

## Seguro Protección de Bolso

### Solicitud de Seguro

---

Código SBS \_\_\_\_ adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

#### Compañía de Seguros

Denominación Social: Chubb Seguros Perú S.A.

Ruc: 20390625007

Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 267, Oficina 402, San Isidro, Lima

Teléfono: (51-1) 417-5000

Correo electrónico: [atencion.seguros@chubb.com](mailto:atencion.seguros@chubb.com)

Página web: <http://www.chubb.com/pe>

#### Comercializador

Denominación Social:

Ruc:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

#### Corredor de Seguros

Denominación Social:

Ruc:

Dirección:

Teléfono:

Comisión

Código de Registro SBS N°:

#### Contratante

Nombre / Razón/Denominación social:

DNI / Ruc:

Relación con el Asegurado Titular:

Domicilio:

Distrito:

Departamento:

Correo electrónico:

Provincia:

Teléfono:

### Asegurado Titular

Nombres y Apellidos:

Tipo y N° de Documento de Identidad:

Lugar de Nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono:

Relación con el Contratante:

Correo electrónico:

### Asegurado Adicional

Nombres y Apellidos:

Tipo y N° de Documento de Identidad:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Relación con Asegurado Titular:

### Asegurado Adicional

Nombres y Apellidos:

Tipo y N° de Documento de Identidad:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Relación con Asegurado Titular

### Coberturas, Sumas Aseguradas y Primas Comerciales

Cobertura Principal	Suma Asegurada
Robo de Bolso (*)	XXXXX Máximo XXXX eventos por año
Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
XXXXXX	

XXXXXX	XXXXXX
	XXXXXX
Prima Comercial	XXXXXX
Prima Comercial + IGV	XXXXXX

La COMPAÑÍA solo brindará cobertura por el Robo de Bolso, respecto de los objetos listados en el Certificado de Seguro.

Distribución de la prima comercial:

- Cobertura principal: XXXX%
- Coberturas adicionales: XXXX%

La entrega de bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores serán determinados de acuerdo a los siguientes parámetros: XXXX.

Periodicidad de Pago: XXXX

Total de cuotas pactadas: XXXX

TCEA: XXXX%

Forma de Pago: XXXX

N° de Tarjeta/Cuenta (en caso corresponda: XXXX)

**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: X**

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

En caso la moneda de la tarjeta de crédito o de cuenta resulte distinta a aquella con la que se contrató el Seguro, se utilizará el tipo de cambio correspondiente a la fecha de cargo de la prima.

### **Medios de Comunicación Pactados**

---

Físico, correo electrónico, comunicaciones telefónicas, salvo que la legislación disponga un medio de comunicación específico.

### **Autorización para Uso de Medio de Comunicación**

---

Físico, correo electrónico, comunicaciones telefónicas, salvo que la legislación disponga un medio de comunicación específico.

## **Autorización para Uso de Datos Personales**

---

El ASEGURADO/CONTRATANTE autoriza de manera expresa a LA COMPAÑÍA 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.

## **Importante**

---

- Edad de asegurabilidad para el ingreso: Desde los XXXX hasta los XXXX años. Edad de permanencia: hasta los XXXX años.
- El CONTRATANTE/ASEGURADO autoriza a la entidad financiera que corresponda, a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de las primas respectivas.
- 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 de la póliza de Seguros.
- En el caso que este Seguro se comercialice a través de un Comercializador, 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 LA COMPAÑÍA. 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.
- El Asegurado y/o Contratante autoriza de manera expresa a LA COMPAÑÍA 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**

---

El CONTRATANTE/ASEGURADO declaran haber tenido a su disposición de manera previa a la contratación de este Seguro, las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Riesgos Generales, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Cláusulas Adicionales del Seguro que solicita.

Asimismo, autoriza que se realice el descuento en su cuenta o tarjeta de crédito indicada del valor de la cuota correspondiente a la prima comercial más IGV de su póliza de Seguro Protección de Bolso.

---

**FECHA DE SOLICITUD**

---

**CONTRATANTE / ASEGURADO**