

Seguro para Equipos Móviles o Portátiles

Solicitud de Seguro

Compañía de Seguros

Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 367 Of. 402 San Isidro
Correo electrónico: antencion.seguros@chubb.com

RUC: 20390625007
Teléfono: 399-1212
Página Web: www.chubb.com/pe

Contratante

Razón Social/Nombre: Tipo y N° de Documento de Identidad:
Dirección: Teléfono:

Asegurado

Nombres y Apellidos: Doc. De Identidad:
Correo electrónico: Teléfono:
Domicilio:
Fecha de Nacimiento

Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites

Coberturas Principales*	Suma Asegurada	Límites
Pérdida Total de los Equipos Móviles o Portátiles por Robo o Daño Accidental	xx	Deducible: Periodo de Carencia: N° Máximo de Eventos:
Pérdida Parcial de los Equipos Móviles o Portátiles por Daño Accidental:	xx	Deducible: Periodo de Carencia: N° Máximo de Eventos:

Coberturas Adicionales	Suma Asegurada	Límites
xx	xx	Deducible /Periodo de Carencia / N° Máximo de Eventos:
xx	xx	Deducible /Periodo de Carencia / N° Máximo de Eventos:

* Las coberturas Principales son excluyentes, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro.

Prima Total, forma y plazo para el pago

Prima Comercial (*)	
Prima Comercial + IGV	
Forma y Plazo para el Pago	

(*) La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor:

Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:

TCEA: X% (en caso de pago fraccionado)

Equipo(s) Asegurado(s)

Número telefónico:

Marca:

Modelo:

IMEI:

Valor del Equipo:

Declaración Jurada (Marcar con una X según corresponda)

¿El equipo tiene más de xx años de antigüedad en su poder? (sí) (no)

¿El Equipo funciona adecuadamente? Es decir ¿recibe y hace llamadas, envía mensajes de texto y funcionan bien las aplicaciones propias del equipo? (sí) (no)

¿Tiene la carcasa o la pantalla averiada o rota? (sí) (no)

¿El equipo ha sido sumergido en líquidos, ha sido expuesto a humedad? (sí) (no)

¿El equipo ha sufrido golpes o caídas? (sí) (no)

Beneficiarios

Nombres	Apellidos	Relación con el Asegurado	%

Importante

1. Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE / ASEGURADO al Comercializador, sobre aspectos relacionados al seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA.
2. Todo pago realizado por el CONTRATANTE/ASEGURADO, o terceros encargados, al Comercializador con respecto al seguro contratado se considerará abonado a LA COMPAÑÍA.
3. La COMPAÑÍA es responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización del seguro en que incurra el Comercializador y por los perjuicios que se pueda ocasionar al ASEGURADO.
4. El ASEGURADO tiene derecho a tener acceso o solicitar copia de la póliza del seguro indicado en el presente documento. En dicho contexto, se deberá dar atención a la solicitud en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la fecha en que la COMPAÑÍA o el Comercializador reciben la solicitud del ASEGURADO.
5. La COMPAÑÍA comunicará al CONTRATANTE/ASEGURADO, según corresponda, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.
6. Las condiciones del presente producto se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y estas no sean subsanadas por la COMPAÑÍA, la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

Declaración

El CONTRATANTE y/o 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 (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 de Uso de Datos Personales

El CONTRATANTE y/o 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.

Autorización para uso de Medios de Comunicación

El CONTRATANTE y/o 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 las comunicaciones telefónicas sólo procederán en caso no se haya pactado, o la norma no lo requiera, la comunicación deba ser realizada por escrito.

Autorización para el envío de Póliza Electrónica

El CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza expresamente a LA COMPAÑÍA a optar por enviar de forma electrónica la Póliza del presente seguro.

Asimismo, el ASEGURADO declara que:

1. Ha sido informado 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 solo se podrá acceder a éste mediante el uso de una clave secreta y mi respectivo usuario en la página web de LA COMPAÑÍA.
2. Ha sido informado de los pasos para acceder a la póliza electrónica del presente seguro, que será enviada por LA COMPAÑÍA, los cuales son:
 - Ingresar a la página web: XXXX
 - Acceder a XXXX, ubicada en XXXX.
 - Digitar el usuario y la contraseña para “Iniciar sesión”. En caso que no se encuentre registrado, XXXXX.
 - Ingresar a XXXX y seleccionar la Póliza que desea revisar.

Cargo en Tarjeta de Crédito/Cuenta del CONTRATANTE/ASEGURADO (según corresponda)

Sírvase cargar en mi tarjeta de crédito/ Cuenta, la prima del presente seguro, según el plan y periodicidad elegido en el presente documento. El atraso en el pago de la prima por un plazo de 90 días calendarios dará lugar a la extinción del contrato de seguro.

La cancelación o la expiración sin renovación de la Tarjeta/ Cuenta deberá ser comunicada por el CONTRATANTE / ASEGURADO, según corresponda, a la COMPAÑÍA siendo su responsabilidad el que pueda cargarse la prima en la tarjeta de crédito/cuenta proporcionada por él. Los débitos serán efectuados al tipo de cambio del día de cargo en cuenta.

Fecha de Solicitud: _____

Firma del Solicitante

