

## Falabella – Hospitalización por Accidentes – Soles

### Solicitud De Seguro

Código SBS: AE2036110092

Compañía de Seguros	
Nombre:	Chubb Seguros Perú S.A
Dirección:	Amador Merino Reyna 267 Piso 4 San Isidro, Lima
RUC:	20390625007
Teléfono:	417-5000; Fax 221 2943
Correo Electrónico:	atencion.seguros@chubb.com
Página Web:	<a href="http://www.chubb.com/pe">www.chubb.com/pe</a>

Datos del Contratante			
Nombres y Apellidos/ Denominación social / Razón Social:		Tipo y N° Doc. de Identidad/ RUC	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nac.	dd/mm/aa
Nacionalidad		Señas Particulares	
Dirección			
Distrito / Prov. / Departam.			
Teléfono		Profesión/Ocupación	
Centro Laboral		Cargo	
Correo Electrónico:			

Datos del 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	

Asegurados Dependientes			
Nombre y Apellidos		Documento Nac. de Identidad	
Edad		Relación con el Asegurado Titular:	
Dirección			
Teléfono de Contacto		Correo electrónico	

### **Coberturas y Sumas Aseguradas**

Renta Hospitalaria por Accidente S/ XXXX (XXX días)

### **Cobertura Adicional (en caso de contratarse)**

Renta Hospitalaria por Accidente en cuidados intensivos: S/ XXX (XX días)

### **Prima Comercial**

**Prima Comercial + IGV: S/ XXXX**

**Forma de Pago:** mensual con cargo en Tarjeta de Crédito Falabella

### **Medios de Comunicaciones Pactados**

Físico o electrónico / comunicaciones telefónicas

### **Autorización para Uso de Medio de Comunicación**

El CONTRATANTE / ASEGURADO acepta expresamente que el medio que usarán las partes para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro es el establecido en este documento. 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 condiciones 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](http://www.chubb.com/pe), o de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's: [www.sbs.gob.pe](http://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".

### **Importante**

1. La afiliación es sólo válida para personas con edades entre los 18 años y los 64 años con 364 días. En caso contrario el seguro no tiene validez.
2. La vigencia de la cobertura es anual, con renovación automática por periodos iguales
3. Chubb Seguros Perú S.A. se obliga a entregar el Certificado de Seguro al ASEGURADO dentro del plazo de quince (15) días calendario de haberse solicitado el seguro, si no media rechazo previo de la misma.
4. En el caso que este seguro se comercialice a través de un comercializador, 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 el comercializador con motivo de la comercialización de la Póliza de Seguros.

### **Protección de Datos Personales**

EL ASEGURADO / CONTRATANTE expresa su consentimiento a que los datos personales que brinde a CORREDORES DE SEGUROS FALABELLA, o que sean recabados por éste, como consecuencia de la presente relación contractual, sean tratados (almacenados, registrados, transferidos, analizados, entre otros, según definición de Ley N° 29733), a fin de mantener un nivel de servicio adecuado para EL CLIENTE, que incluye, fines publicitarios y/o promocionales. Asimismo, EL CLIENTE autoriza a CORREDORES DE SEGUROS FALABELLA a obtener del BANCO FALABELLA información sobre sus datos personales necesarios para la presente contratación; y al BANCO FALABELLA a brindarla.

Dicha autorización se mantendrá vigente inclusive, con posterioridad a la culminación de la presente relación contractual, para fines estrictamente publicitarios y/o promocionales. Adicionalmente, EL CLIENTE expresa su consentimiento a que, con fines publicitarios, promocionales u otros estrictamente relacionados con la información requerida para brindar un adecuado servicio a

EL CLIENTE de parte de las otras empresas del grupo Falabella, sus datos personales, puedan ser tratados por dichas empresas, en concordancia con la Ley antes referida.

EL CLIENTE puede revocar el consentimiento expresado en el segundo y tercer párrafo de la presente Cláusula, en cualquier momento, a través de una comunicación escrita dirigida a CORREDORES DE SEGUROS FALABELLA, según procedimiento establecido por esta empresa. Luego de 10 días de recibida la comunicación, no podrá ser considerado dentro de los alcances de los fines publicitarios, promocionales y otros similares

### Cargo a Tarjeta/Cuenta del Asegurado

Sírvase cargar en mi tarjeta, la cuota mensual de mi Seguro Falabella Hospitalización por Accidentes 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 a los 90 días desde la fecha de vencimiento de la primera cuota. Los débitos mensuales serán efectuados al tipo de cambio vigente en la fecha de cargo.

<b>TARJETA Nro.:</b>																				
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oficina: \_\_\_\_\_ Vendedor: \_\_\_\_\_

Código de Vendedor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante / Asegurado

