

## Familia Segura – Vida – Soles, Dólares

### Solicitud de Seguro

#### 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:  
Correo Electrónico:

##### Persona Jurídica

Razón Social o Denominación Social: RUC:  
Dirección: Distrito:  
Provincia: Departamento:  
Teléfono: Correo Electrónico:

#### Datos del Asegurado

Apellido Paterno: Apellido Materno:  
Nombres: Tipo y Número de documento de Identidad:  
Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa  
Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento): Teléfono:  
Correo Electrónico:  
Relación con el Contratante:

#### Datos del Asegurado

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

#### Relación con el Contratante

#### Requisitos para ser Asegurados

Podrán asegurarse bajo este seguro en condición de ASEGURADO las personas naturales mayores de xx (x) años hasta los xx (x) años con trescientos sesenta y cuatro (364) días, pudiendo permanecer aseguradas hasta la edad de xx (xx) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.  
Asimismo se podrán asegurar los hijos reconocidos o legalmente adoptados, solteros, desde los xx (x) años, pudiendo permanecer hasta los xx (xx) años de edad.

#### Datos del Corredor

1. Apellidos y Nombres o Razón/Denominación Social:
2. Código SBS:
3. Teléfono:
4. Dirección:

## Coberturas y Sumas Aseguradas y Primas Mensuales Brutas

Coberturas	Plan 1	Plan 2	Plan 3
<b>Cobertura Principal</b>			
Vida	XXX	XXX	XXX
<b>Coberturas Adicionales</b>			
XXXXX	XXX	XXX	XXX
<b>Prima Comercial + IGV (*) Mensual Asegurado</b>			

**TCEA: XX%**

**(\*) En caso el CONTRATANTE sea una persona jurídica, de lo contrario la Prima Comercial estará inafecta al IGV.**

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)

### Beneficiarios del Asegurado

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Relación con el Asegurado	%

### Importante

1. La aceptación del riesgo por parte de la Compañía está sujeta a la aprobación de la presente solicitud de seguro.
2. El atraso en el pago de cualquiera de las cuotas generará la extinción del contrato de seguro a los 90 días desde la fecha de vencimiento de la primera cuota impaga de la prima, sin necesidad de comunicación al CONTRATANTE o al ASEGURADO.

### Autorización del CONTRATANTE de Descuento por Planilla

Por medio de la presente, autorizo a mi Empleador \_\_\_\_\_ con RUC N° \_\_\_\_\_ para que descuente de mi remuneración mensual el valor abajo señalado (al tipo de cambio venta vigente al momento del descuento, en el supuesto que el empleado que autoriza el cobro de la prima a través de su planilla reciba la misma en una moneda diferente a la del seguro contratado) para cubrir las primas del seguro contratado con Chubb Seguros Perú S.A.

Cuota de la Prima comercial + IGV (\*):

(\*) En caso el CONTRATANTE sea una persona jurídica, de lo contrario la Prima Comercial estará inafecta al IGV.

### (Cuando corresponda) Autorización del CONTRATANTE de Cargo en Cuenta de Haberes o Tarjeta de Crédito

Autorizo que se realice el cargo en mi cuenta de haberes o en mi tarjeta de crédito, abajo indicada y bajo las condiciones específicas, el valor de la prima correspondiente al plan elegido de mi póliza de seguro a favor de Chubb Seguros Perú S.A.

N° de Cuenta

Banco Emisor:

Cuota de la Prima comercial + IGV (\*):

(\*) En caso el CONTRATANTE sea una persona jurídica, de lo contrario la Prima Comercial estará inafecta al IGV.

### Declaración de Salud

1. ¿Usted o alguno de sus dependientes 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:  
\_\_\_\_\_
2. ¿Ha estado Usted o los miembros del grupo Asegurado hospitalizados, los han operado durante el último año, o han participado en algún deporte peligroso? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Especifique deporte peligroso, en caso corresponda: \_\_\_\_\_
3. ¿Alguna vez los han tratado por algún problema nervioso, enfermedad del corazón, pulmones, riñones, hígado, presión alta, diabetes, ataque al corazón, esclerosis múltiple, hepatitis, ulcera, cáncer, tumores malignos, secuela de accidente cerebro vascular (ACV), Sida, Enfermedad Congénita, trasplante de órgano, o cualquier otra condición médica o física y/o impedimentos mentales? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
4. ¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya obligado a interrumpir en los últimos cinco (05) años su actividad profesional durante más de quince (15) días consecutivos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
5. ¿Ha sufrido algún accidente o tienen alguna alteración física? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
6. ¿Padece de taquicardias, angina de pecho, derrame cerebral, diabetes, epilepsia? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
7. ¿Considera usted que se encuentra en perfecto estado de salud? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso de responder Sí a cualquiera de las preguntas arriba indicadas (excepto la número 7), sírvase especificar:

Asegurado	N° Pregunta	Diagnóstico / Causa	Mes / Año	Tratamiento Actual (Si / No)	Fecha Último Episodio	Médico Tratante / Centro Médico

### Declaración Jurada y Autorización del Contratante y/o Asegurado para Revelar Información Médica

Declaro bajo juramento que mis dependientes y yo gozamos 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 la reticencia o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable genera la nulidad del contrato de seguro.

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.

### Aprobación de la Solicitud

De no mediar observación o rechazo previo de la presente Solicitud, la COMPAÑÍA se obliga a entregar la Póliza de Seguro al CONTRATANTE, dentro del plazo de quince (15) días calendario contados desde la fecha en que la COMPAÑÍA reciba esta Solicitud.

En caso se haya entregado la póliza al CONTRATANTE, y el ASEGURADO sea una persona distinta, este podrá solicitar copia de la póliza a la COMPAÑÍA, sin perjuicio del pago que podría corresponder por efectuar dicho servicio.

### Rechazo de la Solicitud

Dentro del plazo de quince (15) días de presentada esta solicitud, Chubb Seguros Perú S.A. se obliga a comunicar al contratante o tomador si ésta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional en el referido plazo.

### Uso de Datos Personales

El CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza(n) 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.

**Declaración**

El CONTRATANTE declara haber tenido a su disposición de manera previa a la contratación de este seguro, las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida, las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita.

**Autorización para Uso de Medios de Comunicación**

El CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza(n) expresamente a la COMPAÑÍA el uso de los medios físicos, electrónicos y/o telefónicos para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro, salvo que la norma disponga un medio de comunicación específico.

**Consentimiento del Tercero**

En caso el ASEGURADO no sea el CONTRATANTE, el ASEGURADO autoriza la contratación del presente seguro.

**Importante:**

- 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 del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- Las comunicaciones cursadas por los CONTRATANTES, ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA.
- Los pagos efectuados por los CONTRATANTES, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la COMPAÑÍA.

---

Fecha de Solicitud

---

Contratante

---

Asegurado