

**Seguro de Vida El Milagro**

Solicitud de Seguro No. \_\_\_\_\_  
 Código SBS: VI2037200004

**Datos del Contratante**

Nombres y Apellidos:	
Tipo y Número de documento de Identidad:	
Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa	
Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):	
Teléfono:	Correo electrónico:

**Datos de los Asegurados**

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres	Fecha Nac.	Tipo y # de Doc. Identidad	Relación con el Contratante

Correo electrónico: XXX

**Datos de los Beneficiarios**

Designar un beneficiario por cada asegurado, respetando el orden indicado en el cuadro anterior.

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres	Relación con el Asegurado	%

**Coberturas Principales y Sumas Aseguradas**

Muerte Natural: xxx  
 Muerte Accidental: xxx

**Coberturas Adicionales y Sumas Aseguradas:**  
XXXX

**Datos del Corredor**

- Nombre o Razón Social:
- Registro SBS N°:
- Dirección:

## Importante

1. La información contenida en este Certificado de Seguro es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación comunes a los seguros de Vida.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro colectivo a la Empresa de Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
3. En el caso que este seguro se comercialice a través de un comercializador, 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 el comercializador con motivo de la comercialización de la Póliza de Seguros, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden, de conformidad al artículo 23° del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, Resolución SBS N° 3199-2013. Asimismo, las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a Chubb Seguros Perú S.A.
4. De igual manera, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a Chubb Seguros Perú S.A. en la misma fecha de su realización. En el caso de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
5. **El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.**
6. **Dentro de la vigencia del contrato de seguro el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.**

## Declaración Jurada y Autorización para revelar Información médica

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara bajo juramento que las respuestas proporcionadas en esta Solicitud son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad genera la nulidad del 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.

## Uso de Datos Personales

El CONTRATANTE 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.

## Declaración

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declaran haber tenido a su disposición de manera previa a la contratación de este seguro, las cláusulas generales de contratación comunes a los seguros de vida y las condiciones generales del seguro que solicitan.

## Medios de Comunicación Pactados

Telefónicos, Físicos y electrónicos

**Autorización para Uso de Medio de Comunicación**

El contratante y/o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑÍA el uso de estos medios para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro.

\_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante / Asegurado