

## Seguro de Indemnización por Enfermedades Graves

### Solicitud de Seguro

Código SBS N° AE2036400032

Contratante	
<b>Persona Jurídica:</b> Razón Social / Denominación Social Domicilio RUC Teléfono	<b>Persona Natural:</b> Nombre y Apellido Domicilio Tipo y Nro de Documento de Identidad Teléfono Correo Electrónico

Asegurado Titular	
1.	Apellido Paterno:
2.	Apellido Materno:
3.	Nombres:
4.	Tipo y Número de documento de Identidad:
5.	Fecha de Nacimiento: dd/mm/aa
6.	Domicilio (Calle / Nro / Distrito / Provincia / Departamento):
7.	Teléfono:
8.	Relación con el CONTRATANTE:
9.	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

### Cobertura

La COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, si durante la vigencia de esta Póliza el ASEGURADO es diagnosticado con alguna de las enfermedades graves o si se le hubiese practicado alguna de las intervenciones quirúrgicas:

- a) Infarto Agudo al Miocardio
- a) Accidente Cerebro Vascular
- b) Cáncer
- c) Insuficiencia Renal Crónica
- d) Parálisis
- e) Cirugía de Bypass (Aortocoronaria)
- f) Trasplante de Órganos
- g) Esclerosis Múltiple:

**Las coberturas tienen limitaciones y exclusiones.**

**Sumas Aseguradas y Primas Comerciales + IGV**

Rango de Edades	AAA	BBB	CCC
0 – 35	US\$ / S/	US\$ / S/	US\$ / S/
36 – 45	US\$ / S/	US\$ / S/	US\$ / S/
46 – 55	US\$ / S/	US\$ / S/	US\$ / S/
56 – 69	US\$ / S/	US\$ / S/	US\$ / S/

Prima comercial: XXXX

Prima Comercial + IGV: (las señaladas en el cuadro superior)

Forma y Lugar de Pago de la prima: XXXX Periodicidad: x

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX

**Medios de Comunicaciones Pactados** (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro): Físicos, electrónicos / telefónicos, salvo que no se haya pactado o la norma no requiera, que la comunicación deba ser realizada por escrito.

**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 es el establecido en este documento.

**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 a los Seguros de Asistencia Médica, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y cláusulas adicionales del seguro que solicita, accediendo a la web de la COMPAÑÍA: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe)

**Autorización para 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”.

**Declaración Jurada y Autorización para revelar Información Médica**

Declaro bajo juramento que mis dependientes y yo gozamos de buena salud y que las respuestas proporcionadas en esta Solicitud son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad, hecha con dolo o culpa inexcusable, anula el Seguro y en consecuencia toda obligación de Chubb Seguros Perú S.A.

Asimismo, reconozco 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.

**IMPORTANTE:**

1. LA COMPAÑÍA se obliga a entregar la Póliza al CONTRATANTE y Certificado al ASEGURADO, según corresponda, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber contratado el seguro, de acuerdo a la normativa aplicable.
2. 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 la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de la Póliza de Seguros. 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.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del CONTRATANTE / ASEGURADO