

## Seguro Siempre a Mano

### Solicitud de Seguro

Código SBS: AE2036100016

#### Datos del Contratante

Razón Social o Denominación Social:  
RUC:  
Dirección:  
Distrito / Prov. / Departamento:  
Representante Legal:  
Objeto Social:  
Correo Electrónico:  
Teléfono:

#### Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos:  
Tipo y N° Doc. de Identidad:  
Lugar de Nacimiento:  
Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa  
Nacionalidad:  
Señas Particulares:  
Dirección:  
Distrito / Prov. / Departamento:  
Teléfono: Profesión/Ocupación:  
Centro Laboral: Cargo:  
Relación con el CONTRATANTE:

#### Beneficiarios

El CONTRATANTE es el beneficiario del seguro. En ese sentido, si al momento de la ocurrencia del siniestro existen cuotas pendientes por el crédito que otorgó el CONTRATANTE al ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará al CONTRATANTE la indemnización establecida en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro, hasta donde sus intereses aparezcan, pagándose el saldo que hubiere al ASEGURADO, quien en este caso también será considerado como Beneficiario.

#### Coberturas y Sumas Aseguradas

Infarto Cardíaco	XXXX
Pérdida funcional de un miembro por accidente.	XXXX
Hospitalización por 15 días o más por accidente.	XXXX
Internación en UCI a causa de un accidente.	XXXX
Invalidez total o permanente por accidente.	XXXX
Fallecimiento accidental del (la)	
Cónyuge/conviviente o del hijo del asegurado	XXXX

#### Información Sobre la Deuda del Asegurado

Número de cuotas: XXX  
Monto de la deuda: XXX

#### Prima

Prima Comercial: XXX

Prima Comercial + IGV: XXX  
Forma de Pago: XXX

### Importante

- La edad mínima de ingreso es de quince (15) años. La edad máxima de ingreso es de sesenta y cuatro (64) años, once (11) meses y veintinueve (29) días. La edad máxima de permanencia es de 75 años, 11 meses y 29 días.
- **Quedan excluidos automáticamente del Riesgo Cubierto de Infarto Cardíaco los Asegurados con más de setenta y cuatro (64) años de edad. Si cuando supere dicha edad máxima de permanencia el seguro se encuentra vigente, la prima a cobrar se reducirá a fin que ésta contemple solamente las coberturas que estarán vigentes**
- Renovación automática por periodos iguales.

### Rechazo de la Solicitud

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

### Medios de Comunicación Pactados

Físicos, electrónicos y telefónicos. Se precisa que las comunicaciones se realizarán de acuerdo a los fines y condiciones señaladas en el marco normativo vigente.

### Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El CONTRATANTE/ASEGURADO 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/ASEGURADO 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, Condiciones Especiales (cláusulas adicionales) del seguro que solicita, accediendo a la página web de la COMPAÑÍA: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe), así como a la de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradora Privada de Fondos de Pensiones: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)

### Autorización para Uso de Datos Personales

El CONTRATANTE/ASEGURADO 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.

Confirmando la exactitud y veracidad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado, y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la aceptación del riesgo por parte de la COMPAÑÍA, y que una declaración falsa o reticencia de mi parte hecha con dolo o culpa inexcusable, implica la nulidad de la póliza.

## Duplicidad de Pólizas

Cuenta el CONTRATANTE/ASEGURADO con otra póliza de este mismo seguro? \_\_\_\_ (si) / \_\_\_\_ (no)

Fecha de Solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado