

Seguro de Accidentes Personales - Soles y Dólares

Solicitud de Seguro

Código SBS: AE2036100143. Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza N° «XXXX»

Compañía

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>

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: _____ Tipo y N° Doc. Identidad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Distrito: _____
 Provincia: _____ Departamento: _____
 Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
 Relación con el Contratante: _____

Asegurado Adicional

Nombres y Apellidos: _____
 Tipo y N° Doc. Identidad: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 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

Cobertura Principal	Beneficio	Límites
Muerte Accidental	XXXX	XXXXX
Coberturas Adicionales	Beneficio	Límites
XXXX	XXXX	XXXXX
XXXX	XXXX	XXXX

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)

Beneficiarios

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	DNI	%

En caso de pago con cargo en Tarjeta de Crédito o Cuenta

- El ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo mensual de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.

- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de X re-intentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de X nuevos intentos en la siguiente fecha de cargo, incluyendo en esta última oportunidad la prima del mes pendiente más la prima del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, el Certificado de Seguro quedará extinguido transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO TITULAR del pago oportuno de la prima.
- 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.

Importante

1. La información contenida en este Certificado de Seguro es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación comunes a los seguros de Vida.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro colectivo a la Empresa de Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
3. 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 con el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por Resolución SBS N°4143-2019. 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.
4. 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.
5. El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
6. Dentro de la vigencia del contrato de seguro el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

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

Comunicación física, electrónica y telefónica.

Autorización para Uso de Medio 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.

Deducible

XXXX

Periodo de Carencia

XXXX

Chubb Seguros Perú S.A.

Contratante / Asegurado Titular