

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA

Por favor completar todos los campos de esta solicitud.

| | | | |
|--|-------------------------------------|---------------|-------------|
| COMPAÑÍA: | RIMAC Seguros y Reaseguros | RUC: | 20100041953 |
| Dirección: | Calle El Parque Nro. 149 San Isidro | | |
| Provincia: | Lima | Departamento: | Lima |
| Teléfono: | 4111111 | Fax: | 421-0555 |
| 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, cónyuge e hijos hasta 18 años: Plan Base Plan Adicional 1 Plan Adicional 2
 Hijos entre 18 y 28 años: Plan Base Plan Adicional 1 Plan Adicional 2
 Padres: Plan Adicional 1 Plan Adicional 2

2. DATOS RELACIONADOS AL CONTRATANTE (RESPONSABLE DEL PAGO DE PRIMAS)

| | | |
|--|--|---|
| Tipo de Persona: | <input type="checkbox"/> Persona Natural | <input type="checkbox"/> Persona Jurídica |
| Apellidos/Nombres o Razón Social: | | |
| Dirección: | | |
| Distrito: | Departamento: | Provincia: |
| RUC: | Teléfono: | Celular: |
| Apellidos/Nombres del Representante Legal: | | |
| Correo electrónico: | | |

3. DATOS RELACIONADOS AL TITULAR

| | | | |
|---------------------|---|----------------------|------------|
| Apellido Paterno: | | Apellido Materno: | |
| Nombres: | | Ocupación: | |
| Dirección: | | | |
| Teléfono: | | Celular: | |
| País de Residencia: | | Correo electrónico: | |
| Sexo: | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | Fecha de Nacimiento: | / / |
| Tipo de Documento: | <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte | Nro: | |
| Estado Civil: | <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | | |
| Edad: | | Estatura (m): | Peso (kg): |

4. DATOS RELACIONADOS A LOS DEPENDIENTES DEL SOLICITANTE (por favor señalarlos en orden de edad)

| | | | | | |
|--|--|--|--|------------|--|
| 1. Apellido Paterno: | | | | | |
| Apellido Materno: | | | | | |
| Nombres: | | | | | |
| Dirección: | | | | Teléfono: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Fecha de Nacimiento: / / | | | |
| Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte | | | | Nro: | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) | | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | | | |
| Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Conviviente | | | | | |
| País de Residencia: | | Correo electrónico: | | | |
| Edad: | | Estatura (m): | | Peso (kg): | |
| 2. Apellido Paterno: | | | | | |
| Apellido Materno: | | | | | |
| Nombres: | | | | | |
| Dirección: | | | | Teléfono: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Fecha de Nacimiento: / / | | | |
| Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte | | | | Nro: | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) | | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | | | |
| Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Conviviente | | | | | |
| País de Residencia: | | Correo electrónico: | | | |
| Edad: | | Estatura (m): | | Peso (kg): | |
| 3. Apellido Paterno: | | | | | |
| Apellido Materno: | | | | | |
| Nombres: | | | | | |
| Dirección: | | | | Teléfono: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Fecha de Nacimiento: / / | | | |
| Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte | | | | Nro: | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) | | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | | | |
| Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Conviviente | | | | | |
| País de Residencia: | | Correo electrónico: | | | |
| Edad: | | Estatura (m): | | Peso (kg): | |
| 4. Apellido Paterno: | | | | | |
| Apellido Materno: | | | | | |
| Nombres: | | | | | |
| Dirección: | | | | Teléfono: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Fecha de Nacimiento: / / | | | |
| Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte | | | | Nro: | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) | | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | | | |
| Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Conviviente | | | | | |
| País de Residencia: | | Correo electrónico: | | | |
| Edad: | | Estatura (m): | | Peso (kg): | |

5. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (SÍ /NO - Titular /Cónyuge o Conviviente/ Hijo 1/ Hijo 2/ Hijo 3

¿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 escritas a continuación?

| Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final. | | Titular | | Cónyuge/ Conviviente | | Hijo1 | | Hijo 2 | | Hijo 3 | |
|---|---|---------|----|-------------------------|----|-------|----|--------|----|--------|----|
| | | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO |
| 1 | ¿Alguno de los asegurados tiene o ha tenido un seguro EPS en los últimos 60 días o un seguro AMC en los últimos 120 días en otra compañía de seguros? | | | | | | | | | | |
| 2 | ¿Alguno de los asegurados ha tenido un seguro AMI en los últimos 120 días en otra compañía de seguros? | | | | | | | | | | |
| 3 | ¿Alguno de los asegurados tiene o ha tenido enfermedades del sistema nervioso, cerebrales o mentales, tales como migraña, epilepsia, accidente cerebrovascular, depresión o esquizofrenia y otra? | | | | | | | | | | |
| 4 | ¿Alguno de los asegurados tiene o ha tenido enfermedades del aparato cardiovascular, circulatorio o respiratorio, tales como hipertensión arterial, dislipidemia, infarto, arritmia, trombosis, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica u otra? | | | | | | | | | | |
| 5 | ¿Alguno de los asegurados tiene o ha tenido enfermedades endocrinológicas, hormonales o autoinmunes, tales como diabetes, enfermedad de la glándula tiroides, artritis reumatoide, lupus u otra? | | | | | | | | | | |
| 6 | ¿Alguno de los asegurados tiene o ha tenido enfermedades de las mamas, ovario, útero u otros desórdenes ginecológicos, de los órganos genitales o del aparato urinario? | | | | | | | | | | |
| 7 | ¿Alguno de los asegurados tiene o ha tenido enfermedades del esófago, estómago, intestinos, páncreas, hígado, vesícula, hernias u otra enfermedad del aparato digestivo? | | | | | | | | | | |
| 8 | ¿Alguno de los asegurados tiene o ha tenido enfermedades de la piel, ojo, oído, huesos, columna vertebral, músculos, articulaciones o alguna amputación? | | | | | | | | | | |
| 9 | ¿Alguno de los asegurados tiene o ha tenido VIH/ SIDA, hepatitis B o C u otra enfermedad infecciosa de transmisión sexual? ¿Enfermedades de la sangre o trastorno de la coagulación? | | | | | | | | | | |
| 10 | ¿Alguno de los asegurados tiene o ha tenido tumor benigno, maligno o cáncer, leucemia, linfoma o mieloma en cualquier órgano o tejido del cuerpo? | | | | | | | | | | |
| 11 | ¿Alguno de los asegurados tiene algún defecto de origen congénito o genético? | | | | | | | | | | |
| 12 | ¿Alguno de los asegurados tiene algo adicional que declarar sobre el estado de salud, estado físico, enfermedad, tratamiento o alguna cirugía que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud? | | | | | | | | | | |
| 13 | ¿Alguno de los asegurados está embarazada actualmente? | | | | | | | | | | |
| 14 | ¿Alguno de los asegurados fuma o ha fumado diariamente 20 o más cigarrillos? | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-----------------------|--|--------------------------|--|--------------|
| 1. Nombre y apellido: | | | | |
| Consumo semanal: | | Cigarrillos desde (año): | | hasta (año): |
| 2. Nombre y apellido: | | | | |
| Consumo semanal: | | Cigarrillos desde (año): | | hasta (año): |
| 3. Nombre y apellido: | | | | |
| Consumo semanal: | | Cigarrillos desde (año): | | hasta (año): |
| 4. Nombre y apellido: | | | | |
| Consumo semanal: | | Cigarrillos desde (año): | | hasta (año): |
| 5. Nombre y apellido: | | | | |
| Consumo semanal: | | Cigarrillos desde (año): | | hasta (año): |

Si alguna respuesta fue positiva, indicar:

En caso la pregunta 1 y/o 2 fue respondida positivamente, adjuntar adicionalmente a la DPS las Constancias de Afiliación del titular y de los dependientes.

- 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:
- 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:
- 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:
- 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:
- 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 correspondiente.
- 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 411-1111.
 - 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 Calle Begonias Nro. 540 San Isidro, 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 a 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 o enviando una solicitud al correo electrónico atencionalcliente@rimac.com.pe, 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 ante el Poder Judicial mediante 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

Lima, _____ de _____ de _____

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

CONTRATANTE

ASEGURADO
(En caso de ser una persona distinta
al Contratante)