

Falabella Multiprotección - Soles

Solicitud de Seguro

Código SBS: AE2036110030

Datos Del Contratante	
Persona Natural	
Nombres y Apellidos:	Tipo y N° Doc. de Identidad:
Lugar de Nac.:	Fecha de Nac.:
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 Titular (también entendido como Asegurado)	
Nombres y Apellidos:	Tipo y N° Doc. de Identidad:
Lugar de Nac.:	Fecha de Nac.:
Nacionalidad:	Señas Particulares:
Dirección:	
Distrito / Prov. / Departam.:	
Teléfono:	Profesión/Ocupación:
Centro Laboral:	Cargo:
Correo Electrónico:	Relación con el Contratante:

Datos Del Asegurado Dependiente / Adicional (Sólo aplicable para la Cláusula Adicional "Fractura de Huesos por Accidente", de corresponder)	
Nombre y Apellidos Parentesco / Relación con el Asegurado Titular	
1)	
2)	

Beneficiarios		
Nombre y Apellidos	Parentesco/Relación con el Asegurado Titular o Asegurado Dependiente	%
1)		
2)		
3)		
4)		

Coberturas y Sumas Aseguradas

Marque su opción:

Plan 1	<input type="checkbox"/>	Plan 2	<input type="checkbox"/>
Coberturas Principales		Coberturas Principales	
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte Accidental S/xxxxx • Invalidez Total y Permanente por Accidente S/xxxxx • Renta Hospitalaria (S/ xx Diarios máximo 20 días al año) S/xxxxx • Sepelio por Accidente S/xxxxx 		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte Accidental S/xxxxx • Invalidez Total y Permanente por Accidente S/xxxxx • Renta Hospitalaria (S/ xx Diarios máximo 20 días al año) S/xxxxx • Sepelio por Accidente S/xxxxx 	
Cobertura Adicional		Cobertura Adicional	
<ul style="list-style-type: none"> • Vida S/xxxxx • Muerte Accidental por Terremoto S/xxxxx 		<ul style="list-style-type: none"> • Vida S/xxxxx • Muerte Accidental por Terremoto S/xxxxx 	
PRIMA COMERCIAL		PRIMA COMERCIAL	
PRIMA COMERCIAL + IGV		PRIMA COMERCIAL + IGV	
Plan 3	<input type="checkbox"/>	Plan 4	<input type="checkbox"/>
Coberturas Principales		Coberturas Principales	
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte Accidental S/xxxxx 		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte Accidental S/xxxxx 	
Cobertura Adicional		Cobertura Adicional	
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte Accidental en Transporte Público S/xxxxx • Reembolso de Gastos Médicos por Accidente S/xxxxx • Fractura de Huesos por Accidente (máximo tres (03) eventos al año) S/xxxxx 		<ul style="list-style-type: none"> • Muerte Accidental en Transporte Público S/xxxxx • Reembolso de Gastos Médicos por Accidente S/xxxxx • Fractura de Huesos por Accidente (máximo tres (03) eventos al año) S/xxxxx 	
PRIMA COMERCIAL		PRIMA COMERCIAL	
PRIMA COMERCIAL + IGV		PRIMA COMERCIAL + IGV	

Plan 5**Coberturas Principales**

- Muerte Accidental S/xxxxx

Cobertura Adicional

- Muerte Accidental en Transporte Público S/xxxxx
- Reembolso de Gastos Médicos por Accidente S/xxxxx
- Fractura de Huesos por Accidente (máximo tres (03) eventos al año) S/xxxxx

PRIMA COMERCIAL**PRIMA COMERCIAL + IGV****Cargo a Tarjeta/Cuenta del Asegurado Titular**

Sírvase cargar en mi tarjeta, la cuota mensual de mi Seguro Falabella Multiprotección – Soles, 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, de ser el caso.

Tarjeta Nro.:

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

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

Oficina: _____ Vendedor: _____

Código de Vendedor: _____

Importante

1. La afiliación es sólo válida para personas entre los dieciocho (18) años de edad y los sesenta y cuatro (64) años con trescientos sesenta y cuatro (364) días de edad. 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.
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 Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 3274-2017.

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

Comunicaciones físicas o por correo electrónico; o vía telefónica, salvo que la norma disponga un medio de comunicación específico.

Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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 TITULAR 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

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento y sus normas modificatorias, el CONTRATANTE/ASEGURADO queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la COMPAÑÍA, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La COMPAÑÍA utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la COMPAÑÍA utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales, a fin de remitir al CONTRATANTE/ASEGURADO información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El CONTRATANTE/ASEGURADO reconoce y acepta que la COMPAÑÍA podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos suministrados por el CONTRATANTE/ASEGURADO son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad.

El CONTRATANTE/ASEGURADO está facultado a ejercer los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley antes mencionada, mediante el procedimiento que dicha norma contempla.

Fecha de Solicitud

Firma del CONTRATANTE/ASEGURADO TITULAR