

Hospitalización Por Accidentes - Dólares

Solicitud de Seguro

Código SBS: AE2036120023

Datos del Contratante

Persona Natural

Nombres y Apellidos:

Dirección:

Provincia:

Teléfono:

Tipo y Nro. de Doc. de Identidad:

Distrito :

Departamento:

Correo electrónico:

Persona Jurídica

Razón Social / Denominación Social:

Dirección:

Distrito:

Departamento :

Representante Legal:

Correo Electrónico

RUC:

Provincia:

Teléfono:

Objeto Social:

Datos del Asegurado

Apellido Paterno:

Nombres:

Lugar de Nacimiento:

Domicilio (Calle/Nro./ Distrito/ Provincia/

Departamento):

Nacionalidad:

Profesión/ Ocupación:

Cargo:

Relación con el Contratante:

Apellido Materno:

Tipo y Número de Documento de Identidad:

Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa

Teléfono:

Centro Laboral:

Correo Electrónico:

Requisitos para ser Asegurado

Edad de Ingreso y permanencia:

ASEGURADO Titular y/o Cónyuge: desde los 18 años hasta los 64 y 364 días de edad.

Pueden permanecer asegurados hasta la edad de 69 años y 364 días.

Los hijos reconocidos o legalmente adoptados y solteros, desde los 14 años y que no hayan cumplido 20 años de edad, o en el caso que se encuentren estudiando que no hayan cumplido los 23 años de edad.

Cobertura y Suma Asegurada

Renta Hospitalaria

US\$ XXXXPor cada 24 horas continuas de internamiento en una Institución Hospitalaria.
hasta un máximo de 365 días por año.

Prima Comercial

Prima Comercial: XXX
Prima Comercial + IGV: XXX
TCEA: XX%

La prima comercial incluye:
Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores: XXX (en caso corresponda)
Cargos por la contratación de comercializadores: XXX (en caso corresponda)

Declaración Jurada del Asegurado

Declaro bajo juramento que me encuentro en buen estado de salud y que la información proporcionada en esta Solicitud es verídica y completa y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad hecha con dolo o culpa inexcusable hace nulo el contrato de seguro y en consecuencia toda obligación de Chubb Seguros Perú S.A.

Medios de Comunicación Pactados

(para informar al CONTRATANTE / ASEGURADO cualquier aspecto relacionado con el seguro): escritas (físicas o electrónicas) / telefónicas, salvo los casos en los que la norma dispone de una formalidad específica para realizar la comunicación.

Autorización para Uso de Medio de Comunicación

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

Declaración

El CONTRATANTE / ASEGURADO declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita si lo hubiere, a través de la página web de la COMPAÑÍA (<http://www.chubb.com/pe>), así como de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos Privadas de Pensiones: www.sbs.gob.pe

Autorización para Uso de Datos Personales del Contratante/ Asegurado

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 sus diferentes productos o servicios, así como para la transferencia (entre entidades que forman parte de Chubb Group) y tratamiento de dichos datos personales”.

Fecha de Solicitud

Firma del Contratante / Asegurado

DATOS DE Chubb Seguros Perú

RUC 20390625007, Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro

Teléfono: (51-1) 417-5000

Fax (51-1) 422-7174

atencion.seguros@chubb.com

<http://www.chubb.com/pe>