

Seguro por Muerte Accidental

Solicitud de Seguro

Código SBS AE2036100006: Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Datos del Contratante	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y No. De Documento de Identidad:	Fecha de Nacimiento:
Sexo:	Profesión u Ocupación:
Nacionalidad:	Señas Particulares:
Dirección:	
Distrito / Prov. / Depart.:	
Teléfono(s):	Correo Electrónico:

Datos de Contratante	
Razón Social :	RUC :
Dirección :	DNI:
Distrito :	Provincia :
Departamento :	Teléfono :
Representante Legal :	Objeto Social :
Correo Electrónico :	

Datos del Asegurado Titular (Cliente del Contratante)	
Razón Social :	RUC :
Dirección :	DNI :
Distrito :	Provincia :
Departamento :	Teléfono :
Representante Legal :	Objeto Social :
Correo Electrónico :	

Datos del Asegurado(s) Adicional(es)	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y No. De Documento de Identidad:	Fecha de Nacimiento:
Sexo:	Profesión u Ocupación:
Nacionalidad:	Señas Particulares:
Dirección:	
Distrito / Prov. / Departam.:	
Teléfono(s):	Correo Electrónico:

Requisitos para ser Asegurado

La afiliación es sólo válida para personas con edades entre los 18 años y los 64 años con 364 días, pudiendo permanecer asegurado hasta la edad de 69 años y 364 días.

Coberturas

Cobertura Principal

- Muerte Accidental

Suma Asegurada

US \$ S/

Coberturas Adicionales

- Incapacidad Total y Permanente por Accidente
- Reembolso de Gastos Médicos por Accidentes
- Reembolso del Ticket por Impedimento de Asistencia
- Sepelio por Muerte Accidental

US \$ S/
US \$ S/
US \$ S/
US \$ S/

Prima Comercial : US\$ S/
Prima Comercial + IGV : US\$ S/

Periodicidad de Pago: XXX
TCEA: XX%

Forma de Pago: XXXX

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

La prima comercial incluye:

Cargos de Agenciamiento por la intermediación de corredores: XXXX (si fuera el caso)

Cargos por la contratación de comercializadores: XXXX (si fuera el caso)

Cargo por agenciamiento por la contratación de promotores de seguros: XX (si fuera el caso)

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.

Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las cuotas de la prima correspondientes al Seguro, el contrato de seguro se extinguirá a los 90 días de la fecha de vencimiento de la primera cuota de la prima impaga.

Beneficiarios		
Nombres y Apellidos	Parentesco	%
1.		
2.		
3.		
4.		

Cargo en Tarjeta o Cuenta

Sírvase cargar en mi tarjeta/cuenta, la cuota mensual de mi Seguro por Muerte Accidental que he decidido pagar. El atraso en el pago de cualquiera de estas cuotas por más de 90 días generará la extinción del contrato de seguro. Los débitos mensuales serán efectuados al tipo de cambio vigente en la fecha de cargo.

TARJETA/CUENTA
Nro.:

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

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

Importante

- La vigencia de la póliza es anual, con renovación automática por periodos iguales.
- La COMPAÑIA se obliga a entregar la Póliza al CONTRATANTE y el certificado de seguro al ASEGURADO dentro del plazo de quince (15) días calendario de haberse solicitado el seguro.
- 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.

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, las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los seguros de Accidentes Personales, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita, accediendo a la página web de la COMPAÑÍA: www.chubb.com/pe, o de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's: www.sbs.gob.pe.

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”.

Fecha de Declaración

Firma del Contratante