

Solicitud de Otorgamiento de Cobertura

Señores;

Chubb Seguros Perú S.A.

Atención: Área de Siniestros

Datos del Declarante

Nombres y Apellido: _____ DNI: _____

Dirección: _____

Referencia: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfonos: _____ / _____

Datos del Asegurado

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 corresponde)

- | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------|--------------------------|------------|
| 1.- _____ | <input type="checkbox"/> | Original | <input type="checkbox"/> | Fedateada | <input type="checkbox"/> | Simple | <input type="checkbox"/> | Legalizada |
| 2.- _____ | <input type="checkbox"/> | Original | <input type="checkbox"/> | Fedateada | <input type="checkbox"/> | Simple | <input type="checkbox"/> | Legalizada |
| 3.- _____ | <input type="checkbox"/> | Original | <input type="checkbox"/> | Fedateada | <input type="checkbox"/> | Simple | <input type="checkbox"/> | Legalizada |
| 4.- _____ | <input type="checkbox"/> | Original | <input type="checkbox"/> | Fedateada | <input type="checkbox"/> | Simple | <input type="checkbox"/> | Legalizada |
| 5.- _____ | <input type="checkbox"/> | Original | <input type="checkbox"/> | Fedateada | <input type="checkbox"/> | Simple | <input type="checkbox"/> | Legalizada |

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.