

## Seguro de Accidentes

### Condiciones Particulares

Código SBS AE2036100025. 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](mailto:atencion.seguros@chubb.com)  
Página Web: [www.chubb.com/pe](http://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 9° del Condicionado General, lo que ocurra primero.  
Moneda: S/                      US\$

#### 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	xxxxxx	xxx
Invalidez Total y Permanente por Accidente			
Coberturas Adicionales	Beneficio	Límites	Forma de Indemnización
xxxx	xxxx	xxxxxx	xxx
xxxx	xxxx	xxxx	xxx

**Periodo de Carencia:** xxx días calendarios (Aplica para determinadas cláusulas adicionales)

**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 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

#### Periodo de 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

## 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 several overlapping loops and a final vertical stroke, positioned above a horizontal line.

\_\_\_\_\_  
Chubb Seguros Perú S.A.

\_\_\_\_\_  
Contratante / Asegurado Titular