

## Familia Segura – Accidentes – Soles, Dólares

### Solicitud de Seguro

Datos de la Empresa de Seguros	
Razón Social: Chubb Seguros Perú	
RUC: 20390625007	
Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 267 Oficina 402 – San Isidro	
Teléfono: (51-1) 417 – 5000 ; Fax: (51-1) 422 – 7174	
Correo electrónico: <a href="mailto:atencion.seguros@chubb.com">atencion.seguros@chubb.com</a>	
Página web: <a href="http://www.chubb.com/pe">http://www.chubb.com/pe</a>	

Datos del Contratante	
Persona Natural	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y N° Doc. Identidad:	Lugar de Nacimiento:
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Correo electrónico:
Persona Jurídica	
Razón Social/ Denominación Social:	RUC:
Dirección:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	Teléfono:
Representante Legal:	
Objeto Social:	Correo electrónico:

Datos del Asegurado Titular	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y N° Doc. Identidad:	Lugar de Nacimiento:
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Correo electrónico:
Relación con el CONTRATANTE:	

Asegurado(s) Adicional(es)	
Nombres y Apellidos:	DNI:
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad:	Edad:
Domicilio (Calle/ Nro/ Distrito/ Provincia/ Departamento):	
Teléfono:	Correo electrónico:
Profesión/ Ocupación:	

Datos del Corredor	
Apellidos y Nombres o Razón Social:	
Registro SBS:	
Comisión:	

Asegurados Adicionales				
Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Fecha Nac.

**Requisitos para ser Asegurado**

Podrán asegurarse las personas comprendidas entre los dieciocho (18) años hasta los sesenta y cuatro (64) años con trescientos sesenta y cuatro (364) días de edad, pudiendo permanecer aseguradas hasta la edad de sesenta y nueve (69) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

**Coberturas y Sumas Aseguradas y Primas Comerciales + IGV  
Pago mensual (marcar el Plan elegido):**

**Titular Solo o Cónyuge/ Conviviente o Padres o Hijos**

Coberturas	Plan 1	Plan 2	Plan 3
<b>Cobertura Principal</b>			
Muerte Accidental	XXX	XXX	XXX
<b>Coberturas Adicionales</b>			
XXXX	XXX	XXX	XXX

**Titular**

Prima Comercial Mensual			
Prima Comercial + IGV Mensual			

**Cónyuge / Conviviente**

Prima Comercial Mensual			
Prima Comercial + IGV Mensual			

**Padres**

Prima Comercial Mensual			
Prima Comercial + IGV Mensual			

**Hijos**

Prima Comercial Mensual			
Prima Comercial + IGV Mensual			

**Plan Elegido: XXXX**

## Beneficiarios (si los hubiere)

Nombres	Apell. Paterno	Apell. Materno	%	Parent.	Rel con el Aseg.	Cob. Adicional
---------	----------------	----------------	---	---------	------------------	----------------

**Medios de Comunicaciones Pactados** (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro): Físicos, vía correo electrónico y/o números telefónicos, salvo que la norma disponga un medio de comunicación específico.

### **Autorización para Uso de Medio de Comunicación**

El CONTRATANTE / ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento.

### **Declaración**

El CONTRATANTE / ASEGURADO declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, las condiciones generales de contratación comunes, las condiciones generales, condiciones especiales y cláusulas adicionales del seguro que solicita.

### **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”.

## Importante

1. La aceptación del riesgo por parte de la COMPAÑÍA está sujeta a la aprobación de la presente solicitud de seguro.
2. Chubb Seguros Perú S.A. se obliga a entregar la Póliza o Certificado al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro.
3. En el caso que este seguro se comercialice a través de empresas del sistema financiero, Chubb Seguros Perú S.A. se hace responsable frente al CONTRATANTE Y/O ASEGURADO de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de la Póliza de Seguros.
4. El atraso en el pago de cualquiera de las cuotas generará la extinción del contrato a los 90 días desde la fecha de vencimiento de la primera cuota impaga.

### **Autorización de Descuento por Planilla (en caso corresponda)**

Por medio de la presente, autorizo a mi Empleador \_\_\_\_\_ con RUC N° \_\_\_\_\_ para que descuente de mi remuneración mensual el valor abajo señalado (al tipo de cambio venta vigente al momento del descuento) para cubrir las cuotas del seguro contratado con Chubb Seguros Perú S.A.

Prima Comercial + IGV Mensual:

Nombre del Empleado:

Tipo y Número de documento de Identidad:

Firma Empleado:

### **Autorización de Cargo en Cuenta o Tarjeta de Crédito (en caso corresponda)**

Autorizo que se realice el descuento en mi planilla o que se cargue en mi cuenta, abajo indicada y bajo las condiciones específicas, el valor de la cuota correspondiente al plan elegido de mi póliza de seguro a favor de Chubb Seguros Perú S.A.

N° de cuenta / Tarjeta de Crédito:  
Banco Emisor:

Cuota Mensual Total:

**Declaración de Salud del Asegurado**

Padece usted de alguna enfermedad grave? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No (Si marca "SI" se evaluará el otorgar el presente seguro).

**Declaración Jurada y Autorización del Asegurado para revelar Información Médica**

Declaro bajo juramento que mi(s) dependiente(s) y yo gozamos de buena salud (entiéndase por esto que no padece de ninguna enfermedad grave) y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad hecha con dolo y/o culpa inexcusable, anula el Seguro y en consecuencia toda obligación de Chubb Seguros Perú S.A.

Asimismo, reconozco que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud No. 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 Contratante/ Asegurado Titular