

Seguro de Accidentes

Solicitud de Seguro

Datos de la Empresa de Seguros

Razón Social: Chubb Seguros Perú
RUC 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro
Teléfono: (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com
Página Web: <http://www.chubb.com/pe>

Datos del Contratante

Persona Jurídica

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| Razón Social / Denominación Social: | RUC: |
| Correo electrónico | Teléfono |
| Dirección: | |
| Distrito: | Departamento: |

Persona Natural:

| | |
|----------------------|-----------|
| Nombres y Apellidos: | DNI: |
| Correo electrónico: | Teléfono: |
| Dirección: | Distrito: |
| Departamento: | |

Asegurado Titular

| | |
|--|-------------------------------|
| Nombres y Apellidos: | DNI: |
| Lugar de Nacimiento: | Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa |
| Nacionalidad: | Edad: |
| Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento): | |
| Teléfono | Correo Electrónico: |
| Profesión/Ocupación: | Relación con el CONTRATANTE: |

Asegurado(s) Adicional(es)

| | |
|--|-------------------------------|
| Nombres y Apellidos: | DNI: |
| Lugar de Nacimiento: | Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa |
| Nacionalidad: | Edad: |
| Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento): | |
| Teléfono | Correo Electrónico: |
| Profesión/Ocupación: | |

Requisitos para ser Asegurado

Podrán asegurarse bajo este seguro en condición de ASEGURADO titular y/o asegurado adicional (cónyuge/conviviente o dependientes) las personas naturales mayores de 18 años hasta los 64 años con 364 días, pudiendo permanecer asegurado hasta la edad de 69 años y 364 días.

CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a la compañía en la misma fecha de su realización..

3. La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE / ASEGURADO de la cobertura contratada.
4. La COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador, sin perjuicio de las responsabilidades que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
5. El atraso en el pago de cualquiera de las cuotas así como la cancelación o la expiración sin renovación de la Tarjeta/ Cuenta que imposibilita el cobro de las cuotas generará la extinción del contrato de seguro a los 90 días de su vencimiento.
6. Chubb Seguros Perú S.A. / RUC: 20390625007 / Dirección: Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro /Telf. 417-5000 / Fax: 422-7174

Declaración Jurada y Autorizada para revelar Información Médica del Asegurado Titular

Declaro bajo juramento que gozo de buena salud y que las respuestas proporcionadas en esta Solicitud son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad efectuada con dolo 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.

Medios de Comunicación Pactados

Físicos, electrónicos y/o comunicaciones telefónicas, salvo que la norma legal establezca un medio de comunicación distinto, conforme constará en el documento Condiciones Particulares.

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. Se precisa que las comunicaciones telefónicas sólo procederán en caso no se haya pactado, o la norma no requiera, que la comunicación deba ser realizada por escrito.

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 Accidentes Personales, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales (cláusulas adicionales) del seguro que solicita, accediendo a la página web de la COMPAÑÍA: www.chubb.com/pe, así como a la de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradora Privada de Fondos de Pensiones: www.sbs.gob.pe

Autorización para Uso de Datos Personales

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR 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.

Fecha de Solicitud

Firma del Contratante

Asegurado Titular