

Seguro de Vida Temporal Individual

Solicitud de Seguro

Código SBS: VI-2037100003

Datos del Contratante

- Nombres y Apellidos:
- Tipo y Número de documento de Identidad:
- Lugar de Nacimiento:
- Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa
- Nacionalidad:
- Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):
- Teléfono:
- Profesión/Ocupación:
- Correo Electrónico:

Datos del Asegurado (en Caso no sea el Contratante)

- Nombres y Apellidos:
- Tipo y Número de documento de Identidad:
- Lugar de Nacimiento:
- Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa
- Nacionalidad:
- Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):
- Teléfono:
- Profesión/Ocupación:
- Correo Electrónico:

Datos del Corredor

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

Vigencia del Seguro (Años)

Frecuencia del Pago de la Prima

Coberturas y Sumas Aseguradas

Cobertura	Suma Asegurada	Tasa Comercial Anual	Prima Comercial Anual
Muerte	US\$ / S/ XXX	XXX %	US\$ / S/ XXX
Indemnización Adicional por Muerte Accidental	US\$ / S/ XXX	XXX %	US\$ / S/ XXX
Prima Comercial Anual			US\$ / S/ XXX
IGV (*)			US\$ / S/ XXX
Prima Comercial + IGV			US\$ / S/

Anual			XXX
Factor de Fraccionamiento			XXX
Prima Comercial + IGV periódica			US\$ / S/ XXX

Beneficiarios

N°	Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres	Parentesco	%
1					
2					
3					

Importante

1. La aceptación del riesgo por parte de la COMPAÑÍA está sujeta a la aprobación de la presente Solicitud de Seguro.
2. En el caso que este seguro se comercialice a través de empresas del sistema financiero, la COMPAÑÍA 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.
3. Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO al CONTRATANTE por aspectos relacionados con la presente póliza tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados al CONTRATANTE se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.

Declaración Jurada y Autorización para revelar Información Médica

Declaro 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 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.

Aprobación de la Solicitud

De no mediar observación o rechazo previo de la presente Solicitud, la COMPAÑÍA se obliga a entregar la Póliza de Seguro al CONTRATANTE, dentro del plazo de quince (15) días calendario contados desde la fecha en que la COMPAÑÍA reciba esta Solicitud, salvo que haya solicitado información adicional.

Rechazo de la Solicitud

Dentro del plazo de quince (15) días de presentada esta solicitud, ACE SEGUROS S.A. se obliga a comunicar al contratante o tomador si ésta ha sido rechazada.

Uso de Datos Personales

Autorizamos de manera 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 condiciones generales de contratación comunes, las condiciones generales, condiciones especiales y cláusulas adicionales del seguro que solicitan.

Medios de Comunicación Pactados

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

MODELO