



Chubb Seguros Perú S.A  
Calle Amador Merino Reyna 267,  
Of.402  
San Isidro – Lima 27  
Perú

O (511) 417-5000  
F (511) 221-3313  
www.chubb.com/p  
e

## Seguro de Gestión contra Riesgos Cibernéticos

### Solicitud de Seguro

#### 1. Datos de la Empresa

Razón Social: Chubb Seguros Perú  
RUC 20390625007  
Dirección: Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro  
Teléfono: (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174  
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com  
Página Web: <http://www.chubb.com/pe>

#### 2. Datos del Contratante

Persona Jurídica  
Razón Social / Denominación Social: RUC:  
Correo electrónico Teléfono  
Dirección:  
Distrito:

Persona Natural:  
Nombres y Apellidos: DNI:  
Correo electrónico: Teléfono:  
Dirección: Distrito:  
Departamento:

#### 3. Asegurado

Nombres y Apellidos: DNI:  
Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa  
Nacionalidad: Edad:  
Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):  
Teléfono Correo Electrónico:  
Profesión/Ocupación: Relación con el CONTRATANTE:

#### 4. Coberturas, Sumas Aseguradas y Primas Comerciales

<b>Coberturas Principales</b>	<b>US \$</b>	<b>S/</b>	<b>Suma Asegurada</b>
Responsabilidad por Privacidad	US \$	S/	
Responsabilidad por Seguridad de la Red		US \$	S/
Responsabilidad por Contenidos Electrónicos	US \$	S/	
<b>Pérdidas Propias</b>			
Cyber Extorsión		US \$	S/
Pérdida de Activos Digitales	US \$	S/	
Interrupción del Negocio	US \$	S/	

#### 5. Primas

Prima Comercial: XXXX  
Prima Comercial + IGV: XXX  
Periodicidad de Pago: mensual

Distribución de la prima comercial  
Coberturas Principales: XXX

## 6. Cargo en tarjeta /cuenta del ASEGURADO TITULAR

Sírvase cargar en mi tarjeta/ cuenta, la cuota mensual de mi seguro de Accidentes que he decidido pagar según el plan elegido. Los débitos mensuales serán efectuados al tipo de cambio del día de cargo en cuenta, en caso la moneda de la cuenta o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

**TARJETA/CUENTA  
Nro.:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oficina: \_\_\_\_\_

Vendedor: \_\_\_\_\_

Código de Vendedor: \_\_\_\_\_

## 7. Importante

1. Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE / ASEGURADO Titular al comercializador, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a la COMPAÑÍA (empresa de seguros). De igual manera, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a la compañía en la misma fecha de su realización..
2. La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE / ASEGURADO de la cobertura contratada.
3. La COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador, sin perjuicio de las responsabilidades que le corresponden.
4. El atraso en el pago de cualquiera de las cuotas así como la cancelación o la expiración sin renovación de la Tarjeta/ Cuenta que imposibilita el cobro de las cuotas generará la extinción del contrato de seguro a los 90 días de su vencimiento.
5. El Solicitante declara que la información que ha proporcionado en la presente Solicitud, es verdadera y que no omitido información intencionalmente. Chubb Seguros se obliga a entregar la póliza de seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de 15 días calendario de haber solicitado el seguro, si no media rechazo previo de la solicitud o no se solicitó información adicional.
6. Chubb Seguros Perú S.A. / RUC: 20390625007 / Dirección: Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro /Telf. 417-5000 / Fax: 422-7174

## 8. Medios de Comunicación Pactados

Físicos, electrónicos y/o comunicaciones telefónicas, salvo que la norma legal establezca un medio de comunicación distinto, conforme constará en el documento Condiciones Particulares.

## 9. Autorización para Uso de Medios de Comunicación

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento. Se precisa que las comunicaciones telefónicas sólo procederán en caso no se haya pactado, o la norma no requiera, que la comunicación deba ser realizada por escrito.

## 10. Declaración

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento. Se precisa que las comunicaciones telefónicas sólo procederán en caso no se haya pactado, o la norma no requiera, que la comunicación deba ser realizada por escrito.

## 11. Autorización de Uso de Datos Personales

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR autoriza de forma expresa a Chubb Seguros Perú S.A., el uso de los datos personales proporcionados en la contratación del presente seguro, para fines comerciales, tales como el envío de publicidad, promociones y ventas de diferentes productos o servicios, así como para la transferencia (entre entidades que forman parte de Chubb Group) y tratamiento de dichos datos personales. Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

---

Fecha de Solicitud

---

Firma del Contratante

---

Asegurado Titular