

**Solicitud de Seguro DTC - Protección contra Robo**

Contratante	
Nombre o Razón Social:	
RUC:	
Dirección:	DNI:
Teléfono:	

Asegurado	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y Nº de Documento de Identidad:	
Lugar de Nacimiento:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	Teléfono:
Correo electrónico:	

**Beneficiarios (para la cobertura de Muerte Accidental por Robo, Asalto o Secuestro)**

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	% de Capital	Relación con el Asegurado

**Coberturas y Límites**

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte Accidental por Robo, Asalto o Secuestro	S/. XXXX
Renta Hospitalaria por Robo, Asalto o Secuestro	S/. XXXX
Robo de Contenido de Auto	S/. XXXX
Bolso Protegido	S/. XXXX
Prima Comercial	S/. XXXX
Prima Comercial + IGV Mensual	S/. XXXX

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX

### **Forma de Pago de la Prima**

---

Periodicidad de Pago: xx

Forma de pago: xx

Total de cuotas pactadas: XXX

TCEA: xxx% (en caso de pago fraccionado)

En caso el seguro se cargue en una tarjeta o cuenta:

- De acuerdo a la autorización del ASEGURADO indicada en el presente documento, las cuotas se cargarán mensualmente en la tarjeta/cuenta designada en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la tarjeta/cuenta designada o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar re-intento de cargo en la siguiente fecha predeterminada.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la cuota correspondiente entonces se realizará nuevo intento en la siguiente fecha de cargo predeterminada con la cuota del mes pendiente más la cuota del mes en curso.

Si luego de estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes al Seguro, el contrato de seguro se extinguirá cumplidos los 90 días desde la primera cuota impaga.

- La cuota de la prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro. La cotización y cuotas mensuales consideran los impuestos vigentes al momento de su emisión.

### **Beneficiarios**

---

Para la cobertura de “Muerte Accidental por Robo, Asalto o Secuestro” los Beneficiarios son los designados por el ASEGURADO en el presente documento y en su defecto serán los herederos legales del ASEGURADO.

Para las demás coberturas el Beneficiario será el ASEGURADO.

### **Importante**

---

- La vigencia de la póliza es anual, con renovación automática por periodos iguales, salvo que la Compañía o el CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesten su interés de ponerle término con 30 días de anticipación.

- La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- La COMPAÑÍA 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 Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador, queda establecido que las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA, en la misma fecha de su realización.
- La cobertura de Renta Hospitalaria por Robo, Asalto o Secuestro se otorgará por un máximo de 365 días.
- La cobertura de Bolso Protegido se otorgará por un máximo de 02 eventos al año. Al término de cada año de vigencia, automáticamente se rehabilitará el número máximo de eventos al año.

### **Declaración**

---

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declaran haber tenido a su disposición de manera previa a la contratación de este seguro, las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Accidentes Personales, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y cláusulas adicionales del seguro que solicitan.

### **Medios de Comunicación Pactados**

---

Físico, correo electrónico, comunicaciones telefónicas, salvo que la norma legal disponga un medio de comunicación específico.

### **Autorización para Uso de Medio de Comunicación**

---

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro son los establecidos en este documento.

### **Autorización para Uso de Datos Personales**

---

El Asegurado y/o Contratante autoriza 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.

---

Fecha de Solicitud

---

CONTRATANTE y/o ASEGURADO