

**Seguro Falabella - Hospitalización - Dólares**

**Solicitud de Seguro N°**

Póliza N°

Código SBS N° AE2036410093 Adecuado a la ley 29946 y sus normas reglamentarias.

**Datos de la Compañía**

|  |  |
|--|--|
| Empresa de Seguros: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros                           | RUC: 20390625007   |
| Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro                                   | Teléfono: 417-5000   |
| Correo electrónico: <a href="mailto:atencion.seguros@chubb.com">atencion.seguros@chubb.com</a> | Página Web: <a href="http://www.chubb.com.pe">www.chubb.com.pe</a> |

**Datos Generales de la Póliza**

VIGENCIA DEL SEGURO : XXXXXX  
 RENOVACIÓN :  
 INICIO DE VIGENCIA: LAS 12 HORAS DEL \_\_\_\_\_  
 FIN DE VIGENCIA: LAS 12 HORAS DEL \_\_\_\_\_, O ANTE LA OCURRENCIA DE ALGUNO DE LOS SUPUESTOS ESTABLECIDOS EN LA CLÁUSULA 9° DEL CONDICIONADO GENERAL, LO QUE OCURRA PRIMERO.

**Corredor de Seguros**

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| Denominación Social o Nombre: |                     |
| RUC:                          | Correo electrónico: |
| Comisión:                     | N° Registro:        |

**Contratante**

|                                |                     |
|--------------------------------|---------------------|
| Denominación Social o Nombres: |                     |
| RUC/DNI:                       | Correo electrónico: |
| Dirección:                     | Teléfono:           |

**Comercializador**

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NOMBRE :           | RUC :      |
| DIRECCION :        | TELÉFONO : |
| CORREO ELECTRONICO |            |

**Asegurado Titular**

|                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| Nombres y Apellidos:         | Tipo y N° Doc. Identidad: |
| Fecha de Nacimiento:         |                           |
| Dirección:                   | Distrito:                 |
| Provincia:                   | Departamento:             |
| Teléfono:                    | Correo Electrónico:       |
| Relación con el Contratante: |                           |

**Asegurado Adicional (cuando corresponda)**

|                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| Nombres y Apellidos:               | Tipo y N° Doc. Identidad: |
| Fecha de Nacimiento:               |                           |
| Dirección:                         | Distrito:                 |
| Provincia:                         | Departamento:             |
| Teléfono:                          | Correo Electrónico:       |
| Relación con el Asegurado Titular: |                           |

**Requisitos de Asegurabilidad**

**Asegurado Titular**

- Edad Mínima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Permanencia: xxxx

**Asegurado Adicional**

- Edad Mínima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Ingreso: xxxx
- Edad Máxima de Permanencia: xxxx

**Beneficiarios**

El Beneficiario de la cobertura principal, será el mismo ASEGURADO.

**Coberturas, Sumas Aseguradas y Límites**

| Cobertura Principal                                  | Descripción | Sumas Aseguradas y Límites  |
|--|-------------|---|
| <b>Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad</b> |             | <b>Xxxx</b><br>Suma Asegurada:<br>Deducible:<br>Periodo de Carencia:<br>N° de Eventos |
| Coberturas Adicionales                               | Beneficio   | Límites   |
| <b>xxxx</b>  | <b>xxxx</b> | <b>Xxxx</b><br>Suma Asegurada:<br>Deducible:<br>Periodo de Carencia:<br>N° de Eventos |
| <b>xxxx</b>  | <b>xxxx</b> | <b>Xxxx</b><br>Suma Asegurada:<br>Deducible:<br>Periodo de Carencia:<br>N° de Eventos |

**Prima comercial y forma de pago**

**Prima Comercial: US\$**  
**Prima Comercial + IGV: US\$**

**La prima comercial incluye:**

Cargos por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor: XX% (cuando corresponda)  
 Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros: XX% (cuando corresponda)  
 Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: XX% (cuando corresponda)  
 TCEA: XXX% (en caso de pago fraccionado)

Forma de Pago: XXX  
Periodicidad de pago: xxxx

En caso de pago con cargo a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del asegurado:

- El ASEGURADO TITULAR autoriza el cargo mensual de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación.
- En caso no se encontrase saldo disponible en la cuenta designada el ASEGURADO TITULAR o ésta tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, se procederá a realizar un mínimo de X re-intentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de dichos re-intentos no se hubiera podido cargar la prima correspondiente, se realizarán un mínimo de X nuevos intentos en la siguiente fecha de cargo, incluyendo en esta última oportunidad la prima del mes pendiente más la prima del mes en curso.
- Si luego de todos estos intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, el Certificado de Seguro quedará extinguido transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago no cargada.
- Los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO TITULAR del pago oportuno de la prima.
- La prima se cargará en Dólares al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.
- **Periodo de Gracia:** XXXX
- **Franquicias y Coaseguro:** XXXX
- **Deducible:** XXXX

### Importante

- La información contenida en este documento es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro colectivo a la Empresa de Seguros, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
- 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, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden, de conformidad con el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por Resolución SBS N°4143-2019. Asimismo, las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiese dirigido a Chubb Seguros Perú S.A.
- De igual manera, los pagos efectuados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a Chubb Seguros Perú S.A. en la misma fecha de su realización. En el caso de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N°3274-2017 y sus normas modificatorias.
- **El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.**
- **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.**

### Reconocimiento para revelar Información Médica (solamente para Efectos del Asegurado)

El ASEGURADO TITULAR reconoce que, conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud No. 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

### Medios de comunicación pactados

Comunicación física, electrónica y telefónica.

### Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El CONTRATANTE y/o 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. 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.

### Protección de Datos Personales

El ASEGURADO otorga su consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que LA COMPAÑÍA, cuya dirección se detalla en el encabezado de la póliza, incluya todos sus datos personales consignados en el presente documento, según corresponda, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a dicha información.

El ASEGURADO acepta expresamente que la COMPAÑÍA comunique sus datos personales a entidades y/o personas para el cumplimiento de las actividades necesarias para el desarrollo del servicio contratado, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe). LA COMPAÑÍA garantizará la confidencialidad de sus datos, salvo lo indicado en el presente documento.

El ASEGURADO acepta y consiente que el tratamiento de los datos personales tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por LA COMPAÑÍA para realizar estudios estadísticos y de siniestralidad, remitir información sobre sus productos y servicios, a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita, así como el flujo transfronterizo de la información a otras entidades ubicadas en Estados Unidos con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de la COMPAÑÍA.

Asimismo, EL ASEGURADO acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que la ASEGURADORA mantiene o suscribe acuerdos de colaboración, cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.chubb.com/pe](http://www.chubb.com/pe), respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

El ASEGURADO AUTORIZA: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No  
(marcar con una X)

EL ASEGURADO manifiesta que tiene conocimiento sobre sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, cuyo carácter es gratuito; bastando para ello enviar un correo consignado nombre y apellidos, tipo y número de documentos de identidad, datos respecto de los cuales busca ejercer sus derechos y medio de contacto; mediante comunicación dirigida a: XXXX

**La COMPAÑÍA declara que su Banco de Datos Personales ha sido declarado a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación XXXXX y el código XXXX.**

**Los datos personales proporcionados se conservarán mientras no se solicite su cancelación por el titular de la información o hasta un plazo de 10 años a partir del inicio de la relación contractual, lo que suceda primero.**

### Declaración

El CONTRATANTE y/o 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 Asistencia Médica, las Condiciones Generales 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](http://www.chubb.com/pe), así como a la de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)

Fecha de Solicitud:

Firma del CONTRATANTE /ASEGURADO