

Seguro de Desgravamen con Devolución

Solicitud-Certificado N° _____

Para el Plan Individual: Póliza No. 44 – 277010

Para el Plan Mancomunado: Póliza No 44 - 277035

Código SBS VI2037400166

Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima	Teléfono: (51-1) 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

Datos del Contratante/Comercializador	
Razón Social o Denominación Social: Caja Municipal Ahorro y Crédito Del Santa S.A	
RUC: 20114105024	
Dirección: Avenida Jose Galvez N° 602 – 618, Casco Urbano, Chimbote, Santa, Ancash.	
Teléfono: (+51) 043 483 140	Correo Electrónico: seguros@cajadelsanta.pe

Datos del Seguro	
Tipo de Seguro (marcar con una “X” la opción elegida):	
Individual ()	Mancomunado ()
Vigencia: La cobertura del seguro se inicia desde el momento en que el crédito haya sido desembolsado al ASEGURADO, extendiéndose hasta la fecha prevista de cancelación del crédito, según cronograma inicial de pagos emitido por el CONTRATANTE, siempre que la póliza matriz se encuentre vigente y que el ASEGURADO se encuentre en todo momento al día en el pago de las cuotas del crédito.	
Renovación: Facultativa	

ASEGURADOS

Asegurado Titular	
Nombres y Apellidos:	Fecha de nacimiento (/ /):
Tipo y Número de Documento de Identidad:	
Domicilio (Calle, N°, distrito, provincia, departamento):	Relación con el CONTRATANTE:
Teléfono:	Nacionalidad :
Profesión u Ocupación :	

Asegurado Adicional (solo en caso de créditos mancomunados)	
Nombres y Apellidos:	Fecha de nacimiento (/ /):
Tipo y Número de Documento de Identidad:	
Domicilio (Calle, N°, distrito, provincia, departamento):	Relación con el ASEGURADO Titular:
Teléfono:	Nacionalidad:
Profesión u Ocupación:	

Beneficiarios
El Beneficiario es el CONTRATANTE, entidad financiera que respalda el crédito, por el total del valor de la suma asegurada a la fecha de siniestro (sin incluir intereses compensatorios ni moratorios, penalidades, comisiones o gastos).

Requisitos de Asegurabilidad
Ser cliente del CONTRATANTE y cumplir con los siguientes parámetros de edad:
Edad mínima de entrada: 18 años
Edad máxima de entrada: 70 años y 364 días
Edad máxima de permanencia: 75 años y 364 días

Seguro de Desgravamen con Devolución

Solicitud-Certificado N° _____

Para el Plan Individual: Póliza No. 44 – 277010

Para el Plan Mancomunado: Póliza No 44 - 277035

Código SBS VI2037400166

Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro, Lima	Teléfono: (51-1) 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

Datos del Contratante/Comercializador	
Razón Social o Denominación Social: Caja Municipal Ahorro y Crédito Del Santa S.A	
RUC: 20114105024	
Dirección: Avenida Jose Galvez N° 602 – 618, Casco Urbano, Chimbote, Santa, Ancash.	
Teléfono: (+51) 043 483 140	Correo Electrónico: seguros@cajadelsanta.pe

Datos del Seguro	
Tipo de Seguro (marcar con una “X” la opción elegida):	
Individual ()	Mancomunado ()
Vigencia: La cobertura del seguro se inicia desde el momento en que el crédito haya sido desembolsado al ASEGURADO, extendiéndose hasta la fecha prevista de cancelación del crédito, según cronograma inicial de pagos emitido por el CONTRATANTE, siempre que la póliza matriz se encuentre vigente y que el ASEGURADO se encuentre en todo momento al día en el pago de las cuotas del crédito.	
Renovación: Facultativa	

ASEGURADOS

Asegurado Titular	
Nombres y Apellidos:	Fecha de nacimiento (/ /):
Tipo y Número de Documento de Identidad:	
Domicilio (Calle, N°, distrito, provincia, departamento):	Relación con el CONTRATANTE:
Teléfono:	Nacionalidad :
Profesión u Ocupación :	

Asegurado Adicional (solo en caso de créditos mancomunados)	
Nombres y Apellidos:	Fecha de nacimiento (/ /):
Tipo y Número de Documento de Identidad:	
Domicilio (Calle, N°, distrito, provincia, departamento):	Relación con el ASEGURADO Titular:
Teléfono:	Nacionalidad:
Profesión u Ocupación:	

Beneficiarios
El Beneficiario es el CONTRATANTE, entidad financiera que respalda el crédito, por el total del valor de la suma asegurada a la fecha de siniestro (sin incluir intereses compensatorios ni moratorios, penalidades, comisiones o gastos).

Requisitos de Asegurabilidad
Ser cliente del CONTRATANTE y cumplir con los siguientes parámetros de edad:
Edad mínima de entrada: 18 años
Edad máxima de entrada: 70 años y 364 días
Edad máxima de permanencia: 75 años y 364 días

Coberturas y Sumas Aseguradas

Descripción de las Coberturas	Sumas Aseguradas
Muerte Natural: Es el deceso del ASEGURADO por cualquier causa, con excepción de Suicidio y de lo indicado en Muerte Accidental. Muerte Accidental: Se entiende por muerte accidental aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, siempre y cuando el fallecimiento se produzca dentro de los noventa (90) días de la fecha de ocurrencia del accidente. Invalidez Total y Permanente: Es la pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que produzca menoscabo igual o superior a 2/3 de la capacidad de trabajo debido a accidentes ocurridos o enfermedades configuradas durante la vigencia del seguro. La COMPAÑÍA indemnizará al BENEFICIARIO del Seguro la Suma Asegurada si, como consecuencia de un accidente o enfermedad, el ASEGURADO sufre una invalidez Total y Permanente declarada por un profesional médico colegiado. El beneficio será pagado siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la póliza, de acuerdo a los términos y condiciones pactadas en ella. En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el accidente debe haber ocurrido durante la vigencia de la Póliza y haberse manifestado en un plazo máximo de (02) años de ocurrido el siniestro. En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, ésta se debe presentar por un período no menor de seis (6) meses.	Saldo deudor del crédito (Sin incluir intereses compensatorios, moratorios ni portes, ni comisiones u otros gastos) hasta un monto máximo de S/480,000.00 (Cuatrocientos ochenta mil Soles con 00/100) El límite máximo asegurable señalado previamente aplica para la sumatoria de una o varias Solicitudes-Certificado adquiridas por el mismo ASEGURADO o EL CONTRATANTE en su favor, con LA COMPAÑÍA. En caso el ASEGURADO tenga a su favor varias Pólizas de Seguro de este tipo, por la cantidad de créditos que mantenga frente a EL CONTRATANTE, la responsabilidad de LA COMPAÑÍA para otorgar las coberturas de la totalidad de los seguros contratados será como máximo hasta el límite descrito precedentemente, por ASEGURADO. Por tanto, en caso la suma total a indemnizar supere el importe antes indicado, LA COMPAÑÍA procederá a devolver las primas en forma proporcional al importe que no será reconocido, según corresponda.
Sobrevivencia	5% de la prima comercial pagada hasta la fecha de fin de vigencia del crédito, según el cronograma inicial del crédito.

Periodo de Carencia

No se cubrirá los siniestros por Muerte Natural e Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, si la enfermedad causante del siniestro es diagnosticada dentro de los sesenta (60) primeros días contados desde la fecha de inicio de vigencia indicada en la Solicitud-Certificado.

Exclusiones

La COMPAÑÍA no otorgará la cobertura del presente seguro en caso el siniestro se produzca como consecuencia de:

- Enfermedades preexistentes al inicio del seguro, entendiéndose como tal cualquiera condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del seguro.
- Suicidio consciente y voluntario, salvo que el ASEGURADO haya tenido cobertura vigente de manera ininterrumpidamente por dos (2) años.
- Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial.
- Servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- Liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).
- Ataques terroristas con armas no convencionales: nucleares, biológicas, químicas y radiactivas (NBQR).

- g) Pena de muerte o participación activa del ASEGURADO en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca a través de indicios razonables como legítima defensa; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- h) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares.
- i) Participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- j) Participación en deportes notoriamente peligrosos tales. Ejemplos: inmersión y caza submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo, parapente, saltos al vacío desde puntos elevados, esquí acuático y sobre nieve, boxeo, rugby, fútbol americano, carreras de caballo, corrida de toros y cacería de fieras.
- k) Los accidentes que se produzcan bajo la influencia de alcohol, drogas y/o estupefacientes, salvo cuando EL ASEGURADO hubiera sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo el fallecimiento.

Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura.

En caso de siniestro, se deberá dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario desde el conocimiento del mismo o de conocido el beneficio.

Posteriormente, se deberá(n) presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o al COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial-antes copia legalizada):

En caso de Muerte Natural:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder.
- b) Acta o Partida de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.
- e) Documento médico en el que conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad que desencadenó el fallecimiento.

En caso Muerte Accidental: adicionalmente a los documentos previamente señalados, se deberá presentar:

- d) Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo, en caso corresponda;
- e) Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda;
- f) Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico; en caso corresponda.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

Para la cobertura de invalidez total y permanente se deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO;
- b) Historia Clínica del ASEGURADO, foliada y fedateada, emitida por el hospital o clínica en donde se atendió el ASEGURADO.
- c) Certificado de Invalidez Total y Permanente, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP, COMEC, INR, de forma indistinta) en donde se detalle la fecha de la configuración de la invalidez definitiva y el porcentaje del menoscabo.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente a los documentos previamente antes señalados deberá presentarse:

- d) el Atestado o Informe policial completo y
- e) el dosaje etílico (cuando corresponda).

En caso de la cobertura de sobrevivencia:

El CONTRATANTE o ASEGURADO deberá presentar una solicitud simple en un formato proporcionado por la COMPAÑÍA, a la cual deberá adjuntar copia simple de su documento de identidad.

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro o desde que el beneficiario conozca de la existencia del beneficio, en caso de fallecimiento.

CLIENTE

La COMPAÑIA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al BENEFICIARIO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el BENEFICIARIO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la ASEGURADORA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

En caso que la COMPAÑIA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑIA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación completa de la documentación e información correspondiente.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por la COMPAÑIA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento de la COMPAÑIA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Prima Comercial

	Plan Individual	Plan Mancomunado
Tasa Comercial (*)	0.1814%	0.2976%
Marcar opción elegida con una "X"	()	()

(*) El presente producto no se encuentra afecto al IGV.

Fórmula de Cálculo de Prima Comercial:

Prima comercial mensual = Saldo pendiente x Tasa comercial mensual

Forma de Pago (marcar con una "X" la opción elegida):

Con cargo al crédito () En efectivo ()

Periodicidad de Pago: Mensual

La prima comercial incluye:

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: 5.76% (para Plan Individual) y 6.69% (para Plan Mancomunado)./ J0054

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 52% (para Plan Individual) y 46.60% (para Plan Mancomunado).

Medios habilitados para la atención y orientación de los usuarios

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

- En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de la COMPAÑIA ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro, Lima. Telf. 417-5000 (*)
- Escribiendo a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y

Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección www.chubb.com/pe opción "Contáctenos" – "Solicitud Electrónica".

- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 399-1212 (**).

En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.

- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro
- Detalle del reclamo

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los quince (15) días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a su presentación.

(*) Horario de Atención: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

(**) Horario de Atención: De lunes a viernes: 9:00 am a 6:00 pm.

Asimismo, LA COMPAÑÍA ha dispuesto que el (i) correo electrónico y (ii) número telefónico antes señalados se encuentran a disposición de CONTRATANTE, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS para brindar información respecto de los plazos de aviso del siniestro, lugares para solicitar la cobertura y la documentación requerida para gestionar la cobertura.

Información Adicional

1. La información contenida en esta Solicitud-Certificado es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a la COMPAÑÍA o al CONTRATANTE, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
3. Las comunicaciones cursadas por EL CONTRATANTE, ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA.
4. Los pagos efectuados por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al COMERCIALIZADOR, se considerarán abonados a la COMPAÑÍA.
5. **La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE, sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación. El CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado, por escrito. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada. En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento. La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que ponga en conocimiento del ASEGURADO las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.**
6. El Asegurado tiene derecho a resolver la presente Solicitud-Certificado sin expresión de causa, en cualquier momento debiendo para ello comunicar su decisión a la COMPAÑÍA, pudiendo para tal efecto, utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados al momento de la contratación del seguro. La presente Solicitud-Certificado quedará sin efecto el mismo día que la COMPAÑÍA sea notificada de la decisión del ASEGURADO.
7. El ASEGURADO declara que los datos de contacto consignados en el presente documento corresponden a los medios de comunicación válidos a efectos de ser notificado o informado sobre cualquier aspecto relacionado con la ejecución del presente contrato de seguro.
8. Los Comprobantes de Pago Electrónicos pueden ser descargados ingresando al portal: www.gosocket.net. Para el caso de los Comprobantes de Pago Electrónicos emitidos a adquirentes o usuarios no electrónicos (Personas Naturales que califiquen) según las normas de Emisión Electrónica, estos se consideran otorgados, cuando sean entregados o puestos a disposición mediante una representación impresa. Dichos comprobantes se encuentran a su disposición en las oficinas de la COMPAÑÍA para proceder a su entrega según su requerimiento.

Definiciones

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes.

No se consideran como Accidentes los llamados “accidentes médicos”: infarto de miocardio, edema agudo, trombosis, ataque epiléptico, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, accidente cerebro vascular; así como los casos de negligencia o impericia médica. Tampoco serán considerados como Accidentes aquellos sucesos originados como repercusión o como consecuencia de eventos, episodios o crisis de estos llamados

“accidentes médicos”.

Asegurado: Persona titular del crédito otorgado por la Entidad Financiera o persona jurídica, cuya vida se asegura bajo el presente contrato de seguro, pudiendo existir un Asegurado Titular y un Asegurado Adicional, en caso así se mencione en el presente documento.

Beneficiario/Comercializador: Es la Entidad Financiera o persona jurídica que otorga el crédito al Asegurado y que se encuentra indicada en el presente documento, y quien en su condición de comercializador de la COMPAÑÍA ofrece la presente póliza.

Deportes notoriamente peligrosos: Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comporta una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican.

Muerte Natural: Es el deceso del Asegurado por cualquier causa, con excepción de Suicidio y de lo indicado en Muerte Accidental.

Muerte Accidental: Se entiende por muerte accidental aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del Asegurado, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, siempre y cuando el fallecimiento se produzca dentro de los noventa (90) días de la fecha de ocurrencia del accidente.

Invalidez Total y Permanente: Es la pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que produzca menoscabo igual o superior a 2/3 de la capacidad de trabajo, debido a accidentes ocurridos o enfermedades configuradas durante la vigencia del seguro.

La COMPAÑÍA indemnizará a los Beneficiarios del Seguro la Suma Asegurada indicada en el presente documento, si como consecuencia de un accidente o enfermedad el Asegurado sufre una invalidez Total y Permanente declarada por un profesional médico colegiado. El beneficio será pagado siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la póliza, de acuerdo a los términos y condiciones pactadas en ella. En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el accidente debe haber ocurrido durante la vigencia de la Póliza y haberse manifestado en un plazo máximo de (02) años de ocurrido el siniestro. En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, ésta se debe presentar por un periodo no menor de seis (6) meses.

Sobrevivencia: Corresponde a la cobertura que LA COMPAÑÍA otorgará en caso el ASEGURADO sobreviva al término de la vigencia del presente contrato de seguro, según el cronograma original del crédito asociado, cuya suma asegurada o modo de cálculo se encuentra estipulada en el presente documento.

Solicitud - Certificado: Documento emitido en el caso de seguros contratados de forma grupal y masiva, que contiene las condiciones mínimas de aseguramiento y que es entregado al ASEGURADO.

Rescate: Es el valor al que tiene derecho el CONTRATANTE o ASEGURADO, siempre que se haya pagado las dos (02) primeras anualidades del presente contrato de Seguro, y haya transcurrido dicho plazo, conforme a lo indicado en el presente documento.

Suma Asegurada: Saldo deudor o saldo insoluto del crédito que será pagado por LA COMPAÑÍA al Beneficiario, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.

Autorización Datos Personales

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. 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, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

Marcar con una (X) la opción elegida:

() Acepta

() No acepta

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 consignando 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.

La COMPAÑÍA 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

Importante

Cargas

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendrían derecho.

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo ASEGURADO.

Fecha de emisión:



Juan Carlos Puyó de Zavala
Gerente General
Chubb Seguros Perú S.A.

Firma del ASEGURADO Titular

Firma del ASEGURADO Adicional
(solo seguros mancomunados)

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, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

Marcar con una (X) la opción elegida:

() **Acepta**

() **No acepta**

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 consignando 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.

La COMPAÑÍA 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

Importante

Cargas

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendrían derecho.

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo ASEGURADO.

Fecha de emisión:



Juan Carlos Puyó de Zavala
Gerente General
Chubb Seguros Perú S.A.

Firma del ASEGURADO Titular

Firma del ASEGURADO Adicional
(solo seguros mancomunados)