

Seguro Desgravamen - Crédito de Consumo

Solicitud de Seguro N°

Código SBS N°: VI2037410010 Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros (LA COMPAÑÍA)

Nombre: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	RUC: 20390625007
Dirección: Amador Merino Reyna N°267 Oficina 402, San Isidro	Teléfono: 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

Datos del Seguro

Tipo de Seguro:	Individual (<input type="checkbox"/>)	Mancomunado (<input type="checkbox"/>)
Vigencia: La cobertura del seguro se inicia desde el momento en que el crédito haya sido desembolsado al ASEGURADO, extendiéndose hasta la cancelación del crédito, siendo requisito indispensable para seguir en vigor que el ASEGURADO se encuentre en todo momento al día en el pago de las cuotas del crédito.		

Datos del CONTRATANTE

Razón Social o Denominación Social:	RUC:
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Correo electrónico:

Datos del COMERCIALIZADOR

Razón Social o Denominación Social:	RUC:
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Correo electrónico:

ASEGURADOS

Personas naturales clientes del Contratante que hayan contratado un crédito y que se encuentren dentro de los rangos de edad establecidos en la póliza.

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos:	
Tipo y Número de Documento de Identidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):
Domicilio (Calle, N°, distrito, provincia, departamento):	
Teléfono:	Relación con el CONTRATANTE:
Profesión u Ocupación:	Nacionalidad:

Asegurado Adicional (solo en caso de créditos mancomunados)

Nombres y Apellidos:	
Tipo y Número de Documento de Identidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):
Domicilio (Calle, N°, distrito, provincia, departamento):	
Teléfono:	Relación con el ASEGURADO Titular:
Profesión y ocupación:	Nacionalidad:

Coberturas, Sumas Aseguradas

Coberturas Principales	Suma Asegurada (S/)
Muerte Natural	Saldo Deudor o Monto Inicial según se pacte.
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	
Coberturas Adicionales (opcionales)	Suma Asegurada (S/)
(-----)	S/
(-----)	
(-----)	

Primas

Tasa Comercial:

Tasa Bruta:

Fórmula de Cálculo de Prima Comercial:

Forma de Pago:

Periodicidad de Pago:

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)

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 encontrase saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta 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 Solicitud-Certificado quedará extinguido 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 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.**

Requisitos de Asegurabilidad

Edad Mínima de Ingreso:
Edad Máxima de Ingreso:
Edad Máxima de Permanencia:

Beneficiarios**Para Desgravamen sobre Saldo Deudor**

El Beneficiario es la entidad financiera que respalda el crédito por el total del valor de la suma asegurada a la fecha de siniestro (**sin incluir intereses compensatorios ni moratorios, penalidades, comisiones o gastos**).

Para Desgravamen sobre Monto Inicial

El Beneficiario Principal es la entidad financiera que respalda el crédito por el total del valor de la deuda a la fecha de siniestro (**sin incluir penalidades, comisiones o gastos**).

Como Beneficiario Adicional: Por el valor de la diferencia que exista entre la Suma Asegurada en la Solicitud-Certificado, y el saldo insoluto de la deuda (sin considerar penalidades, comisiones y gastos) a la fecha de ocurrencia del siniestro, serán beneficiarios los siguientes:

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	% Participación

En caso de no designarse Beneficiario(s) Adicional(es), la indemnización se pagará a los herederos del ASEGURADO en partes iguales. En caso de designarse más de un beneficiario y de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios Adicionales en cualquier momento, mediante comunicación escrita a la COMPAÑÍA.

Medios de Comunicación Pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

Autorización 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. Esta autorización incluye compartir información con terceros para fines estadísticos, de siniestralidad y de control de fraudes. 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.

EL ASEGURADO AUTORIZA: Sí _____ No _____ (marcar con una X)

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.

Importante

1. La información contenida en este documento es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en el presente documento y Cláusulas Generales de Contratación comunes a los seguros de Vida.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro colectivo a la COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
3. En el caso que este seguro se comercialice a través de un comercializador, 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 del seguro, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden, de conformidad con el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por Resolución SBS N°4143-2019. Asimismo, las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a Chubb Seguros Perú S.A.
4. De igual manera, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a la COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización. En el caso de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N°3274-2017 y sus normas modificatorias.
5. 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.
6. 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.

Si bien EL ASEGURADO o en su caso el BENEFICIARIO, es el responsable de proporcionar toda la documentación e información necesarias en caso de solicitud de cobertura, con la suscripción del presente documento, EL ASEGURADO brinda su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que Chubb Seguros Perú S.A y/o la ENTIDAD FINANCIERA que desembolsa el crédito (esta última en su calidad de Beneficiario de la Póliza de Seguro y solo con la finalidad de gestionar la solicitud de cobertura), pueda solicitar a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, la exhibición y entrega de su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en poder de éstos, autorizando desde ya a dichos establecimientos de salud a la entrega de su información.

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

La Declaración Personal de Salud (DPS) deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por Chubb Seguros Perú S.A, y formarán parte de la Póliza de Seguro. De ser el caso y como resultado de la evaluación de la DPS, el seguro podrá ser aceptado o rechazado por Chubb Seguros Perú S.A. Una declaración falsa de parte del ASEGURADO no generará obligaciones por parte de Chubb Seguros Perú S.A.

Declaraciones

El 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 Vida, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales (cláusulas adicionales) del seguro que solicita, accediendo a la página web de la COMPAÑÍA: 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.

Fecha de emisión: _____

 Firma del CONTRATANTE

 Firma del ASEGURADO Titular

 Firma del ASEGURADO Adicional
 (solo seguros mancomunados)