

Seguro Dental

Solicitud de Seguro N° ____

Código SBS:

Póliza N° «XXXX»

Código SUSALUD:

Compañía

Razón Social: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro Teléfono: (51-1) 417-5000
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com Página Web: <http://www.chubb.com/pe>

Comercializador

Razón Social / Denominación Social: RUC:
Dirección: Distrito:
Provincia: Departamento:
Teléfono:

Contratante

Persona Natural

Apellido Paterno: Apellido Materno:
Nombres: Tipo y Número de documento de Identidad:
Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa

Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):
Teléfono:

Personas Jurídicas

Razón Social / Denominación Social: RUC:
Dirección: Distrito:
Provincia: Departamento:
Teléfono:

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos: Tipo y N° Doc. Identidad:
Fecha de Nacimiento:
Dirección: Distrito:
Provincia: Departamento:
Teléfono: Correo Electrónico:
Relación con el Contratante:

Asegurado(s) Adicional(es) 1

Nombres y Apellidos:
Tipo y N° Doc. Identidad:
Fecha de nacimiento:

Relación con el Asegurado Titular:

Asegurado(s) Adicional(es) 2

Nombres y Apellidos:

Tipo y N° Doc. Identidad:

Fecha de nacimiento:

Relación con el Asegurado Titular:

Asegurado(s) Adicional(es) 3

Nombres y Apellidos:

Tipo y N° Doc. Identidad:

Fecha de nacimiento:

Relación con el Asegurado Titular:

Asegurado(s) Adicional(es) 4

Nombres y Apellidos:

Tipo y N° Doc. Identidad:

Fecha de nacimiento:

Relación con el Asegurado Titular:

Requisitos para ser Asegurado

Edad de Mínima de Ingreso:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Edad Máxima de Ingreso:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Edad Máxima de Permanencia:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Coberturas y Sumas Aseguradas y Primas Comerciales

Cobertura Principal	Beneficio	Límites
SEGURO DENTAL	XXXX	XXXXXX
Coberturas Adicionales	Beneficio	Límites
XXXX	XXXX	XXXXXX
XXXX	XXXX	XXXX

PLANES DISPONIBLES

DENTAL TOTAL

PRIMA:

DENTAL DE URGENCIA

PRIMA:

DENTAL COMPLEMENTARIO

PRIMA:

Prima Comercial : XXXX

Prima Comercial + IGV : XXXX

Periodicidad de Pago: xxxxx

Forma de pago: XXXXX

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

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)

Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores (si fuera el caso): xxx

En caso de pago con cargo en Tarjeta de Crédito o Cuenta

- El ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo mensual de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de XX reintentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos reintentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de XX nuevos intentos en la siguiente fecha de cargo, incluyendo en esta última oportunidad la prima del mes pendiente más la prima del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, el Certificado de Seguro quedará extinguido transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO TITULAR del pago oportuno de la prima.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

Importante

1. La información contenida en esta Solicitud 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 Asistencia Médica.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la recepción de dicha solicitud.
3. 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 o ASEGURADO al Comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
4. La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
5. 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.
6. En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima.
7. **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.**

8. 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.
9. LA COMPAÑÍA se obliga a comunicar, por medios físicos o electrónicos, de conformidad con lo pactado, dentro de los quince (15) días de formulada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en dicho plazo.

Reconocimiento para revelar Información Médica (solamente para Efectos del Asegurado)

El ASEGURADO TITULAR reconoce 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.

Medios de Comunicación Pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR 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 y/o ASEGURADO TITULAR 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 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, así como a la de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: www.sbs.gob.pe

Autorización para Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que CHUBB incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

El ASEGURADO acepta expresamente que sus datos personales puedan ser cedidos a terceros, sean entidades y/o personas naturales o jurídicas, vinculados o no a CHUBB, para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, según el listado referencial que se encuentra en la página web www.chubb.com/pe, respetando la legislación peruana sobre protección de datos personales.

El ASEGURADO autoriza, acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales incluirá la posibilidad de realizar estudios estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes, remitir información sobre productos y servicios a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita, así como el flujo transfronterizo de la información a otras entidades ubicadas en Estados Unidos, con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de CHUBB.

Los datos personales proporcionados seguirán siendo de titularidad exclusiva de CHUBB, tiene carácter confidencial y están protegidos por la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N°016-2024-JUS.

CHUBB declara que los datos personales han sido obtenidos cumpliendo con la normativa vigente y que cuenta con el consentimiento previo, expreso, libre e informado de los titulares de dichos datos; o, en su defecto, se encuentra dentro de las excepciones al consentimiento contenidas en el artículo 14° de la Ley de Protección de Datos Personales.

La finalidad del tratamiento de los datos personales es únicamente para realizar procesamiento de datos y permitir la ejecución del contrato, conforme a los servicios estipulados en el presente Contrato. En ningún caso, los datos podrán ser utilizados para fines distintos sin la debida autorización de CHUBB.

Para la ejecución del tratamiento se deberá contar con los siguientes datos personales:

- Nombre completo.
- Documento de identidad.
- Información médica, cuando corresponda.

CHUBB se compromete a:

- Custodiar y proteger los datos personales proporcionados u obtenidos, implementando las medidas de seguridad técnicas, organizativas y jurídicas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
- Utilizar los datos personales exclusivamente para la ejecución de los servicios objeto del contrato, sin aplicarlos para fines propios o distintos a los establecidos.
- No transferir, comunicar ni ceder los datos personales a terceros, salvo que se requieran para la ejecución contractual. Asimismo, se prohíbe la copia o reproducción de la información, salvo que sea estrictamente necesaria para la ejecución de los servicios.
- No realizar transferencias internacionales de datos personales, salvo que sea necesario para la ejecución contractual. En caso de que dicha transferencia sea necesaria, deberá garantizar que el país de destino cuente con un nivel de protección adecuado, conforme a la Ley N°29733 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°016-2024-JUS y que se suscriban los acuerdos necesarios para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos.
- Asegurar que el acceso a los datos personales esté limitado únicamente al personal cuya intervención sea necesaria para la prestación de los servicios, informándoles de las medidas de seguridad y el deber de confidencialidad que deben observar, incluso después de finalizada la relación contractual.
- Aceptar la realización de controles, comprobaciones y auditorías que se considere necesarios a efectos de verificar el cumplimiento de lo establecido en el presente Contrato.
- En caso se detecte cualquier incidente de seguridad que implique un acceso no autorizado, pérdida, alteración o divulgación indebida de datos personales, deberá notificarlo de manera inmediata y dentro de un plazo máximo de 24 horas. Asimismo, deberá proporcionar un informe detallado sobre las causas del incidente, las medidas correctivas adoptadas y cualquier otra información relevante que se requiera.

- Canalizar cualquier solicitud de ejercicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición).

El ASEGURADO autoriza voluntariamente el uso y tratamiento de sus datos personales (marcar con una X):
Sí () No ()

EL ASEGURADO ha sido informado y conoce sobre el ejercicio de los derechos ARCO (acceso, rectificación, oposición y cancelación) de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignando su nombre y apellidos, tipo y número de documento de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a legal.peru@chubb.com

CHUBB declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP-PJP N° 4036.

En caso de incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta cláusula, la parte responsable asumirá íntegramente cualquier reclamo, denuncia, proceso judicial o procedimiento administrativo iniciado en su contra, incluyendo el pago de indemnizaciones, multas, costas y costos que pudieran derivarse de dicho incumplimiento.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero. Las obligaciones establecidas en esta cláusula permanecerán vigentes durante la ejecución del Contrato y después de su finalización, en lo que respecta a la confidencialidad y tratamiento de los datos personales.

Deducible

XXXX

Periodo de Carencia

XXXX

Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver la Solicitud-Certificado, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, siempre que la misma no sea condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la Solicitud-Certificado, podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. En caso el ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El RESPONSABLE DE PAGO Y ASEGURADO puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita quedando la Solicitud-Certificado resuelta de manera inmediata. Si la COMPAÑÍA ejerce dicho derecho, deberá comunicarlo previamente al RESPONSABLE DE PAGO y/o CONTRATANTE con no menos treinta

(30) días calendario de anticipación. El artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales establece este derecho.

Aceptación de Cambio de Condiciones Contractuales (durante la vigencia del contrato)

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación.

EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato.

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Chubb Seguros Perú S.A.

Contratante / Asegurado Titular