



Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267,
Of.402
San Isidro - Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
www.chubb.com/
pe

Seguro de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

Solicitud de Seguro

Cód. de Reg. SBS: AE2036400034 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Datos de la Compañía

Denominación Social: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros
Dirección: Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro
Teléfono: (51-1) 417-5000
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com
www.chubb.com/pe

Datos del Contratante

Persona Natural:

Nombre: DNI :
Lugar de Nacimiento : Fecha de Nacimiento:
Dirección : Distrito :
Provincia Departamento :
Teléfono :
Correo Electrónico:

Persona Jurídica

Razón Social/Denominación Social
RUC :
Dirección :
Distrito : Provincia :
Departamento : Teléfono :
Correo Electrónico:

Datos del Asegurado Titular

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:
Correo Electrónico:

Datos de los Asegurados Adicionales

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres	Tipo y No. Doc. Identidad	Lugar y Fecha Nac.	Relación con el Asegurado Titular

Primas Comerciales**Planes:**

COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES			
Cobertura Principal	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Indemnización por diagnóstico de Cáncer (Período de Carencia: xx días)	xx	xx	xx
Cobertura Adicional			
xxx	xxx	xxx	xxx
Prima Comercial + IGV (Mensual)	xxx	xxx	xxx
Seleccione Plan			

Prima Comercial:**Prima comercial + IGV: (ver cuadro)**

Rango de Edades	Plan 1	Plan 2	Plan 3
0 - 34	xx	xx	xx
35 - 44	xx	xx	xx
45 - 54	xx	xx	xx
55 - 64	xx	xx	xx
65 - 69	xx	xx	xx

Periodicidad 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)

Forma y Lugar de Pago de la Prima:

(Según corresponda)

Cuando se establezca pago en EFECTIVO se realizará en:

Lugar: XXX

Dirección: XX

Teléfono. XX

Cuando se establezca pago con cargo en TARJETA DE CRÉDITO o CUENTA BANCARIA del ASEGURADO TITULAR:

- 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 encuentre saldo disponible en la cuenta designada por el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de X reintentos de cargo dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos reintentos no se pudiera 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 noventa (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.

Beneficiarios

Nombres	Relación con el Asegurado Titular	%

Requisitos de Asegurabilidad

Edad Mínima de Ingreso XX

Edad Máxima de Ingreso XX

Edad Máxima de Permanencia: XX , en tanto no haya renovado su seguro durante cinco (5) años consecutivos.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN PACTADOS (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro):

Físicos, electrónicos / telefónicos.

Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO Titular acepta expresamente que el medio que usarán las partes para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento. 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 Asistencia Médica, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y cláusulas adicionales del seguro que solicita, pudiendo acceder a la página web de la COMPAÑÍA. <http://www.chubb.com/pe> o a través de la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's: **www.sbs.gob.pe**.

Importante

- La información contenida en este documento 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 Asistencia Médica.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios desde la recepción de dicha solicitud.
- 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 o ASEGURADO al Comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- 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 bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
- En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima.
- 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.
- 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.

Autorización para Revelar Información Médica

Reconozco que conforme al artículo 25° de la Ley General de Salud, Ley 26842, las clínicas, hospitales o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad asegurada vinculada con la atención prestada al paciente, siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

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. 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, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

MARCAR OPCIÓN ELEGIDA: ACEPTA _____ NO ACEPTA _____

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

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.

Fecha de Solicitud

Firma del Asegurado Titular

Firma del Contratante