

Seguro Multiprotección

Solicitud de Seguro

Código SBS: AE2036100024 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía

Aseguradora: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro	
Teléfono: 417-5000 / FAX: 221-3313	
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

Requisitos para ser Asegurado

La afiliación es sólo válida para personas con edades entre los 18 años y los 64 años con 364 días.

Contratante

Nombres y Apellidos ó Denominación Social		Tipo y N° Doc. de Identidad ó RUC	
Lugar de Nac.		Fecha de Nac.	dd/mm/aa
Nacionalidad		Señas Particulares	
Dirección			
Distrito / Prov. / Departamento			
Teléfono		Profesión / Ocupación	
Centro Laboral		Cargo	
Correo electrónico			

Asegurado

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

Beneficiarios

Nombre y Apellidos	Parentesco	%
1)		
2)		
3)		
4)		

Coberturas y Sumas Aseguradas

Marque su opción:

Plan 1	Plan 2
• Muerte Accidental US\$ xxxxx • Invalidez Total y Permanente por Accidente US\$ xxxxx • Renta Hospitalaria (S/ xx Diarios máximo xx días al año) US\$ xxxxx • Sepelio por Accidente US\$ xxxxx PRIMA COMERCIAL PRIMA COMERCIAL + IGV TCEA: XX% (en caso de prima fraccionada) FORMA DE PAGO:	• Muerte Accidental US\$ xxxxx • Invalidez Total y Permanente por Accidente US\$ xxxxx • Renta Hospitalaria (S/ xx Diarios máximo xx días al año) US\$ xxxxx • Sepelio por Accidente US\$ xxxxx

Cargo a Tarjeta/Cuenta del Asegurado o Contratante

Sírvase cargar en mi tarjeta, la cuota mensual de mi Seguro Multiprotección que he decidido pagar según el plan elegido. El atraso en el pago de cualquiera de las cuotas mensuales generará la extinción del contrato de seguro a los 90 días de producido el incumplimiento. Los débitos mensuales serán efectuados al tipo de cambio vigente en la fecha de cargo.

TARJETA Nro.:

Oficina: _____ Vendedor: _____ Código de Vendedor: _____

Importante

1. El seguro entrará en vigencia una vez aprobada la solicitud.
2. La Póliza tiene vigencia anual y podrá renovarse automáticamente por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno.
3. La COMPAÑÍA se obliga a entregar el Certificado de Seguro al Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haberse recibido la solicitud del seguro, si no media rechazo previo de la misma.
4. En el caso que este seguro se comercialice a través de comercializadores, la COMPAÑÍA. 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 Seguro.

Medios de Comunicación Pactados (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro):
Físicas, electrónicas y telefónicas.

Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El CONTRATANTE acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento, salvo que la normatividad vigente o el pacto en la póliza establezcan que deba usarse el medio 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, las condiciones generales, condiciones especiales y cláusulas adicionales del seguro que solicita, a través de la web de la Compañía: www.chubb.com/pe así como de la web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's: www.sbs.gob.pe

Autorización para Uso de Datos Personales

El 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”.

Fecha

Firma del CONTRATANTE / ASEGURADO