

**Solicitud de Seguro**  
**Falabella – Hospitalización – Dólares**  
**CÓDIGO SBS: AE2036420029**

**Contratante**

BANCO FALABELLA PERU S.A.  
RUC: 20330401991  
DIRECCION: CALLE CHINCHÓN N\* 1060 SAN ISIDRO  
TELEFONO: 6154300  
REPRESENTANTE LEGAL:  
CARGO  
CORREO ELECTRÓNICO:

Datos del Asegurado			
Nombres y Apellidos		Tipo y N° Doc. de Identidad	
Lugar de Nac.		Fecha de Nac.	dd/mm/aa
Nacionalidad		Señas Particulares	
Dirección			
Distrito / Prov. / Departam		Correo Electrónico	
Teléfono.		Profesión / Ocupación	
Centro Laboral		Cargo	

Beneficiarios		
Nombre y Apellidos	Parentesco	%
1)		
2)		
3)		
4)		

Coberturas y Sumas Aseguradas		
Marque su opción:		
<b>Seguro 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Seguro 2</b> <input type="checkbox"/>	<b>Seguro 3</b> <input type="checkbox"/>
Prima Comercial: XXX Prima Comercial + IGV:XX Periodicidad de pago: mensual	Prima Comercial: XXX Prima Comercial + IGV: XX Periodicidad de pago: mensual	Prima Comercial: XXX Prima Comercial + IGV: XX Periodicidad de pago: mensual
<u>Cobertura Principal:</u>	<u>Cobertura Principal:</u>	<u>Cobertura Principal:</u>
Renta Hospitalaria XX	Renta Hospitalaria XX	Renta Hospitalaria por XX
<b>Cobertura Adicional:</b>	<b>Cobertura Adicional:</b>	<b>Cobertura Adicional:</b>

Muerte Accidental XX	Muerte Accidental XX	Muerte Accidental XX
Muerte Accidental por Terremoto XX	Muerte Accidental por Terremoto XX	Muerte Accidental por Terremoto XX
Renta por Convalecencia por Accidente o Enfermedad XX	Renta por Convalecencia por Accidente o Enfermedad XX	Renta por Convalecencia por Accidente o Enfermedad XX
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad en Cuidados Intensivos XX	Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad en Cuidados Intensivos XX	Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad en Cuidados Intensivos XX

### Criterios para la Actualización de las Primas

Siniestralidad  
Costo de los proveedores médicos  
Inflación  
Comisiones del comercializador

### Medios de Comunicaciones Pactados

Físico o electrónico / comunicaciones telefónicas,

### Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usarán las partes para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento, salvo que la normatividad vigente disponga de una formalidad específica para realizar la comunicación.

### 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 asistencia médica, las condiciones generales, condiciones especiales y cláusulas adicionales del seguro que solicita, accediendo a la página web de la COMPAÑÍA: [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe), ó a través de la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)

### Autorización para Uso de Datos Personales

El(la) señor(a) autoriza de forma expresa a Chubb Seguros Perú S.A., el uso de los datos personales proporcionados en la contratación del presente seguro, para fines comerciales, tales como el envío de publicidad, promociones y ventas de diferentes productos o servicios, así como para la transferencia (entre entidades que forman parte de Chubb Group) y tratamiento de dichos datos personales".

### Importante

1. La afiliación es sólo válida para personas con edades entre los 18 años y los 64 años con 364 días. En caso contrario el seguro no tiene validez.
2. La vigencia de la cobertura es anual, con renovación automática por periodos iguales.
3. Chubb Seguros Perú S.A. se obliga a entregar el Certificado de Seguro al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de haberse solicitado el seguro.
4. En el caso que este seguro se comercialice a través de empresas del sistema financiero, Chubb Seguros Perú S.A. se hace responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de la Póliza de Seguros.
5. EL CLIENTE expresa su consentimiento a que los datos personales que brinde a CORREDORES DE SEGUROS FALABELLA, o que sean recabados por éste, como consecuencia de la presente relación contractual, sean tratados (almacenados, registrados, transferidos, analizados, entre otros, según definición de Ley N° 29733), a fin de mantener un nivel de servicio adecuado para EL CLIENTE, que incluye, fines publicitarios y/o promocionales. Asimismo, EL CLIENTE autoriza a CORREDORES DE SEGUROS FALABELLA a obtener del BANCO FALABELLA información sobre sus datos personales necesarios para la presente contratación;

y al BANCO FALABELLA a brindarla.

Dicha autorización se mantendrá vigente inclusive, con posterioridad a la culminación de la presente relación contractual, para fines estrictamente publicitarios y/o promocionales. Adicionalmente, EL CLIENTE expresa su consentimiento a que, con fines publicitarios, promocionales u otros estrictamente relacionados con la información requerida para brindar un adecuado servicio a EL CLIENTE de parte de las otras empresas del grupo Falabella, sus datos personales, puedan ser tratados por dichas empresas, en concordancia con la Ley antes referida.

EL CLIENTE puede revocar el consentimiento expresado en el segundo y tercer párrafo de la presente Cláusula, en cualquier momento, a través de una comunicación escrita dirigida a CORREDORES DE SEGUROS FALABELLA, según procedimiento establecido por ésta empresa. Luego de 10 días de recibida la comunicación, no podrá ser considerado dentro de los alcances de los fines publicitarios, promocionales y otros similares.

### Cargo a Tarjeta/Cuenta

Sírvase cargar en mi tarjeta, la cuota mensual de mi Seguro Falabella Hospitalización que he decidido pagar según el plan elegido. El atraso en el pago de cualquiera de estas cuotas generará la suspensión de la cobertura y posteriormente la resolución del seguro, siguiendo el procedimiento establecido en las Condiciones Generales de Contratación Comunes a los seguros de asistencia médica. Los débitos mensuales serán efectuados al tipo de cambio vigente en la fecha de cargo.

TARJETA Nro.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oficina: \_\_\_\_\_ Vendedor: \_\_\_\_\_ Código de Vendedor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado