

Seguro Falabella Vida

Solicitud de Seguro

Datos del Contratante (Cliente del Banco Falabella)

Persona Natural

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres		Tipo y N° Doc. Id.	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	dd/mm/aaaa
Domicilio			
Nacionalidad		Teléfono	
Profesión / Ocupación		Correo Electrónico	

Persona Jurídica

Razón / Denom. Social		RUC	
Domicilio			
Teléfono		Representante Legal	
Objeto Social		Correo Electrónico	

Datos del Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres		Tipo y N° Doc. Id.	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	dd/mm/aaaa
Domicilio			
Nacionalidad		Teléfono	
Profesión / Ocupación		Correo Electrónico	
Relación con el CONTRATANTE:			

Datos del Corredor de Seguros

1. Apellidos y Nombres o Razón Social:
2. Registro SBS:

Beneficiarios

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

A falta de nombramiento de Beneficiarios, se entenderán como tales a los Herederos Legales del ASEGURADO

Requisitos para ser Asegurados

Podrán asegurarse bajo este seguro las personas naturales mayores de 18 años y menores de 65 años de edad, pudiendo permanecer asegurados hasta la edad de 69 años y 364 días.

Coberturas y Sumas Aseguradas (Marque su opción)

Plan 1 Muerte Accidental: ☐ Muerte: ☐	Plan 2 Muerte Accidental: ☐ Muerte: ☐	Plan 3 Muerte Accidental: ☐ Muerte: ☐
--	--	--

Prima Comercial + IGV (Mensual) (*)

RANGO DE EDAD / PLAN	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
A) 18 – 34 años	XXX	XXX	XXX
B) 35 – 44 años	XXX	XXX	XXX
C) 45 – 54 años	XXX	XXX	XXX
D) 55 – 64 años	XXX	XXX	XXX

(*) En caso el CONTRATANTE sea una persona jurídica, la prima comercial estará afecta al IGV.

Autorización de Cargo en Tarjeta de Crédito/ Débito del Contratante

Autorizo que se cargue en mi Tarjeta de Crédito/Débito, abajo indicada y bajo las condiciones específicas, el valor de la cuota correspondiente al plan elegido de la póliza de seguro a favor de Chubb Seguros Perú S.A.

TARJETA Nro.:																				
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oficina: _____ Vendedor: _____
Código de Vendedor: _____

Autorización para Uso de Medios de Comunicación

El CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza(n) expresamente a la COMPAÑÍA el uso de los medios físicos, electrónicos y/o telefónicos para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro, salvo que la norma disponga un medio de comunicación específico

Declaración

El CONTRATANTE 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 Vida, las Condiciones Generales y el Resumen Informativo del seguro que solicita, que se encuentran en www.chubb.com/pe.

Autorización para Uso de Datos Personales

El CONTRATANTE / ASEGURADO autoriza(n) 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.

Consentimiento del Tercero

En caso el ASEGURADO no sea el CONTRATANTE, el ASEGURADO autoriza la contratación del presente seguro.

Importante

- Chubb Seguros Perú S.A. se obliga a entregar la Póliza al CONTRATANTE dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro.
- El atraso en el pago de cualquiera de las cuotas generará la extinción del contrato a los 90 días desde la fecha de vencimiento de la primera cuota impaga, sin necesidad de comunicación al CONTRATANTE o al ASEGURADO.

Fecha de Solicitud

CONTRATANTE

ASEGURADO

MODELO