

Seguro Renta Plus

Solicitud de Seguro

Datos de la Empresa de Seguros	
Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A.	
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima	RUC: 20390625007
Teléfono: 417-5000 / Fax: 221 2943	
Correo electrónico: atención. seguros@chubb.com	
Página web: www.chubb.com/pe	

Contratante (Persona Jurídica)	
Razón Social/ Denominación Social:	RUC:
Correo electrónico:	Teléfono:
Dirección:	
Distrito:	Departamento:

Contratante (Persona Natural)	
Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	Tipo y N° Doc. Identidad:
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa)
Nacionalidad:	Edad:
Domicilio (Calle/Nro/ Distrito/ Provincia/ Departamento)	
Teléfono:	Profesión/ Ocupación:

Asegurado Titular	
Nombres y Apellidos:	DNI:
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa)
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/aaaa)
Nacionalidad:	Edad:
Domicilio (Calle/Nro/ Distrito/ Provincia/ Departamento)	
Teléfono:	Correo electrónico:
Profesión/ Ocupación:	Relación con el CONTRATANTE:

Requisitos para ser Asegurado

Edad de Ingreso y permanencia:

ASEGURADO Titular y/o Cónyuge: desde los 18 años hasta los 64 y 364 días de edad.

Pueden permanecer asegurados hasta la edad de 69 años y 364 días.

Los hijos legales y solteros, desde los 14 años y que no hayan cumplido 20 años de edad, o en el caso que se encuentren estudiando que no hayan cumplido los 23 años de edad.

Beneficiarios				
Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	%

Coberturas y Sumas Aseguradas

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Accidental	S/. XXXX

Prima Comercial : XXXX

Prima Comercial + IGV : XXXX

Periodicidad de Pago: mensual/anual

Forma de pago: XXXXX

Coberturas Adicionales

XXX

XXX

Cargo en Tarjeta de Crédito / Cuenta del Asegurado / Contratante

Sírvase cargar en mi tarjeta/ Cuenta, la cuota mensual de mi seguro de Accidentes Personales que he decidido pagar en las oficinas/agencias del Corredor de Seguros/Entidad Financiera según el plan elegido. El atraso en el pago de cualquier cuota mensual por un plazo de 90 días dará lugar a la extinción del contrato de seguro.

La cancelación o la expiración sin renovación de la Tarjeta/ Cuenta deberá ser comunicada por el ASEGURADO / CONTRATANTE a la COMPAÑÍA siendo su responsabilidad el que pueda cargarse la cuota en la tarjeta de crédito proporcionada por él. Los débitos mensuales serán efectuados al T.C. del día de cargo en cuenta.

Tarjeta de Crédito / Cuenta Nro.:										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oficina: _____ Vendedor: _____ Código de Vendedor: _____

Importante

1. Podrán asegurarse las personas comprendidas entre los dieciocho (18) años y los sesenta y cuatro (64) años con 364 días de edad inclusive y permanecer hasta la edad de sesenta y nueve (69) años y 364 días.
2. 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. 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. 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 Transparencia de Información y contratación con usuarios del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 8181-2012.
3. 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.

4. 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.

Declaración Jurada y Autorización para revelar Información Médica (solamente para Efectos del Asegurado)

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 o inexactitud 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 (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro): escritos mediante comunicaciones físicas o al correo electrónico, o mediante comunicaciones telefónicas.

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 ASEGURADO y/o 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.

Fecha de Solicitud

Firma del Contratante

Asegurado Titular