

Seguro Falabella Accidentes

Solicitud de Seguro

Código SBS: AE2036100080

Fecha de Emisión:

Contratante

Persona Natural

Nombres y Apellidos:
 Dirección:
 Provincia:
 Teléfono:

Tipo y N° Doc. Identidad:
 Distrito:
 Departamento:
 Correo Electrónico:

Persona Jurídica

Razón Social o Denominación Social:
 Dirección:
 Provincia:
 Teléfono:

RUC:
 Distrito:
 Departamento:
 Correo Electrónico:

Asegurados

Asegurado Titular

Apellidos y Nombres
 Lugar de Nacimiento:
 Dirección
 Provincia:
 Teléfono
 Correo Electrónico:

Tipo y N° Doc. Identidad:
 Fecha de Nacimiento:
 Distrito:
 Departamento:

Relación con el CONTRATANTE:

Asegurados Dependientes:

Apellidos y Nombres
 Lugar de Nacimiento:
 Dirección
 Provincia:
 Teléfono
 Correo Electrónico:

Tipo y N° Doc. Identidad:
 Fecha de Nacimiento:
 Distrito:
 Departamento:

Relación con el ASEGURADO TITULAR:

Beneficiarios

Nombre y Apellidos	Parentesco	%

Coberturas y Sumas Aseguradas

Marque su opción:

Plan 1 <input type="checkbox"/>	Plan 2 <input type="checkbox"/>	Plan 3 <input type="checkbox"/>
Prima Comercial: XX Prima Comercial + IGV XX	Prima Comercial: XX Prima Comercial + IGV XX	Prima Comercial : XX Prima Comercial + IGV XX
<u>Coberturas Principales:</u>	<u>Coberturas Principales:</u>	<u>Coberturas Principales:</u>

. Muerte Accidental. Suma Asegurada: XX	. Muerte Accidental. Suma Asegurada: XX	. Muerte Accidental. Suma Asegurada: XX
. Invalidez Total y Permanente. Suma Asegurada: XX	. Invalidez Total y Permanente. Suma Asegurada: XX	. Invalidez Total y Permanente. Suma Asegurada: XX
<u>Coberturas Adicionales:</u>	<u>Coberturas Adicionales:</u>	<u>Coberturas Adicionales:</u>
. XXXXXX Suma Asegurada: XX	. XXXXXX Suma Asegurada: XX	. XXXXXX Suma Asegurada: XX

PERIODICIDAD DEL PAGO DE LA PRIMA: XXX

TCEA: XX%

La prima comercial incluye:

Cargos de Agenciamiento por la intermediación de corredores: XXXX (monto)/ XX% (si fuera el caso)

Cargos por la contratación de Promotores: XXXX (monto)/ XX% (si fuera el caso)

Cargos por la contratación de comercializadores: XXXX (monto)/ XX% (si fuera el caso)

Cargo a Tarjeta de Credito

Sírvase cargar en mi tarjeta (ASEGURADO TITULAR), la cuota de la prima de mi Seguro Falabella Accidentes que he decidido pagar según el plan elegido. El atraso en el pago de estas cuotas por más de 90 días dará lugar a la extinción del contrato de seguro. Los débitos mensuales serán efectuados al tipo de cambio vigente en la fecha de cargo, en caso la moneda de la tarjeta de crédito difiera de la moneda del plan contratado.

En caso el cargo no pudiese efectuarse como consecuencia de problemas con la Tarjeta de Crédito aquí señalada, el ASEGURADO es responsable de informar a LA COMPAÑÍA y efectuar el pago de la prima correspondiente.

TARJETA Nro.:

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

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

Banco Emisor: Banco Falabella

Fecha de vencimiento de la Tarjeta de Crédito: XXX

Importante

1. La afiliación es sólo válida para personas con edades entre los xx años y los xx años. Caso contrario el seguro no tiene validez.
2. La Póliza tiene vigencia anual y se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno.
3. En el caso de pólizas grupales, 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, quien a su vez se lo entregará al ASEGURADO TITULAR. En el caso de pólizas individuales, Chubb Seguros Perú entregará la Póliza al CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR igualmente dentro del plazo antes referido.
4. La COMPAÑÍA está obligada a comunicar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que se le haya requerido información adicional en el referido plazo.
5. Dentro de la vigencia del contrato de seguro el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

Duplicidad de Pólizas: Favor Responder

¿Cuenta con otra póliza de seguro idéntica a ésta, contratada en nuestra COMPAÑÍA? ____ / ____

Medios de Comunicación Pactados (Para informar cualquier aspecto relacionado con el Seguro):

Físicos, vía correo electrónico y/o números telefónicos, salvo que la norma legal 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.

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, accediendo a la página web de la COMPAÑÍA www.chubb.com/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.

Firma del CONTRATANTE /
ASEGURADO TITULAR