

Seguro Vida Ley Ex Trabajadores

Solicitud De Seguro

Código SBS: VI2038200018

Datos del Asegurado (Contratante)

- Nombre Completo:
 - Doc. De Identidad: DNI CE Otro _____
 - Fecha de Nacimiento:
 - Domicilio:
 - Distrito:
 - Departamento:
 - Ex Empleador:
- N° de Documento: _____
Sexo: Masculino Femenino
N°: _____ Interior: _____
Provincia: _____
Teléfono: _____
Fecha de Cese: _____

Datos del Corredor de Seguros (Completar solo si es necesario)

- Nombre completo o Razón Social / Denominación Social:
- Registro SBS:

Importante

- Es requisito indispensable para proceder con la emisión de la póliza que el ASEGURADO solicite el seguro y pague la prima dentro del plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes al término de la relación laboral.
- El ASEGURADO deberá adjuntar copia simple de tres últimas boletas de pago y copia simple de la carta de cese, como requisito para adquirir el seguro.
- Para el pago del beneficio de las coberturas de Fallecimiento Natural o Fallecimiento Accidental, se deberá proporcionar a la COMPAÑÍA una Declaración Jurada de Beneficiarios con firma certificada notarialmente o por Juez de Paz (a falta de Notario), o Testamento por Escritura Pública si este es posterior a la declaración jurada; o en su defecto serán BENEFICIARIOS los Herederos Legales del ASEGURADO. No será válida la designación de BENEFICIARIOS no comprendidos en el artículo 1° del Decreto Legislativo N° 688 o sin observar la formalidad antes indicada.
- Chubb Seguros Perú se obliga a entregar la Póliza de Seguro al ASEGURADO dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro y siempre que haya pagado la prima respectiva.

Declaración Jurídica

Declaro bajo juramento que la información proporcionada en esta Solicitud de Seguro es verídica y completa y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad hecha con dolo o culpa inexcusable hace nulo el Seguro y en consecuencia toda obligación de Chubb Seguros Perú S.A.

Fecha de Solicitud

Firma del ASEGURADO