

## 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. <a href="mailto:seguros@chubb.com">seguros@chubb.com</a>	
Página web: <a href="http://www.chubb.com/pe">www.chubb.com/pe</a>	

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	XXXX	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