

CHUBB®

Seguro de Hospitalización

Solicitud de Seguro N° _____

Código SBS: AE2036400022. Adecuada a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.

Compañía

Razón Social: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros
RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna No. 267 Oficina 402 - San Isidro
Teléfono: (51-1) 417-5000
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com
Página Web: <http://www.chubb.com/pe>

Contratante

Persona Natural

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: _____

Personas Jurídicas

Razón Social / Denominación Social: _____ RUC: _____
Dirección: _____ Distrito: _____
Provincia: _____ Departamento: _____
Teléfono: _____

Comercializador

Persona Natural

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: _____

Personas Jurídicas

Razón Social / Denominación Social: _____ RUC: _____
Dirección: _____ Distrito: _____
Provincia: _____ Departamento: _____
Teléfono: _____

Asegurado Titular

Nombres y Apellidos:	Tipo y N° Doc. Identidad:
Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Teléfono:	Correo Electrónico:
Relación con el Contratante:	

Asegurado Adicional

Nombres y Apellidos:
Tipo y N° Doc. Identidad:
Fecha de nacimiento:
Relación con el Asegurado Titular:

Requisitos para ser Asegurado

Edad de Mínima de Ingreso:
- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional
Edad Máxima de Ingreso:
- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional
Edad Máxima de Permanencia:
- ASEGURADO Titular:
- ASEGURADO Adicional

Coberturas y Sumas Aseguradas y Primas Comerciales

Cobertura Principal	Descripción	Suma Asegurada y Límites
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad	XXXX	XXXXXX
Coberturas Adicionales	Descripción	Suma Asegurada y Límites
XXXX	XXXX	XXXXXX
XXXX	XXXX	XXXX

Prima Comercial : XXXX

Prima Comercial + IGV : XXXX

Periodicidad de Pago: xxxxx

Forma 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)

Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores (si fuera el caso): xxx

Forma de Pago: X

Periodicidad de Pago: X

(En caso de Pago con Cargo en la Tarjeta de Crédito o Cuenta)

- El CONTRATANTE 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 encontrara saldo disponible en la cuenta designada el CONTRATANTE o este 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 Póliza/Certificado de Seguro, según corresponda, 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 CONTRATANTE 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 y Apellidos	Relación con el Asegurado	%

Importante

1. La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
2. 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 banca seguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
3. En el caso que este seguro sea comercializado a través de un Comercializador, queda establecido que 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 y/o ASEGURADO al Comercializador se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA, en la misma fecha de su realización.

Reconocimiento para revelar Información Médica (solamente para Efectos del Asegurado)

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.

Deducible

XXXX

Periodo de Carencia

XXXX

¿Otras pólizas con la Compañía?

¿Tiene usted contratada otra póliza de este mismo producto de seguro con nosotros?
___ (si) / ___ (no)

Chubb Seguros Perú S.A.

Contratante / Asegurado Titular