



**PLAN VIDA SEGURA XXXXXXXX
SOLICITUD DE SEGURO**

Solicitud N°: XXXXX

N° cotización: XXXX

Código SBS: VI0507520396

La celebración del presente contrato de seguro es IRREVOCABLE, es decir, ninguna de las partes intervinientes en el presente contrato de seguro, podrá resolverlo sin expresión de causa y en forma unilateral.

CONTRATANTE Y ASEGURADO TITULAR

Apellidos y Nombres: XXXXXX XXXXX XXXXX XXXXX

Documento de Identidad:

Fecha Nacimiento: XX/XX/XXXX

Edad: XX Años

Sexo: XX

Tipo Riesgo: XXXXX

Estado Civil: XXXXX

Residente en Perú: XX

País de Residencia: XXXXX

Nacionalidad: XXXXX

Teléfono Fijo: XXXXXXXX

Teléfono celular: XXXXXXXX

Código Ciudad: XXX

Correo electrónico: XXXXXXXX@XXX.XXX

Residente o ciudadano americano: XXXXX

Dirección de Domicilio: XXXXXXXXXXXXXXXX

Distrito/Provincia/Departamento: XXXXXXXXX/XXXXX/XXXXX

Referencia: XX

El Contratante/Asegurado Titular autoriza a la ASEGURADORA para que, a elección exclusiva de esta última, proceda al envío de cualquier información relacionada a su Póliza **incluida información confidencial**, a la dirección electrónica, a la dirección domiciliaria o a los teléfonos indicados previamente.

PRODUCTO CONTRATADO

Tipo de contrato de Plan Vida Segura: XXXXX

N° años de Plan Vida Segura XXXXX

Periodo de diferimiento del Plan: X Meses

Fecha devengue Base: XX/XX/XXXX

Inicio de Pago: XX/XX/XXXX

Fin de Pago: XX/XX/XXXX

Moneda del pago: XXXXX

Importe del pago: XXXXX.XX

Tasa de ajuste de pago del plan: X.XX %

Periodicidad del Pago: XXXXX

COBERTURAS y CLAUSULAS ADICIONALES

XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXX

DESIGNACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (realizado por el CONTRATANTE)

Beneficiarios de Coberturas / Clausulas Adicionales

En caso no se declaren Beneficiarios, los HEREDEROS LEGALES del Asegurado Titular serán reconocidos como tales.

	Beneficiario 1	Beneficiario 2	Beneficiario 3
Tipo y N° Doc			
Apellido Paterno			
Apellido Materno			
Nombres			
Fecha Nacimiento			
Sexo			
Relación con Asegurado			
%Cap.Fallec o PG			

Total % Benef.	XXX.XX %
-----------------------	-----------------

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA ÚNICA

Moneda de la Prima: XXXXX

Monto de prima única: XXXX.XX

Fecha de última transferencia bancaria para completar prima única: XX/XX/XXXX

FORMA DE PAGO DEL PLAN VIDA SEGURA

IMPORTANTE:

El Contratante/Asegurado Titular reconoce que la veracidad y exactitud de los datos consignados a continuación es indispensable para el abono de su pago. En caso de existir algún error u omisión en dichos datos, el Contratante/Asegurado Titular autoriza a RIMAC SEGUROS a contactarlo en los números de teléfono y/o correo electrónico proporcionados.

- El importe de los pagos de la cobertura que haya fijado la Aseguradora en la cotización correspondiente a la presente Solicitud de Seguro, se realiza considerando las declaraciones efectuadas en la Solicitud de Seguro y en la Declaración Personal de Salud del Asegurado Titular, y de los Beneficiarios, según corresponda.
- La Aseguradora deberá entregar la Póliza de Seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud. En caso se haya entregado la Póliza al Contratante, y el Asegurado sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza a La Aseguradora, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.
- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante 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 de la Póliza de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto hubieran proporcionado información veraz.

Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS ("La Aseguradora"), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con La Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida a RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

Autorización para envío de la Póliza Electrónica.

Autorizo para que la Póliza de Seguro que solicito sea remitida a la dirección de correo electrónico aquí consignada. Asimismo, declaro conocer y aceptar que:

1. La "Póliza de Seguro" comprende los documentos que forman parte de ella, así como cualquier comunicación relacionada a ella de cualquier índole.
2. La Póliza de Seguro será enviada por correo electrónico: (i) Incluyendo un link donde podré visualizar la póliza en PDF o un documento adjunto en PDF o (ii) Direccionándome a la parte privada de la web www.rimac.com, donde crearé mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un certificado digital (firma digital).
5. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente son las ventajas de este procedimiento.
7. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifique / anule el correo electrónico, deberá informarlo a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o a la Central Aló RIMAC 411-1111. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, archivos y links adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de "no deseados"), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a atencionalcliente@rimac.com.pe.

La ASEGURADORA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia. La ASEGURADORA podrá prescindir del envío electrónico de la póliza y remitirla en físico, así como las comunicaciones al domicilio del asegurado en caso la normativa vigente lo exija o, no se consigne dirección electrónica o, a decisión expresa de la ASEGURADORA.

Habiendo tomado conocimiento de la información relevante descrita precedentemente, mediante la firma de la presente Solicitud de Seguro, declaro mi aceptación y conformidad a las condiciones que regirán para la emisión del Contrato de Seguro que solicito por medio de este documento.

_____de _____de _____

Contratante / Asegurado Titular



Vicepresidencia de Seguros Personales
RIMAC Seguros y Reaseguros