocardio, edema agudo, trombosis, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, accidente cerebro vascular; así como los casos de negligencia o impericia médica.</p> <p>LA COMPAÑÍA cubrirá el fallecimiento que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.</p>	
--	---	--

Prima Comercial

Prima Comercial:

Prima Comercial +IGV: XXX

Periodicidad 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)

Forma y Lugar de Pago de la Prima (Según corresponda):

Parámetros para Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores:

Beneficiarios

Beneficiario Titular

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	Porcentaje

Beneficiario(s) Adicional(es) [*]

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	Porcentaje

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.

Declaración

El CONTRATANTE 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: _____

LA COMPAÑÍA

CONTRATANTE