

Seguro Falabella - Hospitalización - Soles

Condiciones Particulares

Póliza No. XXXX
 Código SBS N° AE2036410093 Adecuado a la ley 29946 y sus normas reglamentarias

| Datos de la Compañía | |
|--|--|
| Empresa de Seguros: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros | RUC: 20390625007 |
| Dirección: Calle Amador Merino Reyna 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 : |
| 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 9° DEL CONDICIONADO GENERAL, LO QUE OCURRA PRIMERO |

| Contratante | |
|----------------------|---------------------|
| Denominación Social: | |
| RUC: | Correo electrónico: |
| Dirección: | Teléfono: |

| Asegurado | |
|------------------------------|---------------------------|
| Nombres y Apellidos: | Tipo y N° Doc. Identidad: |
| Fecha de Nacimiento: | |
| Dirección: | Distrito: |
| Provincia: | Departamento: |
| Teléfono: | Correo Electrónico: |
| Relación con el Contratante: | |

| Requisitos de Asegurabilidad |
|------------------------------------|
| Asegurado |
| • Edad Mínima de Ingreso: xxxx |
| • Edad Máxima de Ingreso: xxxx |
| • Edad Máxima de Permanencia: xxxx |

| Beneficiarios |
|---|
| El Beneficiario de la cobertura principal, será el mismo ASEGURADO. |

| Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites |
|--|
| |

| Cobertura Principal | Descripción | Sumas Aseguradas y Límites |
|--|--|---|
| Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad | <p>La COMPAÑÍA pagará el Beneficio indicado en el presente documento por cada día de 24 (veinticuatro) horas continuas de internamiento del ASEGURADO, en una Institución Hospitalaria, hasta un máximo de 365 días por año, sin considerar convalecencia, si como consecuencia de una enfermedad o accidente haya sido necesaria su hospitalización, debidamente certificada por un médico, independientemente del gasto real en que haya incurrido el ASEGURADO. No aplica cuando el ASEGURADO se encuentre hospitalizado en cuidados intensivos.</p> <p>Para los efectos de esta Póliza, se considera que cada día se inicia a la hora del internamiento y concluye a la misma hora del día siguiente.</p> <p>Asimismo, se considera que una misma enfermedad o accidente que sobrepase los 365 días de internamiento, no dará derecho al beneficio más allá de dicho periodo, en caso de renovación de la Póliza. Si la póliza termina su vigencia y no es renovada y la hospitalización del ASEGURADO continúa, no habrá interrupción de la cobertura.</p> | <p>Xxxx</p> <p>Deducible: Período de Carencia</p> |
| Coberturas Adicionales | Beneficio | Límites |
| xxxx | xxxx | <p>Xxxx</p> <p>Deducible: Período de Carencia</p> |
| xxxx | xxxx | <p>Xxxx</p> <p>Deducible: Período de Carencia</p> |

Prima comercial y forma de pago

Prima Comercial: S/ XXXX

Prima Comercial + IGV: S/ XXXX

Distribución de la Prima Comercial: XXX

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)

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

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

Pago de la Prima:

Forma de Pago: XXX

Periodicidad de pago: xxxx

(En caso de pago con cargo a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del asegurado:

- 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 encontrase 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 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
 - Franquicias y Coaseguro: XXXX
 - Deducible: XXXX

Deducible

XXXX

Periodo de Carencia

XXXX

Medios de comunicación pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

Importante

- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a la Empresa de Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
- En el caso que este seguro se comercialice a través de un comercializador, Chubb Seguros Perú S.A. se hace responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador con motivo de la comercialización de la Póliza de Seguros, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden, de conformidad con el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por Resolución SBS N°4143-2019. Asimismo, las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a Chubb Seguros Perú S.A.
- De igual manera, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a Chubb Seguros Perú S.A. en la misma fecha de su realización. En el caso de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N°3274-2017 y sus normas modificatorias.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

Cláusula OFAC

XXXX

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.

Fecha de Emisión de la Póliza:

Chubb Seguros Perú S.A.

CONTRATANTE /ASEGURADO