CHUBB

Chubb Seguros Perú S.A
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402
San Isidro – Lima 27
Perú

O (511) 417-5000
F (511) 221-3313
www.chubb.com/pe

Solicitud de Seguro Individual de Accidentes Personales

Datos del Contratante

Para Personas Naturales	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y No. De Documento de Identidad:	Fecha de Nacimiento:
Sexo:	Profesión u Ocupación:
Nacionalidad:	Señas Particulares:
Dirección:	
Distrito / Prov. / Departam.:	
Teléfono(s):	Correo Electrónico:
Para Personas Jurídicas	
Razón Social / Denominación Social:	RUC :
Dirección :	
Distrito :	Provincia :
Departamento :	Teléfono :
Representante Legal :	Correo Electrónico
Objeto Social :	
Centro Laboral :	Cargo :

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos:	
Tipo y No. De Documento de Identidad:	Fecha de Nacimiento:
Sexo:	Profesión u Ocupación:
Nacionalidad:	Señas Particulares:
Dirección:	
Distrito / Prov. / Departam.:	

Asegurados Adicionales (Dependientes)

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Fecha Nac.

Coberturas

Cobertura Principal — **Suma Asegurada**

- Muerte Accidental — US $ S/

Coberturas Adicionales

- Muerte Accidental en Transporte Publico (*) — US $ S/
- Muerte Accidental en Transporte Aéreo (*) — US $ S/
- Renta Hospitalaria por Accidente y Enfermedad — US $ S/
- Muerte Accidental en Transporte Privado Terrestre o como Peatón (*) — US $ S/
- Renta Estudiantil por Muerte Accidental (*) — US $ S/

Prima Comercial : US$ S/
Prima comercial + IGV : US$ S/

Forma de Pago: XXX

(*)Esta suma asegurada es en adición a la considerada en la cobertura Principal de Muerte Accidental

Beneficiarios

Nombres y Apellidos	Parentesco	%
1.		
2.		
3.		

Coberturas

Cobertura Principal **Suma Asegurada**

- Muerte Accidental US $ S/

Coberturas Adicionales

- Muerte Accidental en Transporte Publico (*) US $ S/
- Muerte Accidental en Transporte Aéreo (*) US $ S/
- Renta Hospitalaria por Accidente y Enfermedad US $ S/
- Muerte Accidental en Transporte Privado Terrestre o como Peatón (*) US $ S/
- Renta Estudiantil por Muerte Accidental (*) US $ S/

Prima Comercial : US$ S/
Prima comercial + IGV : US$ S/

Forma de Pago: XXX

(*)Esta suma asegurada es en adición a la considerada en la cobertura Principal de Muerte Accidental

Cargo en Tarjeta o Cuenta

Sírvase cargar en mi tarjeta/cuenta, la cuota de la prima de mi Seguro Individual de Accidentes Personales que he decidido pagar según el plan elegido. El atraso en el pago originará a extinción del contrato de seguro si transcurren 90 días desde la fecha de vencimiento de la primera cuota impaga.

Tarjeta / Cuenta Nro.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Importante

- La afiliación es sólo válida para personales con edades entre los 18 años y los 64 años con 364 días. En caso contrario el seguro no tiene validez.La vigencia de la póliza es mensual, con renovación automática por periodos iguales, salvo que la COMPAÑÍA o el Asegurado manifiesten su interés de ponerle término con 30 días de anticipación.
- La vigencia de la póliza es mensual, con renovación automática por periodos iguales, salvo que la COMPAÑÍA o el Asegurado manifiesten su interés de ponerle término con 30 días de anticipación.
- En el caso que este seguro se comercialice a través de empresas del sistema financiero, 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.

Medios de Comunicación Pactados (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro):
Físicos, electrónicos y números telefónicos.

Autorización para Uso de Medio de Comunicación:
El 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 declara que ha tenido a su disposición de manera previa a la contratación del seguro, las condiciones generales de contratación comunes, las condiciones generales, condiciones especiales y cláusulas adicionales del seguro que solicita, accediendo a la página web de la Compañía: www.chubb.com/pe

Autorización para Uso de Datos Personales
El (la) señor(a) 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".

Fecha Solicitud	Firma del Contratante y/o Asegurado