

Fecha de Solicitud

--	--	--

Seguro Familia Protegida

Solicitud de Seguro

La Compañía

Cia de Seguros: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro	
Teléfono: 417-5000	Fac: 221-3313
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com	
Página web: www.chubb.com/pe	

Datos del Contratante

Razón Social					
RUC	Teléfono				
No.:					
Dirección			Distrito	Departamento	Provincia
Correo electrónico					

Datos del Asegurado

Nombres		Apellido Paterno			Apellido Materno	
1.DNI <input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Profesión / Ocupación	Señas Particulares	Nacionalidad	Teléfono
2.CE <input type="text"/>	/					
No.:	/					
Dirección			Distrito	Departamento	Provincia	
Correo electrónico						
Sistemas de Pensiones						
<input type="checkbox"/> DNP <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> Otro Especificar:						
Centro Laboral Actual	Antigüedad Laboral	Cargo	Dependiente <input type="checkbox"/> Independier <input type="checkbox"/>			
	Años <input type="text"/>		Otro <input type="checkbox"/> Indicar			
	Meses <input type="text"/>					

Cuenta bancaria: Banco:

Número cuenta:

Beneficiarios para la Cobertura de Muerte Accidental

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	%

Lugar donde se encuentran los Bienes a Asegurar

Dirección	Distrito	Departamento	Provincia

Documentos a Presentar antes de Ocurrido el Siniestro: (aplicable para la cobertura de INCENDIO Y/O RAYO, a fin de probar la pre-existencia y valores indemnizables de los bienes asegurados siniestrados)

- a) Comprobante o factura de compra del bien siniestrado en el que se indique la descripción del bien, la fecha de compra y el monto pagado por el mismo.
- b) En caso el ASEGURADO no cuente con el documento que acredite la propiedad y/o el valor de compra del bien siniestrado, por el hecho de haberlo extraviado, de haber adquirido el bien sin un comprobante de compra o de haberlo recibido como obsequio, herencia o cualquier otra modalidad que normalmente no le permita tener una constancia de la propiedad y del valor del bien, podrá optar por cualquiera de las siguientes alternativas:
 - 1 Antes de ocurrido el siniestro, presentar a la COMPAÑIA una relación de este tipo de bienes, incluyendo lo siguiente para cada bien:
 - a) Descripción de las características del bien, que permitan identificarlo claramente y diferenciarlo de cualquier otro bien similar.
 - b) Fecha aproximada de fabricación del bien y la fecha aproximada en que pasó a posesión o propiedad del ASEGURADO.
 - c) Fotografía del bien, impresa o digital, tomada del lugar donde se encuentran los bienes ASEGURADOS, que pueda ser fácilmente identificado por el ajustador o perito que designe la COMPAÑIA al momento de un siniestro.
 - 2 Después de ocurrido el siniestro, presentar a la COMPAÑIA, toda la información indicada en el punto 1 en caso no lo hubiese presentado antes de la ocurrencia del siniestro, adjuntando además una declaración jurada que certifique la veracidad de dicha información. La COMPAÑIA se reserva el derecho de ejercer las acciones legales respectivas en caso se demuestre cualquier acto doloso vinculado con la veracidad de esta información.
- c) Si el ASEGURADO no cumple con los requisitos indicados en los puntos 1 o 2, sólo podrá ser indemnizado si el ajustador o perito designado por la COMPAÑIA considera que existen pruebas razonables de la pre-existencia del bien. En dicho caso:
 - c.1) El monto a indemnizar será aquel que el ajustador o perito estime adecuado, el cual no podrá exceder de US \$ 100.00 por objeto o de US \$ 1,000.00 en el conjunto de todos los bienes que tengan esta situación.
 - c.2) Se aclara que estos montos no modifican ni amplían los límites de indemnización indicados en las Condiciones Particulares.

Autorización para Cargo en Cuenta

El ASEGURADO autoriza que las cuotas de la prima se cargue en su cuenta bancaria señalada a continuación:

Banco: XXX

Número y tipo de cuenta: XX

Medios De Comunicaciones Pactados (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro)
Comunicaciones escritas (Físicos o electrónicas) o por teléfono, salvo que la normatividad exija la forma escrita.

Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento.

Declaración

El Contratante y el ASEGURADO declaran que han tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, las Cláusulas Generales de contratación comunes a los seguros de Riesgos Generales, las condiciones generales, condiciones especiales y cláusulas adicionales del seguro que solicita, a través de la página web de la COMPAÑÍA.

Autorización para Uso de Datos Personales

El (la) señor(a) 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”.

Declaración

- El Solicitante manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de manera voluntaria, en señal de lo cual suscribe la presente solicitud.
- Asimismo, el Solicitante declara no padecer, o haber padecido, o haber sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes enfermedades: **Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal, Derrame Cerebral, Enfermedad Psiquiátrica, Esclerosis Múltiple, Lupus, Enfermedad del Tipo Conjuntivo, Enfermedad Inmunológica, SIDA o enfermedades relacionadas al HIV, Cirrosis, Infarto al miocardio, Parálisis o tener alguna discapacidad física certificada por la CONADIS, ni haber padecido de alcoholismo, adicción a las drogas, uso de estupefacientes, alucinógenos o cualquier otra sustancia similar.**
- Por este documento el Solicitante autoriza a Chubb Seguros Perú a solicitar a los centros hospitalarios y/o médicos sin restricción alguna, cualquier información y hacer cualquier verificación que eventualmente sea necesaria para el pago de cualquier siniestro cubierto por este seguro. Asimismo autoriza a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministre a Chubb Seguros Perú, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de su historia clínica o cualquier documento o informe médico sobre su salud o historial médico, dispensándolos del secreto profesional.

Importante

- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza de Seguro a la COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de su solicitud.
- La COMPAÑÍA deberá entregar los certificados de seguro al CONTRATANTE, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber presentado las respectivas solicitudes de seguros.
- En el caso que este seguro se comercialice a través de empresas del sistema financiero, la COMPAÑÍA 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.

FIRMA DEL SOLICITANTE / ASEGURADO

MODELO