

Multiseguro Emprendedor – Hospitalización Soles, Dólares

Solicitud De Seguro

Código SBS: AE2036400088 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Contratante (Persona Jurídica)

Razón Social o Denominación Social:
Dirección:
Provincia:
Teléfono:

RUC:
Distrito:
Departamento:

Contratante (Persona Natural)

Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad:
Dirección :
Provincia :
Teléfono :

DNI / CE:
Distrito :
Departamento :
Correo Electrónico :

Asegurado

Nombre:
Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad:
Dirección :
Provincia :
Teléfono :
Relación con el Contratante

DNI / CE:
Distrito :
Departamento :
Correo Electrónico :

Beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Relación con el Asegurado	Porcentaje
1.				
2.				
3.				
4.				

Coberturas y Sumas Aseguradas

Cobertura	Suma Asegurada
Renta por Hospitalización (Diario – Máximo xx días)	XXXX por cada 24 h de internamiento
Renta por Cuidados Intensivos (Diario – Máximo xx días)	XXXX por cada 24 h de internamiento en cuidados intensivos
Muerte Accidental	XXXX

Beneficios Adicionales (se señalarán en las Condiciones Particulares los que la COMPAÑÍA decida otorgar)

-
- xxxx

Prima Comercial

Prima Comercial: XXX
Prima Comercial + IGV: XXX

La prima comercial incluye:

- Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)
- Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)
- Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

TCEA: XX% (en caso de prima fraccionada)

LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

La cuota de pago de la prima será cargada en forma mensual en la cuota del crédito que tiene aprobado el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con el Banco _____. También se podrá pagar en efectivo o con cargo en tarjeta de crédito o cuenta, si así lo establecen las Condiciones Particulares.

Medios de Comunicación Pactados (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro)

Físicos, electrónicos / telefónicos, salvo que la norma legal disponga un medio de comunicación específico.

Autorización para uso de Medio de Comunicación

El CONTRATANTE / ASEGURADO acepta expresamente que los medios que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro son los establecidos en este documento.

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 Asistencia Médica, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita.

Autorización del Contratante / Asegurado para uso de Datos Personales

El CONTRATANTE / ASEGURADO 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.

Otras Declaraciones y Autorizaciones del Contratante / Aseguro

- Confirmando la exactitud y veracidad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado, y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la aceptación del riesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o reticencia de mi parte, implica la nulidad de la póliza, si es que he actuado con dolo y/o con culpa inexcusable.
- Declaro que al momento de firmar el presente documento, me encuentro en buen estado de salud.
- Autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que hubiese atendido o asistido en cualquier dolencia del ASEGURADO a revelar a Chubb Seguros Perú S.A. los antecedentes patológicos u otra información documentada del tratamiento al que haya sido sometido, sin limitación alguna.

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.
- La COMPAÑÍA se obliga a entregar la Póliza de Seguro y/o Certificado de Seguro al CONTRATANTE / ASEGURADO. En caso de pólizas grupales, la COMPAÑÍA entregará los certificados de seguros al CONTRATANTE para que éste los entregue al ASEGURADO. El plazo para la entrega de la Póliza y/o Certificado de Seguro es de 15 días calendarios de haberse solicitado el seguro.

Autorización del Contratante / Asegurado para el Cargo de la Prima

El CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza a la Empresa del Sistema Financiero cargue el costo de la prima del seguro contratado, a favor de la COMPAÑÍA según forma de pago elegida.

Cargo en Disposición de Línea de Crédito Vigente
 Cargo en Cuenta: N° DE CUENTA

Cargo en Tarjeta de Crédito: TARJETA N°

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

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

 Fecha

 Contratante

 Asegurado