

Seguro Protección Familiar Chubb

Solicitud de Seguro

Contratante

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Nombres / Denominación Social: | 4. Teléfono: |
| 2. Tipo y Número de documento de Identidad: | 5. Correo electrónico |
| 3. Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento): | |

Asegurado Titular (Si es persona diferente al contratante)

- | | |
|---|---|
| 1. Apellido Paterno: | 6. Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento): |
| 2. Apellido Materno: | 7. Teléfono: |
| 3. Nombres: | 8. Correo Electrónico |
| 4. Tipo y Número de documento de Identidad: | |
| 5. Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa | |

Asegurados Adicionales

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Relación con el Asegurado Titular	Fecha Nac.

Coberturas, Sumas aseguradas y Primas Comerciales

Muerte Accidental: XXXX
 Hospitalización por Accidente: XXXX
 Incapacidad Total Temporal por Accidente: XXXX

Prima Comercial: XXXX
 Prima Comercial + IGV: XXX
 Periodicidad de Pago: xxx
 TCEA: XXX

Distribución de la prima comercial:
 Coberturas Principales: XXX
 Coberturas Adicionales: XXX

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

Beneficiarios (Para la Cobertura de Muerte Accidental)

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Relación con el Asegurado	%

Pago de la Prima:

- **Forma de Pago: xx**

En caso de cargo a tarjeta/cuenta

EL CONTRATANTE/ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo en su tarjeta/ cuenta, la(s) prima(s) del seguro Protección Familiar Chubb, según el plan elegido, en la periodicidad pactada en el presente documento. El atraso en el pago de cualquiera de la(s) prima(s), así como la cancelación o la expiración sin renovación de la Tarjeta/ Cuenta que imposibilita el cobro de la(s) prima(s) generará la extinción del seguro en el plazo de 90 días de vencido el plazo para el pago de la primera prima impaga. Los débitos serán efectuados al T.C. del día de cargo en cuenta.

Solicitud de Seguro

Importante

1. Podrán asegurarse las personas comprendidas entre los xxxx y los xxxx años de edad inclusive. Asimismo, podrán mantenerse en el seguro las personas hasta la edad de XX años.

Solicitud de Seguro

Reconocimiento respecto a la revelación de Información Médica

EL CONTRATANTE/ASEGURADO TITULAR reconoce que, conforme a la Ley General de Salud N° 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

Escritos (Físicos, correos electrónicos) y telefónicos.

Autorización para uso de medio de comunicación

El ASEGURADO TITULAR/ CONTRATANTE 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 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 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, 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 Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: www.sbs.gob.pe

Autorización para uso de datos personales

EL CONTRATANTE/ASEGURADO TITULAR 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