

**Seguro Retiro Protegido**  
**Condiciones Particulares****Código SBS: RG2034100159****Póliza N° «POLICY»****Datos Generales de la Póliza**

Vigencia del Seguro:

Inicio de Vigencia: A partir de la hora indicada en el voucher del Retiro Protegido

Fin de Vigencia: A las XX horas de realizado el Retiro Protegido

Moneda:

Renovación:

**Datos de la COMPAÑÍA**

Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.

RUC: 20390625007

Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 267 - Of. 402, San Isidro

Teléfono: 417-5000

Correo electrónico: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com)Página Web: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)**Datos del CONTRATANTE**

Denominación Social o Nombres :

Tipo y N° de documento :

Dirección :

Distrito :

Provincia :

Departamento :

Teléfono :

Correo Electrónico :

**Datos del ASEGURADO**

Nombre s y Apellidos :

DNI / CE :

Fecha de Nacimiento :

Dirección :

Distrito :

Provincia :

Departamento :

Teléfono :

Correo Electrónico :

Relación con el CONTRATANTE:

**N° de Operación Protegida (Retiro Protegido)**

XXXX

## Condiciones para ser ASEGURADO

XXXX

## Beneficiarios

Es el propio Asegurado

## Cobertura y Suma Asegurada Máxima

Cobertura Principal	Suma Asegurada Máxima
Retiro Protegido contra Robo	XXXX

## Prima Comercial

Prima Comercial: XX

Prima Comercial + IGV: XX

Distribución de la prima comercial: XX

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)

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores (si fuera el caso): xxx

Forma de Pago: X

Periodicidad de Pago: X

(En caso de Pago con Cargo en la Tarjeta de Crédito o Cuenta)

- El CONTRATANTE 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 CONTRATANTE o este 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, la póliza quedará extinguida 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 CONTRATANTE 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.

### Medios de Comunicación Pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

### Autorización de Uso de Datos Personales

El CONTRATANTE/ASEGURADO tiene conocimiento y acepta, con la suscripción de la presente solicitud, que:

- (i) Los datos personales que proporciona quedan incorporados en el banco de datos de LA COMPAÑÍA, quien utilizará dicha información para la evaluación y gestión de los productos y/o servicios solicitados y/o contratados (procesamiento de datos, aprobaciones de cobertura, formalizaciones contractuales, remisión de correspondencia, entre otros tratamientos necesarios para la ejecución de la relación contractual y/o el procesamiento de la solicitud del producto y/o servicio); y
- (ii) Para la evaluación y gestión mencionada en el punto (i), sus datos personales podrán ser transferidos y/o encargados a terceros (vinculados o no vinculados) a nivel nacional y/o internacional, lo que incluye la incorporación de dicha información en las bases de datos de empresas reaseguradoras internacionales con las que opera LA COMPAÑÍA, para la evaluación de riesgos, investigación y otras actividades relativas a las de una reaseguradora de vida y salud.

El ASEGURADO mediante la suscripción de la presente solicitud reconoce que el tratamiento de sus datos personales tal como se establece en este punto es necesario para la aprobación y/o gestión de los productos solicitados.

La COMPAÑÍA se compromete a guardar la confidencialidad y dar un tratamiento seguro a los datos personales que recibe, y se asegurará de que los terceros a quienes transfiera los mismos se ajusten igualmente a tales deberes.

### 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 banca seguros 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.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un Comercializador, queda establecido que las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al Comercializador se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA, en la misma fecha de su realización.

### Declaración

El CONTRATANTE declara haber recibido y tomado conocimiento directo de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y Resumen Informativo, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato.

Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Chubb Seguros Perú S.A.**

\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE**