

## Multiseguro Emprendedor – Hospitalización Soles, Dólares

Condiciones Particulares

**Póliza No: XXX**

**Código Reg. SBS N° AE2036400088 Adecuado a la ley 29946 y sus normas reglamentarias**

### Datos Generales de la Póliza

Póliza N° XXXXX

**Inicio de Vigencia:** Las 12 hrs del (dd/mm/aaaa)

**Fin de Vigencia:** Las 12 hrs del (dd/mm/aaaa) o cuando el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero, salvo que la Póliza se haya venido renovando automáticamente en forma sucesiva e ininterrumpida durante un periodo de cinco (5) años.

**Periodo de Carencia:**

**Fecha de Emisión :**

**Vigencia:** Anual

**Renovación:** XXX

**Corredor de Seguros:**

**Código del Corredor:**

### Contratante – Persona Jurídica

**Razón Social o Denominación Social:**

**Dirección:**

**Provincia:**

**Teléfono:**

**Representante Legal:**

**RUC:**

**Distrito:**

**Departamento:**

**Correo Electrónico**

**Objeto Social:**

### Contratante – Persona Natural

**Nombre:**

**Lugar de Nacimiento:**

**Nacionalidad:**

**Dirección:**

**Provincia:**

**Teléfono:**

**DNI / CE:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Distrito:**

**Departamento:**

**Correo Electrónico:**

### Asegurado

**Nombre:**

**Lugar de Nacimiento:**

**Nacionalidad:**

**Dirección:**

**Provincia:**

**Teléfono:**

**Relación con el Contratante:**

**DNI / CE:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Distrito:**

**Departamento:**

**Correo Electrónico:**

### Beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Relación con el Asegurado	Porcentaje
1.				
2.				

<b>3.</b>				
<b>4.</b>				

**Cobertura y sumas aseguradas**

<b>COBERTURA</b>	<b>BENEFICIO</b>
Renta por Hospitalización (Diario – Máximo 365 días)	\$ / S/
Renta por Cuidados Intensivos (Diario – Máximo 365 días)	\$ / S/
Muerte Accidental	\$ / S/

**Prima Comercial**

**Prima Comercial: XXX**  
**Prima Comercial + IGV: XXXX**

**Lugar y Forma de Pago:** La cuota de pago de la prima será pagada de la siguiente manera: (se señalará una forma)

- Cargada en forma mensual en la cuota del crédito que tiene aprobado el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con el Banco \_\_\_\_\_.
- En efectivo \_\_\_\_\_
- Con cargo en tarjeta de crédito o cuenta: \_\_\_\_\_

La falta de pago de las cuotas de crédito en las fechas de pago establecidas dará lugar a la resolución del contrato, siguiendo el procedimiento establecido en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

**TCEA: XXX% (en caso de prima fraccionada)**

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)

**Criterios para la actualización de las primas:**

Edad del ASEGURADO alcanzada en cada renovación  
**XXXX**  
**XXXX**

**Estimación de la evolución de la prima:**

<b>Rango de Edad (años)</b>	<b>% del Valor de la Prima</b>
<b>65 – 69</b>	<b>100%</b>
<b>70 – 79</b>	<b>200%</b>
<b>80 a más</b>	<b>250%</b>

En caso el ASEGURADO haya venido renovando su seguro en forma ininterrumpida por un periodo mínimo de cinco (5) años y supere la edad máxima de permanencia, el nuevo monto de prima será asignado en la siguiente renovación del seguro cuando el ASEGURADO cambie de rango de edad según el cuadro indicado,.

**Beneficios Adicionales (pueden no otorgarse todos los beneficios indicados)**

**Programa de Asistencia Médica:** Los servicios cubiertos por este Programa son los siguientes :

- Servicio de Orientación Médica Telefónica;
- Servicio de Consulta Médica a Domicilio;
- Servicio de Entrega de Medicinas a Domicilio;
- Servicio de Toma de Muestras para Laboratorio a Domicilio;
- Consulta Médica con Especialistas;
- Servicio de Traslado en Ambulancia por Emergencia;
- Servicio de Asistencia Dental.

**Medios de Comunicación pactados**

Físicos, electrónicos / telefónicos, salvo que la norma disponga un medio de comunicación específico.

**Importante**

- a) Las comunicaciones cursadas por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO a la empresa del sistema financiero/comercializador que comercializa este seguro, por asuntos relacionados con la Póliza de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a Chubb Seguros Perú S.A. Asimismo los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO a la empresa del sistema financiero/comercializador se consideran abonados a la COMPAÑÍA (Chubb Seguros Perú S.A.)
- b) La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- c) La COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra la empresa del sistema financiero/comercializador, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017..

Fecha de Emisión: XXXX

---

**Chubb Seguros Perú S.A.**