

**Familia Segura - Accidentes**

**Solicitud de Seguro**

**Datos de la Empresa de Seguros**

Razón Social: Chubb Seguros Perú  
 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

**Datos del Contratante**

Persona Natural

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

Persona Jurídica

Razón Social / Denominación Social: RUC :  
 Dirección :  
 Distrito : Provincia :  
 Departamento : Teléfono :  
 Correo Electrónico

**Datos del Asegurado Titular**

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

**Datos del Corredor**

1. Apellidos y Nombres o Razón Social:
2. Registro SBS:
3. Comisión:

**Asegurados Adicionales**

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Relación con el Asegurado Titular	Fecha Nac.

**Requisitos para ser Asegurado**

Podrán asegurarse las personas comprendidas entre los xx (xx) años hasta los xx (xx) años con trescientos sesenta y cuatro (364) días de edad, pudiendo permanecer aseguradas hasta la edad de xx (xx) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

**Coberturas y Sumas Aseguradas y Primas Comerciales + IGV**

Pago mensual (marcar el Plan elegido):

**Titular Solo o Cónyuge/ Conviviente o Padres o Hijos**

Coberturas	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Cobertura Principal			
Muerte Accidental	XXX	XXX	XXX
Coberturas Adicionales			
XXXX	XXX	XXX	XXX

**Titular**

Prima Comercial Mensual			
Prima Comercial + IGV Mensual			

**Cónyuge / Conviviente**

Prima Comercial Mensual			
Prima Comercial + IGV Mensual			

**Padres**

Prima Comercial Mensual			
Prima Comercial + IGV Mensual			

**Hijos**

Prima Comercial Mensual			
Prima Comercial + IGV Mensual			

**Plan Elegido:** XXXX

Prima Comercial:  
Prima Comercial + IGV

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

**Beneficiarios (si los hubiere)**

Nombres	Apell. Paterno	Apell. Materno	%	Parent.	Rel con el Aseg.	Cob. Adicional

**Medios de Comunicaciones Pactados** (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro): Físicos, vía correo electrónico y/o números telefónicos, salvo que la norma disponga un medio de comunicación específico.

**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 Accidentes Personales, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Cláusulas Adicionales del Seguro que solicita.

**Autorización para 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](http://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](http://www.chubb.com/pe), respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

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](mailto: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. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
2. En el caso que este seguro sea comercializado a través de un Comercializador 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 o ASEGURADO al Comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
3. LA COMPAÑÍA es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
4. 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 bancaseguros 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.
5. Franquicias o Copago: xxxx
6. En caso el seguro se cargue en una tarjeta de crédito o cuenta; el ASEGURADO TITULAR autoriza a la entidad financiera a cargar mensualmente en su tarjeta o cuenta designada el importe de la prima antes indicada.

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

Declaro bajo juramento que mi(s) dependiente(s) y yo gozamos de buena salud (entiéndase por esto que no padecemos de ninguna enfermedad grave) y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad hecha con dolo y/o culpa inexcusable, hace nulo 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.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante/ Asegurado Titular