

Microseguro de Vida Sepelio

Solicitud N° _____

Póliza N° _____

Código SBS N° VI2038000127

Compañía de Seguros (LA COMPAÑÍA)

Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 2039625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 367 Of. 402 San Isidro	Teléfono: 417-5000/ 399-1212
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Pag Web: www.chubb.com/pe

Datos del Microseguro

Inicio de vigencia	Fin de vigencia
Renovación	

Datos del Contratante

Razón Social:	RUC:
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	Comisión:

Datos del Comercializador

Razón Social:	RUC:
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	Comisión:

Datos del Corredor de Seguro (en caso corresponda)

Nombre:	Código SBS:
Dirección:	Comisión:

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos:	
DNI/CE:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	

Descripción del Interés Asegurado

Proteger al ASEGURADO contra riesgos accidentales

Beneficiarios

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	% Participación

En caso de no designarse Beneficiario(s) de este seguro, la indemnización se pagará a los herederos legales del Asegurado. 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.

Cobertura	
Detalle de Cobertura	Suma Asegurada
Fallecimiento: En caso el ASEGURADO fallezca durante la vigencia de esta Póliza, la COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, Póliza Simplificada o Solicitud-Certificado, según corresponda; en los plazos y términos que se señalan en las mismas, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro.	S/ USD

Prima y Forma de Pago

Prima Comercial (*):

Prima Comercial + IGV:

(*) La prima comercial incluye:

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

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

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

Forma y plazo para el pago de la prima:

Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores: XX

Condiciones para ser Asegurado

Edad Mínima de Ingreso: X

Edad Máxima de Ingreso: X

Edad Máxima de Permanencia: X

Cargo en Tarjeta o Cuenta

XXXX

Importante

1. El ASEGURADO tiene derecho a acceder al contenido de la póliza de seguro de grupo o colectivo o a solicitar copia de ella. La copia de la póliza debe ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la fecha en que la empresa o el comercializador reciben la solicitud del asegurado
2. **Toda comunicación, reclamo o solicitud de cobertura dirigida al Comercializador sobre aspectos relacionados a los seguros contratados, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a LA COMPAÑÍA.**
3. **Todo pago realizado por el ASEGURADO al Comercializador con respecto a los seguros contratados se considerará abonado a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.**
4. **LA COMPAÑÍA es responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de los seguros en que incurra el Comercializador y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los ASEGURADOS y/o beneficiarios.**
5. El presente seguro forma parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o muerte accidental, creado mediante la Ley 29355.
6. **Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.**

Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas, electrónicas o telefónicas.

Autorización para Uso de Medios de Comunicación Pactados

El ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará LA COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro son los establecidos en este documento, salvo que la normatividad señale una forma específica de comunicación.

Envío Póliza Electrónica (cuando corresponda)

El ASEGURADO manifiesta conocer que LA COMPAÑÍA podrá enviar de forma electrónica la póliza al correo electrónico declarado en el presente documento.

Asimismo, el ASEGURADO declara que conoce sobre (i) las ventajas y posibles riesgos asociados al envío del presente seguro por medios electrónicos; (ii) las medidas de seguridad que le corresponden aplicar y que (iii) a efectos de garantizar la autenticidad e integridad del presente seguro el envío de la póliza/certificado de seguro se hará al correo declarado al presente documento con la firma correspondiente de un funcionario de la COMPAÑÍA.

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.

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: XXXX

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 XXXXX y el código XXXX.

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.

LA COMPAÑÍA

Comercializador

Asegurado

Fecha de Solicitud