

Falabella Multiproteccion

Solicitud de Seguro

Código SBS: AE2036120031

Datos del Contratante

Persona Natural

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

Persona Jurídica

Razón Social / Denom. Social		RUC	
Dirección			
Distrito		Provincia	
Departamento		Representante legal	
Objeto Social		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			
Teléfono.		Profesión/Ocupación	
Centro Laboral		Cargo	
Correo Electrónico		Relación con el Contratante	

Beneficiarios

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

Coberturas y Sumas Aseguradas

Marque su opción:

Plan 1 <input type="checkbox"/>	Plan 2 <input type="checkbox"/>
<p>Coberturas Principales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerte Accidental US\$ xxxxx • Invalidez Total y Permanente por Accidente US\$ xxxxx • Renta Hospitalaria (US\$ xx Diarios máximo 20 días al año) US\$ xxxxx • Sepelio por Accidente US\$ xxxxx <p>Cobertura Adicional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vida US\$ xxxxx • Muerte Accidental por Terremoto US\$ xxxxx <p><u>(Esta última suma asegurada es en adición a la considerada en la cobertura de Muerte Accidental)</u></p> <p>PRIMA COMERCIAL PRIMA COMERCIAL + IGV</p> <p>PERIODICIDAD DE PAGO: mensual FORMA DE PAGO: XXXXX</p>	<p>Coberturas Principales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerte Accidental US\$ xxxxx • Invalidez Total y Permanente por Accidente US\$ xxxxx • Renta Hospitalaria (US\$ xx Diarios máximo 20 días al año) US\$ xxxxx • Sepelio por Accidente US\$ xxxxx <p>Cobertura Adicional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vida US\$ xxxxx • Muerte Accidental por Terremoto US\$ xxxxx <p><u>(Esta última suma asegurada es en adición a la considerada en la cobertura de Muerte Accidental)</u></p>

Cargo a Tarjeta/Cuenta del Asegurado

Sírvase cargar en mi tarjeta, la cuota mensual de mi Seguro Falabella Multiprotección que he decidido pagar según el plan elegido. El atraso en el pago de cualquiera de estas cuotas generará la extinción del contrato de seguro si transcurren 90 días desde la fecha de vencimiento y la prima se mantiene impaga. Los débitos mensuales serán efectuados al tipo de cambio vigente en la fecha de cargo.

TARJETA Nro.:

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

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

Oficina: _____ Vendedor: _____ Código de
Vendedor: _____

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 Póliza tiene vigencia anual y podrá renovarse automáticamente por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno.
3. Chubb Seguros Perú S.A. se obliga a entregar el Certificado de Seguro al ASEGURADO, en el caso de pólizas grupales, dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber recibido la solicitud del seguro, si no media rechazo previo de la misma.
4. En el caso que este seguro se comercialice a través de una empresa 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. Será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Transparencia de Información y contratación con usuarios del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 8181-2012.

Medios de Comunicaciones Pactados (para informar cualquier aspecto relacionado con el seguro)

Escritas mediante comunicaciones físicas o por correo electrónico; o vía telefónica.

Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El CONTRATANTE acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento, salvo que la normatividad establezca una forma específica de efectuar la comunicación.

Declaración

El CONTRATANTE / 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 y Cláusulas Adicionales del seguro que solicita a través de la página web de la COMPAÑÍA: www.chubb.com/pe así como de la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones: www.sbs.gob.pe.

Autorización para Uso de Datos Personales

El CONTRATANTE / ASEGURADO 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.

Fecha de Solicitud

Firma del CONTRATANTE / ASEGURADO