

Seguro Falabella Hospitalización por Accidente

Condiciones Particulares

Código REGISTRO SBS: AE2036120028 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros (La Compañía)	
Aseguradora: Chubb Seguros Perú S.A.	
RUC: 20390625007	
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro	
Teléfono: 417 – 5000 / Fax: 221-3313 (para Lima y Provincias)	
Correo electrónico: atención. seguros@chubb.com	
Página web: www.chubb.com/pe	

Contratante	
Razón Social/ Denominación Social:	
RUC:	
Domicilio	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

Asegurado Titular		
Apellidos y Nombres:	DNI:	Edad:
Sexo:		
Dirección:		
Correo electrónico:	Teléfono:	
Relación con el Contratante		

Asegurados Dependientes		
Apellidos y Nombres:	DNI:	Edad:
Sexo:		
Dirección:		
Relación con el Contratante		

Inicio de Vigencia

Desde las 12 horas del xx/xx/xxxx

Fin De Vigencia

Hasta las 12 horas del xx/xx/xxxx o cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

Vigencia de la Póliza

La vigencia del Seguro es anual, con renovación automática por periodos iguales, salvo que la COMPAÑIA o el ASEGURADO manifiesten su interés de ponerle término con treinta (30) días de anticipación.

Cobertura

Renta Hospitalaria por accidente

Cobertura Adicional

Renta hospitalaria por accidente en cuidados intensivos

Planes y Primas

Deberán aplicarse las siguientes primas comerciales más IGV, de acuerdo al Plan de Seguro seleccionado y según el rango de edad del ASEGURADO.

Renta Diaria por Plan

Asegurado	Edad	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Hijo	14 – 23	xxxxx	xxxxx	xxxxx
Titular o cónyuge/conviviente	18 – 70	xxxxx	xxxxx	xxxxx

Cobertura Adicional	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Renta Hospitalaria por Accidente en Cuidados Intensivos	xxxxx	xxxxx	xxxxx

Primas Comerciales + IGV por Plan

Asegurado	Edad	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Hijo	14 – 23	xxxxx	xxxxx	xxxxx
Titular o cónyuge / conviviente	18 – 70	xxxxx	xxxxx	xxxxx

Prima comercial: XXX

Cobertura Adicional	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Renta Hospitalaria por Accidentes en Cuidados Intensivos	xxxxx	xxxxx	xxxxx

Prima comercial: XXX

Forma de Pago de la Prima

Con cargo (mensual en caso de prima fraccionada / anual) en la Tarjeta de Crédito del Banco Falabella del Asegurado Titular

TCEA: XX% en caso de pago fraccionado.

La prima comercial incluye:

Cargos de Agenciamiento por la intermediación de corredores: XXXX (si fuera el caso)

Cargos por la contratación de comercializadores: XXXX (si fuera el caso)

Cargo por agenciamiento por la contratación de promotores de seguros: XX

Bonificaciones

Bonificaciones y premios para corredores o comercializadores: No aplican

Periodo de Gracia

No aplica

Medios de Comunicación Pactados

(Físico, electrónico o comunicaciones telefónicas)

Cláusula Adicional

Renta hospitalaria por accidente en cuidados intensivos

Corredor: XXXXX

N° Reg. Oficial de Corredor de seguros: XXXX

__ de ____ de xxxx

Chubb Seguros Perú S.A.
RUC 20390625007

MODELO