

**Seguro Protección Cyber Plus**

**Solicitud de Seguro**  
**Código SBS N°:**

**Datos del CONTRATANTE**

Denominación Social o Nombres :  
 Tipo y N° de documento :  
 Dirección :  
 Distrito :  
 Provincia : Departamento :  
 Teléfono : Correo Electrónico :

**Datos del ASEGURADO**

Nombre s y Apellidos :  
 DNI / CE :  
 Fecha de Nacimiento :  
 Dirección :  
 Distrito : Provincia :  
 Departamento : Teléfono :  
 Correo Electrónico : Relación con el CONTRATANTE:

**Condiciones para ser ASEGURADO**

XXXX

**Beneficiarios**

Nombres % de Capital Relación con el Asegurado

**Coberturas, Sumas Aseguradas Máximas y Límites**

Cobertura Principal	Suma Asegurada Máxima	Límites
Uso indebido de tarjeta por Robo, Secuestro, Hurto o Extravío	XXXX	Deducible: Periodo de Carencia:

Coberturas Adicionales	Suma Asegurada Máxima	Límites
xxx	XXXX	Deducible: Periodo de Carencia:
xxx	XXXX	Deducible: Periodo de Carencia:

**Prima Comercial**

Prima Comercial:  
 Prima Comercial + IGV:

La prima comercial incluye:

- Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)
- Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)
- Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)

TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

Bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores (si fuera el caso): xxx

#### Tarjeta Asegurada

Entidad Emisora: XX

Tarjeta N°: XX

Tarjetas Adicionales: XX

#### Pago de la Prima

Forma de Pago: X

Periodicidad de Pago: X

(En caso de Pago con Cargo en la Tarjeta de Crédito o Cuenta)

- El CONTRATANTE autoriza el cargo mensual de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.
- En caso no se encontrara saldo disponible en la cuenta designada el CONTRATANTE o este tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de X reintentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de X nuevos intentos en la siguiente fecha de cargo, incluyendo en esta última oportunidad la prima del mes pendiente más la prima del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, la Póliza/Certificado de Seguro, según corresponda, quedará extinguido transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del CONTRATANTE del pago oportuno de la prima.
- La prima se cargará en Soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

#### Medios de Comunicación Pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

#### Autorización de Medios de Comunicación

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.

#### Importante

- La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- 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 banca seguros 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.
- En el caso que este seguro sea comercializado a través de un Comercializador, queda establecido que 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 y/o ASEGURADO al Comercializador se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA, en la misma fecha de su realización.

#### Envío Póliza Electrónica (cuando corresponda)

LA COMPAÑÍA podrá enviar de forma electrónica la Póliza/Certificado de Seguro, según corresponda al correo declarado en el presente documento.

Asimismo, el CONTRATANTE / 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, según corresponda, se hará al correo declarado al presente documento con la firma correspondiente de un funcionario de la COMPAÑÍA.

#### Autorización de Datos Personales (cuando corresponda)

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

La COMPANÍA 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.

#### Declaración

El CONTRATANTE declara haber recibido y tomado conocimiento directo de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y Resumen Informativo, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato.

Fecha de Emisión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Chubb Seguros Perú S.A.

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE