

# Póliza de Seguro de Protección por Muerte Accidental

## Solicitud de Seguro

No.: (Pre-Numerado)

Contratante	
Nombre / Razón o Denominación Social:	DNI / CE / RUC :
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad :	Señas Particulares:
Profesión / Ocupación:	Objeto Social :
Dirección :	
Distrito :	Provincia :
Departamento :	Teléfono :
Centro Laboral :	Cargo :
Correo Electrónico:	

Asegurado (llenar si es distinto al Contratante)	
Nombre:	DNI / CE :
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad :	Señas Particulares:
Profesión / Ocupación:	Dirección :
Distrito :	Provincia :
Departamento :	Teléfono :
Centro Laboral :	Cargo :
Relación con el Contratante:	
Correo electrónico:	

Beneficiarios		
<b>Beneficiarios para las Coberturas de Muerte Accidental y Sepelio por Accidente</b>		
Nombres y Apellidos	Parentesco	Porcentaje
<b>Beneficiarios para la Cobertura de Auxilio Educativo</b>		
Nombres y Apellidos	Parentesco	Porcentaje

Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites
<b>Coberturas y Sumas Aseguradas</b>

Los riesgos cubiertos por la presente póliza son:

- a) Muerte Accidental: XXXX
- b) Sepelio por Accidente: XXXX
- c) Auxilio Educativo por Accidente: XXXX mensuales por XX meses por hijo (máx. 2 hijos)

**Coberturas otorgadas mediante Clausulas Adicionales, siempre que hayan sido contratadas**

- a) XXX: XXXX
- b) XXX: XXXX

### Primas Comerciales

**Prima Comercial:**

**Prima Comercial + IGV:**

**Forma de pago de la prima:** con cargo (mensual en caso de prima fraccionada / anual) en la Tarjeta de Crédito del Asegurado

**TCEA:** XX% en caso de pago fraccionado.

**La prima comercial incluye:**

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

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

Cargos por agenciamiento por la contratación de promotores de seguros: XX (monto)/ XX% (si fuera el caso)

### Importante

1. Podrán asegurarse bajo este seguro las Personas Naturales que cumplan con los límites de asegurabilidad en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro.
2. La Póliza tiene vigencia anual y podrá renovarse automáticamente por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno.
3. Chubb Seguros Perú S.A. se obliga a entregar el Certificado de Seguro al ASEGURADO, en el caso de pólizas grupales, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber recibido la solicitud del seguro.
4. La compañía comunicará al contratante, dentro de los 15 días de presentada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.
5. La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
6. 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 banca seguros 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.
7. 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.

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

Comunicaciones físicas, electrónicas y/o telefónicas.

#### Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento. Se precisa que 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. Asimismo, declara que puede acceder a estos documentos mediante la página web de la COMPAÑÍA: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe) así como de la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe).

#### Autorización 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

#### Autorización Acceso a Historia Clínica

El ASEGURADO TITULAR autoriza de forma expresa a LA COMPAÑÍA para acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera con la finalidad de realizar una validación del evento asegurado y los términos señalados en la presente póliza.

\_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud y Emisión

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO(\*)

(\*) en caso sea persona distinta al contratante