

**Microseguro Lentes Protegidos**

**Condiciones Particulares**

Código SBS N° RG2035900155  
 Póliza N°:

**Datos Generales de la Póliza**

Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_ Fin de Vigencia: \_\_\_\_\_  
 Renovación: \_\_\_\_\_

**Datos de la Compañía**

Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A RUC: 20390625007  
 Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267, Int 402, San Isidro Teléfono: 417 -5000 / 399-1212  
 Correo electrónico: [atención.seguros@chubb.com](mailto:atención.seguros@chubb.com) Web: www.chubb.com/pe

**Contratante**

Razón Social/Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo y N° de Documento de Identidad: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Comercializador**

Razón Social/Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo y N° de Documento de Identidad: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Corredor de Seguros**

Razón Social/Nombre: \_\_\_\_\_ Comisión \_\_\_\_\_  
 N° de Registro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Asegurado**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Doc. De Identidad: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_

**Eventos Asegurados**

<b>Cobertura Principal</b>	<b>Condiciones</b>
<b>Daño Accidental</b>	Suma Asegurada: Deducible:
<b>Robo</b>	Suma Asegurada: Deducible:
<b>Hurto</b>	Suma Asegurada: Deducible:

**Todas las coberturas se limitan al costo real del artículo, con exclusión de entrega y costos de transporte que pudieran generarse.**

**Prima Total, forma y plazo para el pago**

Prima Comercial (\*)

Prima Comercial + IGV	
Forma y Plazo para el Pago	
(*) La prima comercial incluye: Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:	

### Establecimiento Comercial Afiliado

xx

### Bien Asegurado

xx

### Beneficiario

EL ASEGURADO

### Importante

1. Las comunicaciones cursadas por los ASEGURADOS al Comercializador, sobre aspectos relacionados al microseguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA.
2. Todo pago realizado por el ASEGURADO, o terceros encargados, al Comercializador con respecto al microseguro contratado se considerará abonado a LA COMPAÑÍA.
3. La COMPAÑÍA es responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización del microseguro en que incurra el Comercializador y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los ASEGURADOS.
4. El ASEGURADO tiene derecho a tener acceso o solicitar copia de la póliza del microseguro indicado en el presente documento. En dicho contexto, se deberá dar atención a la solicitud en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la fecha en que la COMPAÑÍA o el Comercializador reciben la solicitud del ASEGURADO.
5. El presente seguro no se renueva automáticamente, culminando sus efectos en la fecha de vencimiento correspondiente.

### Declaración

El CONTRATANTE declara y firma el presente documento en señal de haber tomado conocimiento directo y de haber recibido las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a cuyas estipulaciones queda sometido este microseguro, las cuales se encuentran disponibles en la página web de la COMPAÑÍA [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

### Fecha de Emisión:

-----  
**Chubb Seguros Perú S.A.**

-----  
**Contratante**