

Indemnización por Diagnóstico de Cáncer**Solicitud de Seguro**

Cód. de Reg. SBS: AE2036400034 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Datos de la Compañía

Denominación Social: Chubb Seguros Perú
Dirección: Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro
Teléfono: (51-1) 417-5000
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com
www.chubb.com/pe

Datos del Contratante**Persona Natural:**

Nombre: DNI :
Lugar de Nacimiento : Fecha de Nacimiento
Dirección : Distrito :
Provincia : Departamento :
Teléfono :
Correo Electrónico:

Persona Jurídica

Razón Social ó Denominación Social
RUC :
Dirección :
Distrito : Provincia :
Departamento : Teléfono :
Correo Electrónico

Datos del Asegurado Titular

Apellido Paterno:
Apellido Materno:
Nombres:
Tipo y Número de documento de Identidad:
Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa
Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):
Teléfono:
Correo Electrónico

Datos de los Asegurados Adicionales

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres	Tipo y No. Doc. Identidad	Lugar y Fecha Nac.	Relación con el Asegurado Titular

Primas Comerciales**Planes:**

COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES			
Cobertura Principal	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Indemnización por diagnóstico de Cáncer (Periodo de Carencia: xx días)	xx	xx	xx
Cobertura Adicional			
xxx	xxx	xxx	xxx
Prima Comercial + IGV (Mensual)	xxx	xxx	xxx
Seleccione Plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prima comercial + IGV: (ver cuadro)

Rango de Edades	Plan 1	Plan 2	Plan 3
0 - 34	xx	xx	xx
35 - 44	xx	xx	xx
45 - 54	xx	xx	xx
55 - 64	xx	xx	xx
65 - 69	xx	xx	xx

La prima comercial incluye:

Cargos de Agenciamiento por la intermediación de corredores: XXXX (monto)/ XX% (si fuera el caso)

Cargos por la contratación de Promotores: XXXX (monto)/ XX% (si fuera el caso)

Cargos por la contratación de comercializadores: XXXX (monto)/ XX% (si fuera el caso)

Periodicidad de pago: xx

Lugar u Forma de Pago: XX

Cuotas: XX

TCEA: XX%

En caso el seguro se cargue en una tarjeta o cuenta:

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO Titular indicada en el presente documento, las primas se cargarán mensualmente en la tarjeta/cuenta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la tarjeta/cuenta designada o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar re-intento de cargo en la siguiente fecha predeterminada.
- Si luego de dicho re-intento no se hubiera podido cargar la cuota correspondiente entonces se realizará nuevo intento en la siguiente fecha de cargo predeterminada con la prima del mes pendiente más la cuota del mes en curso.

Si luego de estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes al Seguro, el contrato de seguro se extinguirá cumplidos los 90 días desde la primera cuota impaga.

- La cuota de la prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro. La cotización y cuotas mensuales consideran los impuestos vigentes al momento de su emisión.

Beneficiarios		
Nombres	Relación con el Asegurado Titular	%

MEDIOS DE COMUNICACIÓN PACTADOS (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro):

Físicos, electrónicos / telefónicos.

Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO Titular acepta expresamente que el medio que usarán las partes 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 y/o ASEGURADO Titular 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 Asistencia Médica, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y cláusulas adicionales del seguro que solicita, pudiendo acceder a la página web de la COMPAÑÍA. <http://www.chubb.com/pe>) o a través de la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s: www.sbs.gob.pe.

Autorización para Uso de Datos Personales

El(la) 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”.

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 bancaseguros 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.

Autorización para revelar Información Médica del ASEGURADO TITULAR / CONTRATANTE

Reconozco que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 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 Asegurado Titular

Firma del Contratante