

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SEGURO ONCOLÓGICO INTEGRAL

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros	RUC: 20100041953
Dirección: Avenida Las Begonias 475	Distrito: San Isidro
Provincia: Lima	Departamento: Lima
Teléfono: 411-3000	Fax:421-0555

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

1. CANALES DE VENTA:

<input type="checkbox"/> Corredores	
Nombre o razón social:	
E-mail:	Código de Agente:
<input type="checkbox"/> Directo <input type="checkbox"/> Fuerza de Ventas Salud	<input type="checkbox"/> Fuerza de Ventas Multiseguros
<input type="checkbox"/> Fuerza de Ventas Comercializadores	<input type="checkbox"/> Fuerza de Ventas Plataformas

2. PRODUCTO

<input type="checkbox"/> Oncológico Integral Colectivo	<input type="checkbox"/> Oncológico Integral Individual
--	---

3. MOVIMIENTO A REALIZAR

<input type="checkbox"/> Póliza nueva	<input type="checkbox"/> Migración de producto N° de Póliza _____	<input type="checkbox"/> Inclusión de dependiente N° de Póliza _____	<input type="checkbox"/> Portabilidad N° de plan _____
---------------------------------------	--	---	---

4. DATOS DEL CONTRATANTE (responsable del pago de primas) Persona Natural Persona Jurídica

Nombres / Razón Social:		
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento: / /	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)		
Documento de Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte	Nro:	Edad:
Dirección:	Distrito:	
Provincia:	Departamento:	
Teléfono N° :	Celular:	
País de residencia:	Correo electrónico:	

5. DATOS RELACIONADOS DEL TITULAR

Nombres:	Apellido Paterno:	
Apellido Materno:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	
Documento de Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte	Nro:	
País de Residencia:	Fecha de Nacimiento: / /	
Dirección domicilio: Cl./Jr./Psj./Av./Otro:	N°: Mz./Lote: Dpt/Interior:	
Urbanización:	Referencias:	Distrito:
Provincia:	Departamento:	
Correo Electrónico (personal):		
Correo Electrónico (laboral):		

6. DATOS RELACIONADOS CON LOS DEPENDIENTES DEL SOLICITANTE (favor de señalarlos en orden de edad)

NOMBRE DE LOS ASEGURADOS (Titular/Dependientes)	Relación con el titular	Estado civil (1)	Fecha de nacimiento
Nombres:	Dependiente 1		Día/Mes/Año
Apellido:			
DNI o CE:			
Teléfono:			
Dirección:			
País de Residencia:			

Nombres:	Dependiente 2		Día/Mes/Año
Apellido:			
DNI o CE:			
Teléfono:			
Dirección:			
País de Residencia:			

Nombres:	Dependiente 3		Día/Mes/Año
Apellido:			
DNI o CE:			
Teléfono:			
Dirección:			
País de Residencia:			

Nombres:	Dependiente 4		Día/Mes/Año
Apellido:			
DNI o CE:			
Teléfono:			
Dirección:			
País de Residencia:			

(1) S: Soltero(a) C: Casado(a) Co: Conviviente D: Divorciado(a) V: Viudo(a)

7. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

¿Tienen o han tenido algún seguro de salud?

Sí No Si su respuesta es afirmativa señalar : _____

Compañía de Seguros EPS PEAS Ninguno

Indique el nombre de la compañía: _____

Indique el periodo de vigencia: Desde: _____ Hasta: _____

Para gozar del beneficio de continuidad del Periodo de Carencia, es requisito indispensable en caso haya tenido un Seguro de Salud en otra compañía o EPS, presentar con este documento:

- Copia de la Póliza o Plan de Salud anterior.
- Copia del comprobante(s) de pago(s) cancelado(s) correspondiente(s) al pago de la Prima u aporte anual de la Póliza o Plan de Salud anterior.

8. FORMA DE PAGO

Elige una de las opciones para el fraccionamiento del pago:

1. Contado

2. Cupones (hasta 3 cupones)

Nº Cupones a financiar TCEA 0%

3. Cupones (hasta 12 cupones)

Nº Cupones a financiar TCEA 16%

4. Cargo automático(*): tarjetas de crédito o cuenta corriente/de ahorro (hasta 3 cuotas)

Nº Cupones a financiar TCEA 0%

5. Cargo automático(*): tarjetas de crédito o cuenta corriente/de ahorro (hasta 12 cuotas**)

Nº Cupones a financiar TCEA 11.5%

(*) De elegir estas opciones, deberás completar la información del formulario "Pago Fácil", el mismo que podrás encontrar al final de la declaración personal jurada de salud.

(**) Para poder financiar hasta en 12 cuotas, la fecha del primer vencimiento debe ser igual a la fecha inicio de vigencia.

9. 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		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1. ¿Te han diagnosticado, haz recibido tratamiento, conoces tener o padecer o haber padecido de cáncer o tumor maligno o enfermedad oncológica?								
2. ¿Te realizarás o te encuentras realizando pruebas y/o exámenes para descarte de enfermedad oncológica?								
3. ¿Fumas o has fumado diariamente 20 o más cigarrillos?								
4. Tus padres o hermanos padecen o han padecido o fallecido de cáncer a la mama o al colon? Detalla diagnóstico e indica parentesco:								
Si alguna respuesta fue afirmativa por favor indicar:								
Número de la pregunta que contestó afirmativamente	Nombre completo de la persona tratada	Diagnóstico de la enfermedad, dolencia o tratamiento	Fecha de la atención y lugar (clínica o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual				

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la Prima o parte de la misma, la ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado. Para estos fines, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguno de los Centros de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente Póliza o en el Certificado de Seguro según corresponda.

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, lo cual podría considerar: recargos en la Prima, exclusiones por preexistencias o por riesgos asociados a las preexistencias/condiciones médicas, limitaciones en coberturas y/o condiciones.

- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.

- 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 Póliza 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.
- 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 de Seguro, 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.

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

FIRMA

Las firmas abajo constituyen la aceptación de todos los artículos descritos arriba. La información referente a la Declaración de Salud contenida en la presente Solicitud de Seguro de Salud Individual es válida por sesenta (60) días calendario a partir de la fecha establecida en la presente.

Lima , ____ de _____ de _____

RIMAC Seguros y Reaseguros

CONTRATANTE

ASEGURADO
(En caso de ser una persona
distinta del CONTRATANTE)

OBSERVACIONES

- 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.
- Mediante la suscripción del presente formulario el ASEGURADO/CLIENTE se obliga a permanecer bajo esta modalidad de pago por un periodo de tiempo que no podrá ser menor a 1 (uno) año, contados desde su afiliación.