

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Condiciones Particulares

Póliza No.

Código Reg. SBS RG2035300165

Contratante			
RUC:			
Correo electrónico:		Teléfono:	
Dirección:			
Departamento:		Distrito:	
Asegurado			
RUC:			
Correo electrónico:		Teléfono:	
Dirección:			
Departamento:		Distrito:	
Ramo	Póliza	Endoso	Renovación

Entre Chubb Seguros Perú S.A. en adelante la COMPAÑIA y el Contratante/Asegurado, se celebra este Contrato de Seguro sujeto a las Condiciones Generales, Particulares, Especiales y Cláusulas Adicionales que se detallan en esta póliza. Los anexos forman parte integrante de la misma, cuando así se indique.	Vigencia	
	Desde las 12 Hrs. Del xx / xx / 20xx	Hasta las 12 Hrs. Del xx / xx / 20xx

Moneda	Suma Asegurada
XXXX	XXX

Prima Comercial	Prima Comercial + IGV
XXXX	XXX

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)
-

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores (si fuera el caso): xxx

Esta póliza contiene garantías que condicionan el Riesgo:

SI ___ NO ___

Cláusulas y/o Anexos
XXXX XXXX

Corredor de Seguros	Comisión de Agenciamiento
Código y Nombre del Corredor	XXX

Emisión: ___XXX

San Isidro, __de ___ de 20__

Las condiciones particulares continúan en las siguientes páginas.



Chubb Seguros Perú S.A.
Juan Carlos Puyo

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara haber tenido a su disposición de manera previa a la contratación de este seguro, las condiciones generales de contratación comunes, las
--

condiciones generales, condiciones especiales y cláusulas adicionales que aplican a este seguro.

Continuación de Condiciones Particulares

Datos Adicionales:

Contratante

Objeto social y actividad económica principal:

Identificación de los administradores considerando la información requerida para las personas naturales:

Asegurado

Nombre del centro de labores, cargo que ocupa y tiempo de servicios, de ser el caso:

Objeto social y actividad económica principal: (en caso de persona jurídica)

Identificación de los administradores considerando la información requerida para las personas naturales:

Forma de pago de la prima: XXXX

Especialidad Médica Profesional Cubierta conforme a esta Póliza:

Límite de Responsabilidad:

Para una y/o todas las PÉRDIDAS en conjunto que conforme a esta póliza se encuentren cubiertas y/o que resulten de una RECLAMACIÓN o de la suma de todas las RECLAMACIONES y de manera única y combinada por todas las coberturas.

Fecha de Retroactividad:

Reconocimiento de Antigüedad:

Deducibles:

Fecha de Reclamaciones Pendientes y Anteriores:

Jurisdicción:

Delimitación Territorial:

Prórroga de Notificaciones:

Vigencia xxxxxxxx Prima xxxxxxxx

Endosos, cláusulas y condiciones especiales:

XXXX

Clausula Adicionales

XXX

Medios de Comunicación Pactados:

Comunicación física, electrónica y telefónica.

Existencia de Dos Pólizas

Si existen dos pólizas sobre el mismo riesgo es aplicable el artículo 90° de la Ley 29946

Cláusula de Exclusion Office Of Foreign Asset Control (OFAC)

Este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones prohíban a la COMPAÑÍA a proporcionar el seguro, incluido

entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la Póliza no se modifican.

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.**

Fecha de emisión en la Ciudad de Lima a ___del mes de ___de 20__.

Firmas: