

Seguro de Accidentes Personales - Soles y Dólares

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
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com
Página Web: <http://www.chubb.com/pe>

Datos del contratante

Persona Natural

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
Nombres: _____
Tipo y Número de documento de Identidad: _____
Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa
Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento): _____
Teléfono: _____

Personas Jurídicas

Razón Social / Denominación Social: _____ RUC: _____
Dirección: _____ Distrito: _____
Provincia: _____ Departamento: _____
Teléfono: _____

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos: _____
DNI: _____ Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa
Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento): _____
Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
Relación con el CONTRATANTE: _____

Asegurado (s) Adicional(es)

Nombres y Apellidos: _____ DNI: _____
Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa:
Relación con el Asegurado Titular: _____

Requisitos para ser Asegurado

Edad de Mínima de Ingreso:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Edad Máxima de Ingreso:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Edad Máxima de Permanencia:

- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional (Cónyuge o Conviviente, Descendientes, Ascendientes):

Coberturas y Sumas Aseguradas y Primas Comerciales

Prima Comercial : XXXX

Prima Comercial + IGV : XXXX

Periodicidad de Pago: xxxxx

Forma de pago: XXXXX

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

Cobertura

Muerte Accidental

Suma Asegurada

XXXX

Coberturas Adicionales

XXX

XXX

Beneficiarios

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Relación con el Asegurado	%

Cargo en Tarjeta de Crédito / Cuenta del ASEGURADO TITULAR / CONTRATANTE (según corresponda)

Sírvase cargar en mi tarjeta de crédito/ Cuenta, la prima del seguro de Accidentes Personales que he decidido contratar, según el plan y periodicidad elegido en el presente documento. El atraso en el pago de la prima por un plazo de 90 días calendarios 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 Titular/ CONTRATANTE, según corresponda, a la COMPAÑÍA siendo su responsabilidad el que pueda cargarse la prima en la tarjeta de crédito/cuenta proporcionada por él. Los débitos serán efectuados al tipo de cambio del día de cargo en cuenta.

Importante

1. 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, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden, de conformidad al artículo 23° del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, Resolución SBS N° 3199-2013. 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.
2. 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 Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

Reconocimiento para revelar información médica (solamente para efectos del asegurado)

El ASEGURADO TITULAR reconoce 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 medios 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 y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita. Asimismo, declara que puede acceder a estos documentos mediante la página web de la COMPAÑÍA: www.chubb.com/pe, así como a la de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: www.sbs.gob.pe

Autorización para uso de datos personales

El ASEGURADO TITULAR 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