

Seguro de Vida Súmale Vida

Fecha de Emisión:

Solicitud de Seguro N° _____
Código SBS: VI2037200004

La Compañía	
Aseguradora: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro	Teléfono: 417-5000
Correo electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe

Comercializador	
Banco Falabella Peru S.A.	RUC: 20330401991
Dirección: Calle Carpaccio N° 250 piso 4,8 y 12, San Borja	Teléfono: 615-4300
Página web: https://www.bancofalabella.pe/	

Datos del Contratante (Asegurado, Titular de la tarjeta de crédito CMR)	
Nombres y Apellidos:	
Tipo y Número de documento de Identidad:	
Fecha de Nacimiento:	
Domicilio (Calle / Nro. / Distrito / Provincia / Departamento):	
Teléfono:	Correo electrónico:

Datos de los Beneficiarios

Para las Coberturas de Muerte Natural y Accidental, los beneficiarios serán aquellas personas designadas por el ASEGURADO en el presente documento. A falta de ellos, la indemnización será otorgada a los Herederos Legales del ASEGURADO.

El ASEGURADO podrá modificar la designación de beneficiarios en cualquier momento, mediante comunicación escrita cursada a la COMPAÑÍA.

En caso de designarse más de un beneficiario y de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales.

Nombres completos	Documento de Identidad	Fecha de nacimiento	%de Capital	Relación con el Asegurado

Para las Coberturas de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad e Invalidez Total y Permanente por Accidente, el beneficiario será el mismo ASEGURADO.

Declaración Jurada y Autorización para revelar Información Médica

“Yo, _____, identificado con DNI N° _____ declaro que actualmente no me encuentro enfermo, que no estoy buscando tratamiento médico y que no he estado físicamente incapacitado de realizar mi actividad normal diaria por más de cinco (5) días consecutivos debido a enfermedad.”


LA COMPAÑIA

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara bajo juramento que las respuestas proporcionadas en esta Solicitud son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, inexactitud o falsedad genera la nulidad del Seguro y en consecuencia toda obligación de Chubb Seguros Perú S.A. Asimismo, reconozco que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N°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. Autorizo a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.

Uso de Datos Personales

El CONTRATANTE autoriza de forma expresa 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.

Declaración

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declaran haber tenido a su disposición de manera previa a la contratación de este seguro, las cláusulas generales de contratación comunes a los seguros de vida y las condiciones generales del seguro que solicitan.

Medios habilitados por la COMPAÑÍA para que el ASEGURADO presente consultas y/o reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios

EL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, pueden hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

COMPAÑÍA (reclamos): Oficina: Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402, San Isidro / Telf. (51-1)417-5000 o al 399-1212* / Correo: atencion.seguros@chubb.com / Web: www.chubb.com/pe opción "Contáctenos" - "Solicitud Electrónica". (*) Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm. /

FALABELLA (reclamos): <https://web.segurosfalabella.com/pe/libro-de-reclamaciones>

FALABELLA (consultas): Whatsapp 016156000 de lunes a domingos de 9am a 10pm

FALABELLA (avisos de siniestros): al correo estamoscontigo@falabella.com.pe

Autorización para Uso de Medio de Comunicación

El contratante y/o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑÍA el uso de estos medios para comunicar cualquier aspecto relacionado con el seguro.

Coberturas Principales y Sumas Aseguradas		
Coberturas Principales	Suma Asegurada	Límites
<p>Muerte Natural: En caso de muerte natural del ASEGURADO durante la vigencia del seguro, la COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares, en los plazos y términos que se señalan en la misma, siempre que la causa de dicho fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro y que el ASEGURADO no hubiere superado la edad máxima de permanencia. El seguro brinda cobertura en territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.</p>	S/50,000.00	Periodo de Carencia: 60 días en caso de fallecimiento por Covid
<p>Muerte Accidental: En caso de muerte accidental del ASEGURADO durante la vigencia del seguro, la COMPAÑÍA pagará la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares, en los plazos y términos que se señalan en la misma, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro, y que el ASEGURADO no hubiere superado la edad máxima de permanencia. La COMPAÑÍA cubrirá el fallecimiento que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas. El seguro brinda cobertura en territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día, salvo indicación diferente en las Condiciones Particulares.</p>	S/50,000.00	****
Coberturas Adicionales	Suma Asegurada	
<p>Invalidez total y permanente por accidente: La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia del seguro, algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente definida en los términos establecidos en el seguro. Esto se cumplirá siempre y cuando la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares, el seguro principal esté vigente y la causa de la Invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones del presente seguro. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente cubierto por este seguro. La COMPAÑÍA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas. Esta seguro brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.</p>	S/50,000.00	****
<p>Invalidez total y permanente por enfermedad: La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, si el ASEGURADO sufriera, durante la vigencia de este seguro, alguna enfermedad que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente: (i) que la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares; (ii) que la Cobertura Principal esté vigente, y (iii) que la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones del presente seguro.</p>	S/50,000.00	Periodo de Carencia: 60 días

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por una enfermedad cubierta por este seguro. Este seguro brinda cobertura en el territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.		
Devolución de Primas: Siempre que no se haya producido siniestro alguno durante la vigencia de la póliza; LA COMPAÑÍA devolverá el porcentaje de la prima acumulada determinado en el Condicionado Particular; cuando éste cumpla con el periodo ininterrumpido de cobertura vigente también definido en el Condicionado Particular. El porcentaje a pagar de las primas acumuladas no considerará los impuestos que se hayan generado sobre las mismas.	30% de la prima comercial	****
Prima Comercial		
Prima Mensual (correspondiente según el rango)	S/	

Rango de edad	Prima Mensual (correspondiente según el rango)
Desde 18 hasta 30 años	S/14.50
Desde 31 hasta 35 años	S/20.00
Desde 36 hasta 40 años	S/26.50
Desde 41 hasta 45 años	S/36.00
Desde 46 hasta 50 años	S/51.00
Desde 51 hasta 55 años	S/76.00
Desde 56 hasta 60 años	S/118.00
Desde 61 hasta 65 años	S/189.50

El monto de la prima mensual dependerá del rango de edad en el que se encuentre el asegurado al momento de la contratación según la tabla previa y permanecerá fija hasta finalizar los 3 años de vigencia del seguro. La prima se cargará mensualmente y de forma exclusiva a la tarjeta de crédito CMR del titular asegurado.

Exclusiones

La indemnización de esta póliza no se concede si la muerte natural o accidental del ASEGURADO se debe a las siguientes causas o circunstancias:

Para el caso de la Cobertura de Muerte Natural, Muerte Accidental y Devolución de Primas:

- a) Enfermedades preexistentes al inicio del seguro, entendiéndose por tales aquellas que son diagnosticadas por un médico colegiado, conocidas por el ASEGURADO y no resueltas al momento de la contratación del seguro.
- b) Suicidio, salvo el contrato haya estado en vigencia ininterrumpidamente por 2 años.
- c) Guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- d) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero de transporte aéreo comercial.
- e) Participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- f) Participación o intervención, activa, en actos delictuosos.
- g) Uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas. En particular, tampoco se otorga cobertura cuando se realizan los ataques o intromisiones nombrados haciendo uso de la tecnología de la información.
- h) Ataques o intromisiones en instalaciones y plantas de almacenamiento que conduzcan a la liberación de radioactividad o de sustancias bélicas atómicas, bacteriológicas o químicas. En particular, tampoco se otorga cobertura cuando se realizan los ataques o intromisiones nombrados haciendo uso de la tecnología de la información.

- i) **Eventos accidentales ocurridos a consecuencia de la liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).**
- j) **Epidemias.**

Para el caso de la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Adicionalmente a las exclusiones de las coberturas principales, queda excluido de esta cobertura:

- a) **Las lesiones pre-existentes al momento de contratar este seguro.**

Para el caso de la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

- a) **Enfermedad pre-existente al inicio del seguro, entendiéndose como tal a cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la contratación del Seguro.**
- b) **Liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).**
- c) **Ataques terroristas con armas no convencionales: nucleares, biológicas, químicas y radiactivas (NBQR).**
- d) **Abuso de drogas, estupefacientes y/o alcohol.**
- e) **Epidemias.**

Importante

1. La información contenida en esta Solicitud de Seguro 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 Vida.
2. 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.
3. 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 al artículo 23° del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, Resolución SBS N° 3199-2013. 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.
4. 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.
5. Los Comprobantes de Pago Electrónicos pueden ser descargados ingresando al portal: www.gosocket.net.
6. Los Comprobantes de Pago Electrónicos emitidos a adquirentes o usuarios no electrónicos (Personas Naturales) según las normas de Emisión Electrónica, se pueden poner a su disposición de forma impresa en la oficina de la COMPAÑÍA o de forma digital a través de correo electrónico. Para su entrega deberá comunicarse previamente al teléfono 399-1212 o al correo electrónico atencion.seguros@chubb.com. La entrega física o virtual del comprobante se realizará solo cuando sea solicitado, por lo que, para entregas posteriores, deberá solicitarse nuevamente.
7. **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.**
8. **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.**