

## Seguro de Protección Financiera

### Solicitud de Seguro

Fecha de Solicitud:

Del Contratante		
Denominación o Razón Social	RUC	Domicilio
Teléfono	Correo Electrónico	

Del Asegurado						
Nombres		Apellido Paterno			Apellido Materno	
1.DNI 2.CE	Fecha de Nacimiento \ \	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Ocupación	Estado Civil	Nacionalidad	Teléfono
Dirección			Distrito	Departamento	Provincia	
Correo Electrónico:						
Sistemas de Pensiones ONP <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/>		Otro (especificar)				
Trabajo Actual	Antigüedad Laboral Años: Meses:	Cargo	Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indicar			

**No pueden ser, ni seguir aseguradas, las personas afectadas de incapacidad física grave: ceguera, sordera, parálisis u otra que afecte su integridad física, o que padezcan enfermedades graves u otras incapacidades físicas y/o enfermedades que agraven el riesgo.**

### Coberturas y Sumas Aseguradas

Desempleo Involuntario e Injustificado S/ / US\$ XXXX  
 Incapacidad Física Temporal por Enfermedad o Accidente S/ / US\$ XXXX

### Prima

Prima Comercial: XXX  
 Prima Comercial + IGV: XXX

**Forma de Pago de la Prima**  
 XXXX

### Declaración

El Solicitante manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de manera voluntaria, en señal de lo cual suscribe la presente solicitud.

Asimismo, el Solicitante declara no padecer, o haber padecido, o haber sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes enfermedades: **Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal, Derrame Cerebral, Enfermedad Psiquiátrica, Esclerosis Múltiple, Lupus, Enfermedad del Tipo Conjuntivo, Enfermedad Inmunológico, SIDA o enfermedades relacionadas al HIV, Cirrosis, Infarto al**

**miocardio, Parálisis o tener alguna limitación física, ni haber padecido de alcoholismo, adicción a las drogas, uso de estupefacientes, alucinógenos o cualquier otra sustancia similar.** Por este documento el Solicitante autoriza a la Compañía de seguros a solicitar a los centros hospitalarios y/o médicos sin restricción alguna, cualquier información y hacer cualquier verificación que eventualmente sea necesaria para el pago de cualquier siniestro cubierto por este seguro. Asimismo autoriza a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministre a Chubb Seguros Perú, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de su historia clínica o cualquier documento o informe médico sobre su salud o historial médico, dispensándolos del secreto profesional.

#### **Rechazo de la Solicitud**

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar al CONTRATANTE, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido al CONTRATANTE información adicional en el referido plazo.

**Medios De Comunicaciones Pactados** (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro):  
Físicos, electrónicos, telefónicos

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

El ASEGURADO 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 Riesgos Generales, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita.

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

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”.

#### **Importante**

El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza de Seguro al Contratante o a la COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de su solicitud. En el caso que esta póliza sea comercializada a través de una entidad financiera, queda establecido que las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO a ellas, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO a la empresa del sistema financiero, se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.

-----  
FIRMA y DNI DEL SOLICITANTE / ASEGURADO