

Microseguro de Accidentes Personales

Solicitud de Microseguro

Código SBS AE2036100132

Datos del Contratante (persona natural)

Nombres y Apellidos:
 Tipo y N° de Documento:
 Sexo:
 Nacionalidad:
 Dirección:
 Distrito/Prov./Depart.:
 Teléfono(s):

Fecha de Nacimiento:
 Profesión u ocupación:
 Señas Particulares:
 Correo electrónico:

Datos del Contratante (persona jurídica)

Razón Social:
 RUC:
 Dirección:
 Distrito:
 Departamento:
 Representante Legal:
 Correo electrónico:

Provincia:
 Teléfono:
 Objeto Social:

Datos del Comercializador

Razón Social:
 RUC:
 Dirección:
 Distrito:
 Departamento:
 Representante Legal:
 Correo electrónico:

Provincia:
 Teléfono:
 Objeto Social:

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos:
 Documento de Identidad:
 Fecha de nacimiento:
 Dirección:

Requisitos para ser Asegurado

La afiliación es sólo válida para personas con edades entre los 18 años y los 64 años (inclusive), pudiendo permanecer aseguradas hasta la edad de sesenta y nueve (69) años (inclusive). Por lo tanto dejarán de estar aseguradas, en forma automática, aquellas personas que cumplan setenta (70) años de edad.

Coberturas			
Cobertura Principal	Suma Asegurada		
	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Muerte Accidental	S/.	S/.	S/.

Coberturas Adicionales			
XXXXXX	S/.	S/.	S/.
XXXXXX	S/.	S/.	S/.
XXXXXX	S/.	S/.	S/.
XXXXXX	S/.	S/.	S/.
XXXXXX	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Prima Comercial: S/.			
Prima Comercial + IGV: S/.			
Periodicidad de pago:			
TCEA: XX%			
Forma de Pago:			

Beneficiario			
Nombres y Apellidos	Parentesco	Porcentaje	Cláusula Adicional
1.			XXXX
2.			XXXX
3.			XXXX
4.			XXXX

Cargo en Tarjeta o Cuenta

Sírvase cargar en mi tarjeta/cuenta, la cuota mensual de mi Microseguro de Accidentes Personales que he decidido pagar.

El pago de la prima se efectuará en la forma y plazo establecido en en presente documento, no obstante el ASEGURADO gozará de un Periodo de Gracia de treinta (30) días calendarios para pagar cualquier prima vencida. Durante este período, la cobertura permanecerá en pleno vigor. Si al vencimiento del periodo de gracia no ha sido pagada la prima o cuota vencida, esta póliza quedará resuelta de manera automática, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la COMPAÑÍA libre de toda obligación y responsabilidad derivadas de esta Póliza.

Los débitos mensuales, en caso sea en dólares, serán efectuados al tipo de cambio vigente en la fecha de cargo. Para la suspensión del presente cargo y, por consiguiente, el cambio de forma de pago, se deberá comunicar a la Compañía al número indicado en la Cláusula de Atención de Consultas y Reclamos.

TARJETA/CUENTA Nro.:

Moneda: Soles ____ Dólares ____

Las cuotas mensuales se calcularán según los impuestos vigentes a la fecha de cargo.

De acuerdo a la autorización del ASEGURADO, las cuotas se cargarán mensualmente en la tarjeta/cuenta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación según las fechas predeterminadas por el CONTRATANTE.

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-intentos de cargo en las siguientes fechas predeterminadas por el CONTRATANTE, con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en curso.

Importante

- La vigencia de la póliza es anual, con renovación automática por periodos iguales.
- La COMPAÑIA se obliga a entregar la Póliza Simplificada al CONTRATANTE en el momento de la contratación del microseguro.
- La empresa 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 Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
- En caso de modificaciones en la renovación, LA COMPAÑIA deberá dirigir una comunicación al domicilio físico del Contratante.

Medios de Comunicaciones Pactados (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro): físicas o electrónicas / telefónicas.

Autorización para uso de Medios de Comunicación

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

Declaración

El CONTRATANTE declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, Condiciones Especiales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita, accediendo a la página web de la COMPAÑIA: www.chubb.com/pe, o de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's: www.sbs.gob.pe.

Autorización de 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”.

Fecha de Declaración

Firma del Contratante