

**Solicitud de Porcentaje de Descuento en la Prima de Póliza
de Asistencia Médica Individual****INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Nombres y Apellidos(*):		
Dirección(*):		
Distrito(*):	Provincia(*):	Departamento(*):
Documento de Identidad(*):	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Carné de Extranjería <input type="checkbox"/> Otro	Nro(*):
Teléfono(*):	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Celular	Nro(*):
Correo electrónico 1(*):		

DATOS DE LA PÓLIZA DE SALUD RESPECTO DE LA QUE SE SOLICITA UN PORCENTAJE DE DESCUENTO EN LA PRIMA

Producto(*):	Número de Póliza(*):
Titular(*):	
Contratante(*):	
Responsable de pago(*):	
Fecha Vigencia: __/__/__ al __/__/__	Forma de Pago(*): <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Financiado

SEGURO(S) VEHICULAR(E)S ADICIONAL(ES) PARA ACCEDER AL DESCUENTO

Seguro Vehicular:	Vehículo 1	Vehículo 2
Producto(*):		
Número de Póliza Asociada(*):		
Número de Placa(*):		
Forma de Pago(*):	<input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Financiado	<input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Financiado

SEGURO DOMICILIARIO CON PRIMA MAYOR A LA PRIMA MÍNIMA DEFINIDA EN LA POLÍTICA

Producto(*):	Número de Póliza Asociada(*):
Dirección del Inmueble(*):	
Forma de Pago(*): <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Financiado	

SEGURO DE VIDA CON PRIMA MAYOR A LA PRIMA MÍNIMA DEFINIDA EN LA POLÍTICA

Producto(*):	Número de Póliza Asociada(*):
Forma de Pago(*): <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Financiado	

Lima, _____ de _____ del 20 _____

CONTRATANTE

Con la suscripción del presente documento, presento mi solicitud a RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS a efectos que ésta analice la posibilidad de realizar un % de descuento respecto de la Prima del Seguro de Asistencia Médica Individual descrito en este documento. Declaro conocer los términos y condiciones para el otorgamiento de este beneficio de descuento sobre la Prima, los mismos que encuentro conformes y me comprometo a cumplir

Nota: Si la Póliza de Salud o Pólizas adicionales adquiridas para acceder al descuento sufrieran alguna variación, RIMAC Seguros tendrá la potestad de reevaluar el descuento.

Recibido por (Nombre) :	_____
Canal de Recepción :	<input type="checkbox"/> Fuerza de Venta <input type="checkbox"/> Bróker <input type="checkbox"/> Plataforma
Fecha y Hora de Recepción:	__/__/__ _____

Recibido por (Firma y DNI)