

Datos de la póliza

Nº de solicitud: _____ Nº de póliza: _____ Nº de expediente: _____

Datos del Solicitante / Contratante

Nombres: _____ Apellidos completos: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M Edad: _____ Estado civil: S C V D

D.N.I.: _____ Nacionalidad: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Dirección particular: _____

Referencia: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Ocupación: _____ Actividad: _____ Nº. empleado _____

Señas particulares *: No Sí

* Se consideran señas particulares los datos que figuran como "observaciones" en el D.N.I.; lunares, cicatrices, tatuajes, uso de prótesis, etc.

Declaración de salud

Sírvete responder las siguientes preguntas Estatura (mts.) _____ Peso (kg.) _____

Sírvete responder (Sí/No) al siguiente cuestionario de salud

	Titular	
¿Te han diagnosticado, has recibido tratamiento, conoces tener o padecer o haber padecido de cáncer, tumor maligno, leucemia, linfoma u otro tipo de enfermedad oncológica?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Te han recomendado realizar exámenes o pruebas médicas para descartar de tumores o cáncer y éstas han sido positivas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tienes que recibir tratamiento médico hospitalario o ambulatorio por una dolencia relacionada a tumores, cáncer o enfermedad oncológica en los próximos meses?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Padeces o has padecido, has sido tratado, has recibido consulta médica o has tenido diagnóstico positivo de hepatitis B o C, displasia de cuello uterino, melanoma, displasia o tumor mamario, adenoma prostático, epitelomas, módulo bocio o tumor tiroideo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fumas o has fumado más de 10 cigarrillos diarios en los últimos 7 años?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Algunos de tus padres o hermanos han padecido o padecen de alguna enfermedad oncológica o cáncer incluyendo linfomas, cáncer de piel y leucemia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Padeces o has padecido de alguna enfermedad no mencionada anteriormente por la que requieras o hayas requerido tratamiento continuo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Nota: Si has contestado "Sí" en alguna pregunta, deberás detallarlo en el cuadro de la siguiente cara.

Observaciones: _____

Declaración de enfermedades preexistentes

Fecha: _____ Médico tratante: _____ Enfermedad: _____

Centro de atención: _____ Situación actual de la dolencia: _____

Beneficiarios del seguro de vida (del titular)

Nombre completo	% de capital	Parentesco

Beneficiarios de asegurados adicionales: herederos legales (se podrá modificar la distribución del beneficio mediante endoso en los formatos que proporcionará la compañía).

Datos del empleador

R.U.C.: _____ Razón Social: _____

Declaración jurada del solicitante titular del seguro:

Confirmando la exactitud y la veracidad de las declaraciones antes expresadas con respecto a mi salud incluidas en este seguro, que me encuentro en buenas condiciones de salud y que nada he ocultado o disimulado. Autorizo a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias a revelar a la compañía todos los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido. Además declaro estar en conocimiento que la presentación de la solicitud de seguro no implica en forma alguna la aceptación de la cobertura por parte de la compañía. Asimismo, asumo la responsabilidad del contenido falso o desinformado de las declaraciones antes mencionadas, teniendo conocimiento que una declaración falsa o desinformada o incumplimiento o reticencia de mi parte de lo señalado en este párrafo implica la nulidad de la póliza.

Si no media rechazo previo de la solicitud de Rimac Seguros, por intermedio del corredor, hará llegar la póliza de seguros al solicitante dentro de 15 días calendario de haber solicitado el seguro.

Fecha: ____/____/____

Firma del asegurado

Firma del asesor