

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	%
1)		
2)		
3)		
4)		

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: XX	Prima Comercial : XX
Prima Comercial + IGV XX	Prima Comercial + IGV 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 Crédito

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 darán 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. 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. 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. La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
5. 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 banca seguros 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.
6. 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 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.

Autorización para el Acceso al Historial Médico

La COMPAÑÍA, queda facultada para acceder a la historia clínica del CONTRATANTE y/o ASEGURADO en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera, conforme a lo establecido en el numeral 13.7 del artículo 13 de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales.

Firma del CONTRATANTE /
ASEGURADO TITULAR

MODELO