

Seguro Protección de Celular

Solicitud de Seguro

Compañía de Seguros	
Razón Social: Chubb Seguros Perú S.A	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 367 Of. 402 San Isidro	Teléfono: 399-1212
Correo electrónico: antencion.seguros@chubb.com	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	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:

* Las coberturas 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, lugar 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)

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 Solicitante del Seguro, 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.

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 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.

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: XXXX

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 XXXXX y el código XXXX.

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.

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.

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 Solicita

