

Póliza de Seguro por Muerte Accidental

Solicitud de Seguro

No.: (Pre-Numerado)

Contratante

Nombre / Razón o Denominación Social:	DNI / CE / RUC :
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad :	Señas Particulares:
Profesión / Ocupación:	Objeto Social :
Dirección :	
Distrito :	Provincia :
Departamento :	Teléfono :
Centro Laboral :	Cargo :
Correo Electrónico:	

Asegurado (llenar si es distinto al Contratante)

Nombre:	DNI / CE :
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad :	Señas Particulares:
Profesión / Ocupación:	Dirección :
Distrito :	Provincia :
Departamento :	Teléfono :
Centro Laboral :	Cargo :
Relación con el Contratante:	
Correo electrónico:	

Beneficiarios – Muerte Accidental y Sepelio por Accidente

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Parentesco	Porcentaje
1.				
2.				
3.				
4.				

Beneficiarios – Auxilio Educativo

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Parentesco	Porcentaje
1.				
2.				

Declaración de Salud

¿Padece usted de alguna incapacidad física grave o de alguna enfermedad orgánica nerviosa o mental?
 _____ Sí _____ No

Coberturas y Sumas Aseguradas

- | | |
|-----------------------------------|------|
| • Muerte Accidental | XXXX |
| • Sepelio por Accidente | XXXX |
| • Auxilio Educativo por Accidente | XXXX |

Prima

Prima Comercial: XXXX

Prima Comercial + IGV: XXX

Rechazo de la Solicitud

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar al CONTRATANTE, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que se le haya requerido información adicional en el referido plazo.

Medios de Comunicaciones Pactados

Físicos, electrónicos y telefónicos.

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. Se precisa que comunicaciones telefónicas sólo procederán en caso no se haya pactado, o la norma no requiera, que la comunicación deba ser realizada por escrito.

Declaración

El CONTRATANTE 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 (cláusulas adicionales) del seguro que solicita, accediendo a la página web de la COMPAÑÍA: www.chubb.com/pe, así como a la de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradora Privada de Fondos de Pensiones: www.sbs.gob.pe

Autorización para Uso de Datos Personales

El CONTRATANTE / ASEGURADO 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.

Confirmo(amos) la exactitud y veracidad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado, y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la aceptación del riesgo por parte de la COMPAÑÍA, y que una declaración falsa o reticencia de mi parte hecha con dolo o culpa inexcusable, implica la nulidad de la póliza.

Fecha de Solicitud y Emisión

CONTRATANTE

ASEGURADO(*)

(*) en caso sea persona distinta al contratante