

Seguro Contra el Cáncer

Solicitud de Seguro

Cod. SBS: AE2036400001

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	
Para Personas Naturales	
Nombres y Apellidos:	
DNI :	Lugar de Nacimiento:
Correo electrónico:	Teléfono :
Dirección :	
Departamento :	Distrito:
Para Personas Jurídicas	
Razón Social / Denominación Social:	
RUC :	
Correo electrónico:	Teléfono :
Dirección :	
Departamento :	Distrito :
Representante Legal:	

Datos del Asegurado			
Nombres y Apellidos		Tipo y N° Doc. de Identidad	
Lugar de Nac.		Fecha de Nac.	dd/mm/aa
Nacionalidad		Edad	
Dirección			
Distrito / Prov. / Departam		Correo Electrónico	
Teléfono.		Profesión / Ocupación	
Relación con el CONTRATANTE			

Beneficiarios		
Nombre y Apellidos	Parentesco	%
1)		
2)		
3)		
4)		

Coberturas y Sumas Aseguradas

Cobertura Principal	Suma Asegurada
Diagnóstico de Cáncer	XXXX
Coberturas Adicionales	
XXXXXXXXXX	XXXX
XXXXXXXXXX	XXXX

Prima Comercial : XXX

Prima Comercial + IGV: XXX

Periodicidad de pago: XXXX

TCEA: XX% (en caso de pago fraccionado)

Rango de Edad/ Plan	Plan XXX
A) 18 – 34 años	XXX
B) 35 – 44 años	XXX
C) 45 – 54 años	XXX
D) 55 – 64 años	XXX

Importante

1. Podrán asegurarse las personas comprendidas entre los dieciocho (18) años y los sesenta y cuatro (64) años de edad inclusive.
2. Chubb Seguros Perú S.A. se obliga a entregar la Póliza o el Certificado al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro.
3. En el caso que este seguro se comercialice a través de un comercializador, Chubb Seguros Perú 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 Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias
4. El atraso en el pago de cualquiera de las cuotas generará la extinción del contrato de seguro, a los 90 días del vencimiento del plazo para el pago.

Declaración de Salud del Asegurado

¿Usted padece o ha padecido de cáncer o se encuentran a la espera de resultados para descartar el cáncer? SÍ ____
NO _____

En caso de haber respondido SI a la pregunta anterior, especifique quién es la persona: _____

Declaración Jurada y Autorización para revelar Información Médica del Asegurado

Declaro bajo juramento que yo gozo de buena salud y que las respuestas proporcionadas en esta Solicitud y en la Declaración de Salud son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad hecha con dolo o culpa inexcusable hace nulo el contrato de 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 COMUNICACION PACTADOS (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro): Físicos, electrónicos, telefónicos, salvo que la normatividad establezca una formalidad específica para realizar la comunicación.

Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El ASEGURADO y CONTRATANTE conoce y 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 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, condiciones especiales y cláusulas adicionales del seguro que solicita, mediante el acceso a la página web de la COMPAÑÍA: www.chubb.com/pe, o mediante la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's: www.sbs.gob.pe

Autorización para Uso de Datos Personales del Asegurado

El(la) señor(a) 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

Firma del Contratante y/o Asegurado