

## Seguro de Vida

### Solicitud de Seguro

Código SBS N° VI2038000026

#### Datos de la Empresa de Seguros

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>

#### Datos del Comercializador

Razón Social / Denominación Social:

RUC:

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

Representante Legal:

Objeto Social:

Correo Electrónico:

#### Datos del Contratante

##### Persona Natural

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Tipo y Número de documento de Identidad:

Lugar de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa

Nacionalidad:

Edad:

Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):

Teléfono:

Profesión/Ocupación:

##### Personas Jurídicas

Razón Social / Denominación Social:

RUC:

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

Representante Legal:

Objeto Social:

Correo Electrónico:

#### Datos del 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:

#### Condiciones para ser Asegurado

Edad de Ingreso y permanencia:

ASEGURADO Titular y/o Cónyuge: desde los 18 años hasta los 60 y 364 días de edad.

Pueden permanecer asegurados hasta la edad de 64 años y 364 días.

### Coberturas, Sumas Aseguradas y Prima Comercial

Muerte Natural : XXXX  
Muerte Accidental : XXXX

Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: XXXX

Cobertura Adicional :  
Sepelio :

Prima Comercial : XXXX

Prima Comercial + IGV :XXXX

Periodicidad de Pago: única/mensual/anual  
Forma de Pago: XXXXX

### Beneficiarios para la Cobertura de Muerte

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	%

### Cargo en Tarjeta de Crédito / Cuenta del Asegurado / Contratante

Sírvase cargar en mi tarjeta/ Cuenta, la cuota de mi seguro de Vida según el plan elegido. El atraso en el pago de cualquier cuota mensual por un plazo de noventa (90) días dará lugar a la extinción del contrato de seguro. La cancelación o la expiración sin renovación de la Tarjeta/Cuenta deberá ser comunicada por el ASEGURADO/CONTRATANTE a la COMPAÑÍA, siendo su responsabilidad el que pueda cargarse la cuota en la tarjeta de crédito proporcionada por él. Los débitos mensuales serán efectuados al T.C. del día de cargo en cuenta.

**Tarjeta de Crédito /  
Cuenta Nro.:**

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

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

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

Código de Vendedor: \_\_\_\_\_

### Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas o por correo electrónico, y comunicaciones telefónicas, salvo que la normatividad disponga una formalidad específica para realizar la comunicación.

### Declaración

El CONTRATANTE declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, las condiciones generales de contratación comunes, las condiciones generales, condiciones especiales y cláusulas adicionales del seguro que solicita.

### Autorización para Uso de Datos Personales

El CONTRATANTE y EL ASEGURADO 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

### **Importante**

1. Podrán asegurarse las personas comprendidas entre los dieciocho (18) años y los sesenta (60) años de edad inclusive.
2. Chubb Seguros Perú S.A. se obliga a entregar la Póliza y/o Certificados de Seguro al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, dentro del plazo de quince (15) días calendarios.
3. En caso este seguro se comercialice a través de empresas del sistema financiero, Chubb Seguros Perú S.A. se hace responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de la Póliza de Seguros.

### **Declaración Jurada y Autorización para revelar Información Médica (solamente para efectos del Asegurado)**

Declaro bajo juramento que gozo de buena salud, no padezco enfermedad alguna diagnosticada y conocida, y que las respuestas proporcionadas en esta Solicitud son verídicas y completas.

Asimismo, reconozco que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud No. 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

---

Fecha de Solicitud

---

Firma del Contratante/ Asegurado Titular