

**CHUBB®**  
**Seguro Vida Ley Trabajadores**

Solicitud de Seguro N° \_\_\_\_\_  
 Código SBS: VI2037310002

Datos del CONTRATANTE	
Razón Social:	RUC:
Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
Actividad o Giro de Negocio:	

Datos del Comercializador	
Razón Social:	RUC:
Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

Asegurados (*)	
N° Empleados	Total Remuneración Mensual en Planilla:
N° Obreros	Total Remuneración Mensual en Planilla:
N° Obreros de Alto riesgo	Total Remuneración Mensual en Planilla:
N° de Empleados mayores a 60 años de edad:	
N° de Empleados con sueldo mayor a la Remuneración Máxima Asegurable para seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el SPP:	
N° de Obreros con sueldo mayor a la Remuneración Máxima Asegurable para seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el SPP:	
N° de Obreros de Alto Riesgo con sueldo mayor a la Remuneración Máxima Asegurable para seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el SPP:	
N° de trabajadores Fallecidos en los últimos 5 años:	
Remuneración Máxima:	
Compañía de Seguros Actual con Seguro Vida Ley:	

**(\*) Se deberá adjuntar la Planilla de Remuneraciones.**

Datos del Seguro	
Moneda:	
Fecha de inicio de vigencia:	Fecha de fin de vigencia:
Con tope o sin tope de Remuneración Máxima Asegurable:	

Coberturas Principales	
Muerte Natural	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales asegurables definidas por el promedio de lo percibido por el asegurado, en los tres últimos meses previos a su fallecimiento.
Muerte Accidental	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al accidente que le produjo la muerte.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por el asegurado en el mes previo al accidente que le produjo la muerte.

### Coberturas Adicionales (\*\*) (cuando corresponda)

XXXX	XXXXX
XXXX	XXXXX
XXXX	XXXXX

(\*\*) Las coberturas adicionales se sujetará a los siguientes límites:

- Las coberturas adicionales tienen un límite edad de ingreso y permanencia para los asegurados en la póliza de hasta xx años con XX días.
- Remuneración máxima asegurable aplicable a las coberturas adicionales: xxxxxxxx

### Primas

Asegurados	Tasa Neta
Empleados	
Obreros	
Obreros Alto Riesgo	

**Prima comercial:** Equivalente al valor que resulta de multiplicar la suma de las remuneraciones mensuales de los Empleados, Obreros u Obreros de Alto Riesgo asegurados por la tasa neta que corresponde a cada categoría de asegurado y por la cantidad de meses corresponde a la vigencia de la presente póliza.

**Prima comercial + IGV: XXX**

**Frecuencia de pago:** "X"

**Forma de pago:** "X"

**Lugar de pago:** "X"

**Oportunidad de pago:** "X"

La prima comercial incluye:

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

Cargos por la intermediación de seguros a través de corredores de seguros y número de registro del corredor xx

### Beneficiarios

Para la cobertura de Muerte Natural o Accidental: el cónyuge o conviviente a que se refiere el artículo 321 del Código Civil y de los descendientes, sólo a falta de éstos corresponde a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años.

**El ASEGURADO deberá entregar al CONTRATANTE una declaración jurada, con firma legalizada notarialmente, o por el Juez de Paz a falta de notario, sobre los beneficiarios del seguro de vida, teniendo en cuenta el establecido en el párrafo precedente.**

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente: El mismo ASEGURADO.

### Autorización de Uso de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

El ASEGURADO acepta expresamente que la COMPAÑÍA comunique sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe). Esta autorización incluye compartir información con terceros para fines estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes. LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

El ASEGURADO acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por LA COMPAÑÍA para realizar estudios estadísticos y de siniestralidad, remitir información sobre sus productos y servicios, a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita, así como el flujo transfronterizo de la información a otras entidades ubicadas en Estados Unidos con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de la COMPAÑÍA.

Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe), respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

EL ASEGURADO manifiesta que tiene conocimiento sobre sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignado nombre y apellidos, tipo y número de documentos de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com).

La COMPAÑÍA declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP-PJP N° 4036.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero.

### Importante

1. La aceptación del riesgo por parte de la COMPAÑÍA está sujeta a la aprobación de la presente solicitud de seguro presentada por el CONTRATANTE.
2. LA COMPAÑÍA se obliga a entregar la póliza al CONTRATANTE dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro, si no media rechazo previo de la solicitud presentada por el empleador.
3. El CONTRATANTE autoriza expresamente a LA COMPAÑÍA a enviarle por medios electrónicos la póliza de Seguro y declara haber sido informado de los pasos para acceder de la póliza electrónica del Seguro.
4. El CONTRATANTE declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita.

### Declaración Jurada

**El CONTRATANTE declara bajo juramento que las respuestas proporcionadas en esta Solicitud son verídicas y completas. El CONTRATANTE declara haber sido informado, previamente a la firma de la presente Solicitud, que toda declaración falsa o inexacta brindada a la COMPAÑÍA relativa a la planilla de empleados y obreros, podrá conllevar a la nulidad del contrato de seguros.**

### Medios de comunicación pactados

El ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro se podrán usar medios físicos, electrónicos, comunicaciones telefónicas.

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

<b>Firma del Solicitante</b>	<b>Firma de la COMPAÑÍA</b>