

Por favor completar todos los campos de esta solicitud

COMPAÑÍA: RIMAC Seguros y Reaseguros

RUC: 20100041953

Dirección: Avenida Las Begonias N° 475 Distrito: San Isidro Provincia: Lima Departamento: Lima

Teléfono: 4113000 Fax: 4210555

RIMAC Seguros y Reaseguros, en adelante la Aseguradora, se reserva el derecho de contactar al Asegurado si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional.

Inicio de vigencia del(los) afiliado(s): / /

Corredor de Seguro:

Código de Corredor de Seguro

1. Elección de plan

Titular, cónyuges e hijos hasta 18 años Plan Base Plan Adicional 1 Plan Adicional 2

Hijos entre 18 y 25 años Plan Base Plan Adicional 1 Plan Adicional 2

Padres Padres 1 Padres 2

2. Datos relacionados al contratante (responsable del pago de primas)

Tipo de Persona: Persona Natural Persona Jurídica

Apellidos/Nombres o Razón Social:

Dirección: Distrito:

Departamento: Provincia:

DNI o RUC: Teléfono: Cód. Ciudad N° Celular:

Apellidos/Nombres del Representante Legal:

Correo electrónico:

3. Datos relacionados al Titular

Apellido paterno: Apellido materno:

Nombres: Ocupación:

Domicilio: Teléfono: Cód. Ciudad N°

Celular:

País de Residencia: Correo electrónico:

Sexo: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento: / /

Tipo de documento: DNI CE Pasaporte N°

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Edad: Estatura: Peso:

4. Datos relacionados a los dependientes del solicitante (por favor de señalarlos en orden de edad)

1) Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombres:

Domicilio: Teléfono: Cód. Ciudad N°

Sexo: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento: / /

Tipo de documento: DNI CE Pasaporte N°

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Parentesco: Cónyuge Hijo Conviviente Padre

País de Residencia: Correo electrónico:

Edad: Estatura: Peso:

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico (Asistencia Médica Colectiva)

2) Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombres:

Domicilio: Teléfono: Cód. Ciudad N°

Sexo: Femenino Masculino | Fecha de Nacimiento: / /

Tipo de documento: DNI CE Pasaporte N°

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Parentesco: Cónyuge Hijo Conviviente Padre

País de Residencia: Correo electrónico:

Edad: Estatura: Peso:

3) Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombres:

Domicilio: Teléfono: Cód. Ciudad N°

Sexo: Femenino Masculino | Fecha de Nacimiento: / /

Tipo de documento: DNI CE Pasaporte N°

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Parentesco: Cónyuge Hijo Conviviente Padre

País de Residencia: Correo electrónico:

Edad: Estatura: Peso:

4) Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombres:

Domicilio: Teléfono: Cód. Ciudad N°

Sexo: Femenino Masculino | Fecha de Nacimiento: / /

Tipo de documento: DNI CE Pasaporte N°

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Parentesco: Cónyuge Hijo Conviviente Padre

País de Residencia: Correo electrónico:

Edad: Estatura: Peso:

5) Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombres:

Domicilio: Teléfono: Cód. Ciudad N°

Sexo: Femenino Masculino | Fecha de Nacimiento: / /

Tipo de documento: DNI CE Pasaporte N°

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Parentesco: Cónyuge Hijo Conviviente Padre

País de Residencia: Correo electrónico:

Edad: Estatura: Peso:

¿Tienen o han tenido algún seguro de salud?

Sí No Si su respuesta es afirmativa sírvase completar el siguiente cuadro:

Compañía de seguros EPS PEAS

Indique el nombre del producto:

Indique el nombre de la compañía:

Indique el periodo de vigencia: desde _____ hasta _____.

a) Para gozar del beneficio de continuidad de los Períodos de Carencia y Espera es requisito indispensable en caso haya tenido un seguro de salud en otra compañía, presentar con este documento:

- Constancia emitida por la compañía de seguros anterior, indicando periodo de afiliación.

Recibe el abono de tus reembolsos de salud en tu cuenta bancaria**

Datos de la Cuenta Bancaria

Bancos

CONTINENTAL CRÉDITO SCOTIABANK INTERBANK FINANCIERO

Tipo de cuenta

Ahorros Cuenta Corriente Soles Dólares

Nº

** Siempre y cuando tu plan de salud incluya dicho beneficio.

5. Declaración personal de salud

¿Alguno de los solicitantes (Titulares o dependientes) ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades o dolencias descritas a continuación?

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. ¿Al cerebro o del sistema nervioso, tales como: aneurisma, epilepsia, malformaciones arteriovenosas, parkinson, alzheimer, migraña, accidente cerebrovascular u otras?										
2. ¿Mentales psiquiátricas o trastornos psicológicos, tales como: demencia de cualquier tipo, depresión u otros?										
3. ¿En el aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, sinusitis crónica, desviación del tabique, hipertrofia de adenoides u otras?										
4. ¿En el aparato cardiovascular, tales como: infarto, angina, arritmia, enfermedades de la válvula cardiaca, presión arterial elevada, várices, trombosis u otras?										
5. ¿En el aparato digestivo, tales como: gastritis (más de 2 episodios), úlcera, esofagitis, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, enfermedades en el páncreas, hígado o vesícula, hernias u otras?										
6. ¿Endocrinológicas, tales como: diabetes, dislipidemia (colesterol elevado), hipo e hipertiroidismo, síndrome de cushing, adenoma de hipófisis u otra enfermedad endocrinológica u hormonal?										
7. ¿En el aparato urinario o de los órganos genitales, tales como: insuficiencia renal, quiste, cálculos, tumores, cistitis crónica, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga o próstata u otras? Si es afirmativa la respuesta, precisar localización.										

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico (Asistencia Médica Colectiva)

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
8. ¿Ginecológicas o de la mama, tales como: miomas, fibromas, quiste, adenomas, endometriosis, infertilidad, displasia cervical, papilomavirus u otras? Si es afirmativa la respuesta, precisar localización.										
9. ¿Autoinmunes o del tejido conectivo, tales como: lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, enfermedad de Crohn u otras?										
10. ¿En huesos, articulaciones como rodillas, menisco, cadera; de la columna vertebral, tales como: hernias, discopatías, enfermedades musculares, osteoporosis u osteopenia, gota, artrosis, amputaciones u otras?										
11. ¿De la sangre, tales como: anemias, leucemias, trastornos de la coagulación u otras?										
12. ¿En los ojos, tales como: cataratas, pterigión, glaucoma, ceguera, enfermedades de la retina, estrabismo u otras?										
13. ¿En los oídos, tales como: trastorno de audición, enfermedades del tímpano u otras?										
14. ¿En la piel, tales como: psoriasis, vitiligo, acné, rosacea u otras?										
15. ¿Tumores benignos o malignos o cáncer en cualquier órgano o tejido del cuerpo?										
16. ¿Trasplante de cualquier órgano?										
17. ¿Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis de cualquier tipo?										
18. ¿Defecto de origen congénito o genético?										
19. ¿Brucelosis, hepatitis B o C, VIH/SIDA, HTLV, cisticercosis?										
20. ¿Tienes algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de alguno de los solicitantes, que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?										
21. ¿Estás embarazada actualmente? Tiempo de gestación:										
22. ¿Practicas algún deporte peligroso? Detallar cuál y la periodicidad.										
23. ¿Existen, en la familia de alguno de los solicitantes, alguna persona (hasta de 2da. generación) que haya padecido de diabetes mellitus, cáncer (de mama, retinoblastoma, poliquistosis renal, poliposis colónica) o cualquier enfermedad de carácter hereditario o cáncer no mencionada? Detallar diagnóstico e indicar parentesco.										
24. ¿Consumes o has consumido cigarrillos?										
1) Nombre y Apellido:										
Consumo semanal:	Cigarros desde (año)				Hasta (año)					
2) Nombre y Apellido:										
Consumo semanal:	Cigarros desde (año)				Hasta (año)					
3) Nombre y Apellido:										
Consumo semanal:	Cigarros desde (año)				Hasta (año)					
4) Nombre y Apellido:										
Consumo semanal:	Cigarros desde (año)				Hasta (año)					
5) Nombre y Apellido:										
Consumo semanal:	Cigarros desde (año)				Hasta (año)					

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico (Asistencia Médica Colectiva)

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
25. ¿Realizas alguna actividad física (por ejemplo: caminar, bailar, jardinería, pasear en bicicleta, etc.), durante 10 minutos continuos al menos una vez a la semana?										

26. ¿Te atiendes usualmente en una clínica, hospital, centro médico?

- 1) Indicar lugar
- 2) Indicar lugar
- 3) Indicar lugar
- 4) Indicar lugar
- 5) Indicar lugar

Si alguna respuesta fue positiva, indicar:

1) Nombre completo de la persona tratada:
 N° de la pregunta que contestó afirmativamente:
 Diagnóstico de la enfermedad o dolencia:
 Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución):
 Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual:

2) Nombre completo de la persona tratada:
 N° de la pregunta que contestó afirmativamente:
 Diagnóstico de la enfermedad o dolencia:
 Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución):
 Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual:

3) Nombre completo de la persona tratada:
 N° de la pregunta que contestó afirmativamente:
 Diagnóstico de la enfermedad o dolencia:
 Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución):
 Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual:

4) Nombre completo de la persona tratada:
 N° de la pregunta que contestó afirmativamente:
 Diagnóstico de la enfermedad o dolencia:
 Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución):
 Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual:

5) Nombre completo de la persona tratada:
 N° de la pregunta que contestó afirmativamente:
 Diagnóstico de la enfermedad o dolencia:
 Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución):
 Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual:

Información adicional

- Los solicitantes declaran tener conocimiento que la Aseguradora se reserva el derecho de calificar y aceptar la presente solicitud y de proponer las condiciones de aseguramiento.
- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante y/o Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido la celebración del Contrato de Seguro o modificado sus condiciones, si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del Contrato o del Certificado de seguro según corresponda.
- La Aseguradora comunicará al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de presentada la presente Solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional dentro de dicho plazo. Por lo que, en caso la Aseguradora solicite información adicional, el Contratante y/o Asegurado se compromete a facilitar a la Aseguradora el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, dispensándolos de la reserva de la información del acto médico, en el momento que lo requiera la Aseguradora.
- Por lo anterior, mientras la Aseguradora solicite información adicional la presente **Solicitud de Seguro** se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. Por lo cual, presentada la información adicional por el Contratante y/o Asegurado, la Aseguradora comunicará al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario siguientes, si ésta ha sido rechazada, salvo que requiera de información adicional dentro de dicho plazo, pues la información anteriormente entregada no estuvo completa. Por lo que, el Contratante y/o Asegurado reconocen que la presente Solicitud de Seguro, incluyendo la Declaración Personal de Salud es válida hasta por sesenta (60) días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional. **En caso de exceder el plazo establecido se deberá presentar nuevamente la Solicitud de Seguro.**
- La Aseguradora deberá entregar la Póliza de Seguro al Contratante y el certificado al Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud.
- La aceptación de la Solicitud del Seguro supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante y/o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.
- La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Aseguradora. La aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión del Certificado de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella, en tanto se hubiera proporcionado información veraz.

El Contratante y/o Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.

Instrucciones de Uso del correo electrónico:

- i) En caso el Contratante y/o Asegurado no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifica/anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-1000.
 - ii) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.
- El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.

USO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la “Ley”) y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el “Reglamento”), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, **RIMAC**) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los “Datos Personales”), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web www.rimac.com.pe, sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 – San Isidro, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación “Clientes” con código RNPDP-PJP N° 1637.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

Comunicaciones Comerciales

Autorizo a RIMAC a utilizar mis Datos Personales y que los mismos sean tratados por terceros, para que me sean ofrecidos beneficios, productos y servicios de RIMAC, a través de cualquier medio de comunicación. Declaro conocer que el no conceder esta autorización no afectará la prestación del servicio contratado

Acepto No Acepto

Observaciones (Abono en cuenta)

- Adjuntar copia legible del DNI vigente.
 - Esta autorización será válida para la Póliza vigente y para futuras renovaciones.
 - Esta autorización estará sujeta a la verificación de la firma del Asegurado, la cual deberá realizar el Banco o el Operador de la Tarjeta según sea el caso.
 - El cargo para el pago de la Póliza procederá si es que la cuenta asignada presenta fondos suficientes para cubrir el importe correspondiente.
 - En caso que la cuenta en la cual se realizará el cargo para el pago de la Póliza sea de moneda distinta al tipo de moneda en la que se debe efectuar el pago, el Banco o el operador de la tarjeta de crédito queda autorizado a cargar el importe al tipo de cambio definido por la SBS correspondiente al día de la operación.
 - La responsabilidad del importe a cargar corresponde a RIMAC Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros.
 - En caso de cambio de Número de Tarjeta, el cliente autoriza la afiliación de cargo automático de los servicios arriba indicados a la nueva tarjeta que se emita en sustitución de la anterior.
 - En caso que el Banco modifique el N° de cuenta, el N° de la tarjeta, o que se realicen modificaciones referentes al Asegurado/Cliente en su respectiva base de datos, la responsabilidad de informar a RIMAC Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros, sobre dichas modificaciones recaerá en el Asegurado/Cliente.
- En caso que la cobranza no se haya podido concretar debido a un rechazo de la operación, el Asegurado/Cliente será notificado a través del correo proporcionado en el presente formulario.

Lima, _____ de _____ de _____

RIMAC Seguros y Reaseguros

Contratante

Asegurado