



Chubb Seguros Perú S.A  
Calle Amador Merino Reyna 267, Of.402  
San Isidro - Lima 27 Perú

O (511) 417-5000  
F (511) 221-3313  
www.chubb.com/pe

## Solicitud de Otorgamiento de Cobertura

Señores

Chubb Seguros Perú S.A.

Atención: Área de Siniestros

### Datos del Declarante

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

### Datos del Asegurado(a)

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha del Siniestro: \_\_\_\_\_ Tipo de Seguro: \_\_\_\_\_

### Documentos Entregados

Se adjuntan los siguientes documentos (marcar en la casilla con aspa o cruz según corresponda):

#### En caso de Muerte Natural:

- Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de contar con el mismo
- Partida de Defunción
- Certificado Médico de Defunción completo
- Copia Literal de la Inscripción Definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos que designe a los Beneficiarios o Herederos legales, según corresponda
- Documentos de identidad de los beneficiarios

#### En caso Muerte Accidental:

- Copia Certificada del Atestado Policial Completo, en caso corresponda
- Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda
- Resultado de Dosaje Etílico (de haberse practicado)
- Resultado de Análisis Toxicológico (de haberse practicado)

**En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente:**

- Documento de identidad del ASEGURADO
- Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO expresando las causas del accidente (sies que se indicaran) y sus consecuencias conocidas o probables
- Certificado médico con diagnóstico, emitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud o entidad legal que la sustituya, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente.

**En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:**

- Documento de identidad del ASEGURADO y solicitante
- Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa o del Interior, o también por el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir dicho documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
- Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante
- Historia Clínica en copia fedateada y foliada por la institución de salud (en caso de que el formato Declaración Médica no fuese suficiente para evaluar el siniestro)
- Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por el CONTRATANTE

**En caso de Devolución de Primas:**

- Declaración Jurada del CONTRATANTE o ASEGURADO que realiza la solicitud, precisando que no se ha producido siniestro alguno durante la vigencia del seguro; debidamente firmada.
- Documento de identidad del CONTRATANTE o ASEGURADO que realiza la solicitud. En caso el ASEGURADO haya fallecido antes del cobro de la indemnización, se encontrará facultado para realizar el trámite de cobertura el Heredero, quien deberá presentar adicionalmente:
  - Copia Literal de la Inscripción Definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos que designe a los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda
  - Documento de identidad del Heredero

Asimismo, sólo en el caso de ser aprobado el siniestro, solicito que la indemnización me sea depositada en la Cuenta N° \_\_\_\_\_ de la Entidad Financiera \_\_\_\_\_ de la que soy titular. Declaro bajo juramento que toda la información que he proporcionado en la presente declaración es verdadera, exacta y se encuentra actualizada. El declarante autoriza a Chubb Seguros Perú S.A. para que todas las comunicaciones necesarias para la evaluación, calificación y liquidación del siniestro sean remitidas por cualquiera de los medios consignados en este documento: dirección, teléfono y/o correo electrónico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Declarante

**Importante:** Chubb Seguros Perú S.A. recibe la información descrita sin que ello implique conformidad, toda vez que el otorgamiento de cobertura dependerá de los términos y condiciones de su póliza. De requerir información del estado de su solicitud, sírvase comunicarse transcurridos 10 días de la presentación de Lunes a Viernes de 9:00am a 6:00pm a nuestro Call Center al (01) 399-1212.