

**Seguro Lentes Protegidos**

**Condiciones Particulares**

Código SBS N°\_RG2035900163 \_\_\_\_\_  
 Póliza N°:

Datos Generales de la Póliza	
Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia:
Renovación:	

Datos de la Compañía	
Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267, Int 402, San Isidro	Teléfono: 417 -5000 / 399-1212
Correo electrónico: <a href="mailto:atención.seguros@chubb.com">atención.seguros@chubb.com</a>	Web: www.chubb.com/pe

Contratante	
Razón Social/Nombre:	Tipo y N° de Documento de Identidad:
Dirección:	Teléfono:

Comercializador	
Razón Social/Nombre:	Tipo y N° de Documento de Identidad:
Dirección:	Teléfono:

Corredor de Seguros	
Razón Social/Nombre:	Comisión
N° de Registro	Teléfono

Asegurado	
Nombres y Apellidos:	Doc. De Identidad:
Correo electrónico:	Teléfono:
Domicilio:	

Eventos Asegurados (Según Ítem Elegido)	
Cobertura Principal	Condiciones
	Suma Asegurada:
	Deducible:
Todas las coberturas se limitan al costo real del artículo, con exclusión de entrega y costos de transporte que pudieran generarse.	

Prima Total, forma y plazo para el pago	
Prima Comercial (*)	
Prima Comercial + IGV	
Forma, Periodicidad y Plazo para el Pago	

(\*) La prima comercial incluye:  
 Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor:  
 Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros:  
 Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

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 la Tarjeta de Crédito o Cuenta)**

- El CONTRATANTE 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 CONTRATANTE o este tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de X re-intentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de X 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, la póliza quedará extinguida 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 CONTRATANTE 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.

**Establecimiento Comercial Afiliado**

XX

**Bien Asegurado**

XX

**Beneficiario**

El ASEGURADO

**Solicitud de Cobertura Fraudulenta**

El ASEGURADO / BENEFICIARIO perderá el derecho a ser indemnizado, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquier ASEGURADO / BENEFICIARIO, o terceras personas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

En caso exista más de un ASEGURADO / BENEFICIARIO, la actuación dolosa o engañosa de uno no afectará el derecho de los demás Beneficiarios, salvo que éste actúe debidamente facultado en representación de éstos.

**Autorización de Uso de Datos Personales**

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, 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 la COMPAÑÍA comunique sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe). LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

El ASEGURADO acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por LA COMPAÑÍA para realizar estudios estadísticos y de siniestralidad, remitir información sobre sus

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 la COMPAÑÍA.

Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe), respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

El ASEGURADO AUTORIZA:  Sí  No  
(marcar con una X)

EL ASEGURADO manifiesta que tiene conocimiento sobre sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignado nombre y apellidos, tipo y número de documentos de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a: XXXX

La COMPAÑÍA 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 XXXXX y el código XXXX.

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.

### Importante

1. Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE o los ASEGURADOS al Comercializador, sobre aspectos relacionados al seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA.
2. Todo pago realizado por el CONTRATANTE, ASEGURADO o terceros encargados, al Comercializador con respecto al seguro contratado se considerará abonado a LA COMPAÑÍA.
3. La COMPAÑÍA es responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización del seguro en que incurra el Comercializador y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los ASEGURADOS o al CONTRATANTE.
4. El ASEGURADO tiene derecho a tener acceso o solicitar copia de la póliza del seguro indicado en el presente documento. En dicho contexto, se deberá dar atención a la solicitud en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la fecha en que la COMPAÑÍA o el Comercializador reciben la solicitud del ASEGURADO.

### CARGAS

5. ***El presente producto presenta obligaciones a cargo del ASEGURADO 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 COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado***

Declaración

El CONTRATANTE declara y firma el presente documento en señal de haber tomado conocimiento directo y de haber recibido las Condiciones Generales y Condiciones Particulares a cuyas estipulaciones queda sometido este seguro, las cuales se encuentran disponibles en la página web de la COMPAÑÍA [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

**Fecha de Emisión:**

-----  
Chubb Seguros Perú S.A.

-----  
CONTRATANTE