

## Seguro Desgravamen

### Crédito de Consumo - Dólares

Código SBS: VI2037420012  
Solicitud de Seguro No. \_\_\_\_\_

#### Datos del Contratante

Razón Social o Denominación Social:  
Dirección:  
Provincia:  
Teléfono:  
Representante Legal:

RUC:  
Distrito:  
Departamento:  
Correo Electrónico:  
Objeto Social:

#### Asegurados por Tipo de Crédito

##### Tipo de crédito

Individual:  
Mancomunado:

##### Individual:

Nombre Completo: XXXX  
DNI: XXXX

##### Mancomunado:

Nombre completo

DNI  
XXX

XXX  
XXX

XXX  
XXX

XXX

#### Datos del Asegurado Titular (Solicitante) Quien mantiene una relación económica con el contratante

Nombres y Apellidos:  
Lugar de Nacimiento:  
Nacionalidad:  
Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):  
Teléfono:

Tipo y Número de documento de Identidad:  
Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa  
Profesión/Ocupación:

**Coberturas Básicas**

- Muerte Natural
- Muerte Accidental

**Coberturas Adicionales**

XXX

**Suma Asegurada (Elegir)** Saldo Deudor**Monto Inicial****Beneficiarios Adicionales (En Caso de elegir Monto Inicial como Suma Asegurada)**

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	%

**Declaración Jurada de Salud**

¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad grave (diabetes, hipertensión, afección cardiaca u otras que afecten seriamente su salud)? SI / NO

¿Ha sufrido algún accidente grave? SI / NO

Si ha respondido SI, precisar detalles:

---

Si ha respondido SI, la COMPAÑÍA tiene derecho a cobrar una extraprima, la cual si no es aceptada por el Solicitante, se entiende en este acto que el seguro no es otorgado.

**Práctica de Deportes Peligrosos**

Practica usted algún deporte notoriamente peligroso? (ejemplos: inmersión y caza submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo, parapente, saltos al vacío desde puntos elevados, esquí acuático y sobre nieve, boxeo, rugby, fútbol americano, carreras de caballo, corrida de toros y cacería de fieras) SI / NO

Si ha respondido SI, precisar detalles:

---

Si ha respondido SI, la COMPAÑÍA tiene derecho a cobrar una extraprima, la cual si no es aceptada por el Solicitante, se entiende en este acto que el seguro no es otorgado.

**Importante**

1. Chubb Seguros Perú S.A. se obliga a entregar el Certificado de Seguro al CONTRATANTE dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro, a fin de que lo entregue al ASEGURADO, salvo que ocurra lo indicado en el acápite referido al rechazo de la solicitud.
2. En el caso que este seguro se comercialice a través de comercializadores, Chubb Seguros Perú S.A. 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.
3. Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO al comercializador por aspectos relacionados con la presente póliza tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados al comercializador se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.

**Declaración Personal de Salud (DPS) y Exámenes Médicos**

Según la edad del ASEGURADO y el Monto del Crédito se solicitará completar una Declaración Personal de Salud (DPS) y/o Exámenes Médicos, según el siguiente cuadro:

Monto del crédito	Menores a XX años	De XX hasta XX años	Mayores de XX años
Hasta XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
De XXXX a XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

El presente cuadro muestra los diferentes exámenes médicos a solicitar en caso corresponda.

### **Rechazo de la Solicitud**

En caso de solicitar la DPS y/o Exámenes Médicos según los criterios descritos previamente, Chubb Seguros Perú S.A. se obliga a comunicar al contratante o tomador dentro del plazo de quince (15) días de presentada esta solicitud, si ésta ha sido rechazada.

### **Declaración Jurada del Asegurado y Autorización para revelar Información Médica**

El ASEGURADO declara bajo juramento que las respuestas proporcionadas en esta Solicitud son verídicas y completas y que es de su conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad hace nulo el Contrato de Seguro si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO.

Asimismo, reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud No. 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

### **Medios de Comunicaciones Pactados** (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro):

Comunicaciones físicas, electrónicas y/o telefónicas, salvo aquellos casos en los que la norma dispone de una formalidad específica para realizar la comunicación.

### **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 son los establecidos en este documento.

### **Declaración**

El CONTRATANTE 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 Vida, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita.

### **Autorización de 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.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del ASEGURADO

\_\_\_\_\_  
Firma del CONTRATANTE