



Chubb Seguros Perú S.A.
(una compañía de Chubb Group)
Calle Amador Merino Reyna 267, Of. 402
San Isidro – Lima 27 - Perú
(511) 417-500 – www.chubb.com/pe

Declaración Jurada de Horas de Ingreso y Alta Hospitalaria

San Isidro, de..... de 202....

Señores

CHUBB SEGUROS PERÚ S.A.

Presente:

Atención: Área de Siniestros

De mi consideración:

Por medio de la presente, como complemento de la información médica remitida a vuestra Compañía, declaro bajo juramento que fui Hospitalizado(a) en:

Centro Médico: _____

Fecha de Ingreso: _____
Día / Mes / Año

Hora de Ingreso: _____ a.m./p.m

Fecha de Alta: _____
Día / Mes / Año

Hora de Alta: _____ a.m./p.m.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO(A)

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Teléfonos: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

NOTA.- El pago de la indemnización se realizará al **Asegurado** en caso el siniestro se encuentre aprobado por la Aseguradora. En ese caso, la opción elegida de pago será una de las siguientes (marcar con una X):

- Cheque (solo Lima)** Asegurado, deberá acercarse a nuestra oficina: Calle Amador Merino Reyna 267 Of 402 – San Isidro, **portando su Documento Nacional de Identidad (DNI) original y vigente.**
- Cheque de Gerencia BCP (Lima – Prov.)** Asegurado, podrá acercarse a cualquier Oficina del **Banco de Crédito del Perú (BCP)** más cercana a la ciudad donde reside **portando su Documento Nacional de Identidad (DNI) original y vigente.**
- Transferencia/Depósito Bancario (Lima – Prov.)** Indicar el Banco y Número de Cuenta de Ahorros a nombre del Asegurado. (No Cajas Municipales, no Banco de la Nación.

En caso de marcar la tercera opción, es necesaria la siguiente información:

Nombre del Banco: _____
*Cuenta de Ahorros N°: _____
Nro de Código Interbancario (CCI): _____
Moneda (debe ser la misma en la que se pagan la primas): _____

****La cuenta de ahorros debe estar a nombre del Asegurado. En caso el Asegurado sea menor de edad, las indemnizaciones se realizarán a nombre del asegurado titular (Contratante de la póliza).***

Toda la información que he proporcionado en la presente declaración es verdadera, exacta y se encuentra actualizada y sustentada con la información médica entregada a Chubb Seguros Perú S.A.

El asegurado autoriza a Chubb Seguros Perú S.A. para que todas las comunicaciones necesarias referentes a la evaluación y calificación de la información brindada en la presente Declaración Jurada sean remitidas por cualquiera de los medios consignados en este documento: dirección, teléfono y/o correo electrónico.

NOTA 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.

FIRMA DEL ASEGURADO