

Seguro 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.	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 Titular (también entendido como 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	

Datos del Asegurado Dependiente			
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 Asegurado Titular	

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

Coberturas y Sumas Aseguradas

Marque su opción:

<input type="checkbox"/> Plan 1	<input type="checkbox"/> Plan 2
<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 XX días al año) US\$ xxxxx • Sepelio por Accidente US\$ xxxxx <p>Cobertura Adicional</p> <ul style="list-style-type: none"> • XXX US\$ xxxxx • XXX US\$ xxxxx <p><i><u>(Esta última suma asegurada es en adición a la considerada en la cobertura de Muerte Accidental)</u></i></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 XX días al año) US\$ xxxxx • Sepelio por Accidente US\$ xxxxx <p>Cobertura Adicional</p> <ul style="list-style-type: none"> • XXX US\$ xxxxx • XXX US\$ xxxxx <p><i><u>(Esta última suma asegurada es en adición a la considerada en la cobertura de Muerte Accidental)</u></i></p>

Cargo a Tarjeta/Cuenta del Asegurado

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.

TARJETA Nro.:

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

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

Oficina: _____ Vendedor: _____ Código de Vendedor: _____

Importante

1. Podrán asegurarse bajo este seguro los titulares de las tarjetas de crédito del Banco Falabella que cumplan con los límites de asegurabilidad en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro.
2. La Póliza tiene vigencia anual y podrá renovarse automáticamente por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno.
3. LA COMPAÑÍA es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
4. LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
5. En el caso que este seguro sea comercializado a través de un comercializador, queda establecido que las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA, en la misma fecha de su realización.

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

Comunicaciones físicas, electrónicas y/o telefónicas.

Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usará la COMPAÑÍA para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento. Se precisa que las comunicaciones telefónicas sólo procederán en caso no se haya pactado, o la norma no requiera, que la comunicación deba ser realizada por escrito.

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. Asimismo, declara que puede acceder a estos documentos mediante 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 ASEGURADO TITULAR autoriza de forma expresa a Chubb Seguros Perú S.A., el uso de los datos personales proporcionados en la contratación del presente Certificado de 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

MODELO