

## DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO

Favor completar todos los campos de esta solicitud:

### 1. CANAL DE VENTA

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Corredores    | <input type="checkbox"/> Plataforma             | <input type="checkbox"/> Módulo de ventas |
| <input type="checkbox"/> Telemarketing | <input type="checkbox"/> FFVV Comercializadores | <input type="checkbox"/> FFVV Vida        |

### 2. DATOS DEL BRÓKER O ASESOR DE SEGUROS

Razón Social y/o Apellidos y Nombre :

Código:

E-mail:

RUC del bróker:

### 3. PRODUCTO

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salud Preferencial | <input type="checkbox"/> Red Médica Clásico | <input type="checkbox"/> Red Privada              |
| <input type="checkbox"/> Full salud         | <input type="checkbox"/> Red Preferente     | <input type="checkbox"/> Salud de Oro             |
| <input type="checkbox"/> Salud Red Médica   | <input type="checkbox"/> Red Hospitalaria   | <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____ |

### 4. MOVIMIENTO A REALIZAR

- Póliza nueva
- Migración de producto / Nro. Póliza Anterior: \_\_\_\_\_
- Inclusión de dependiente / Nro. Póliza Anterior : \_\_\_\_\_

### 5. DATOS DEL CONTRATANTE (responsable del pago de primas): Persona Natural Persona jurídica

Nombres / Razón Social:

RUC:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Sexo:  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento: / /

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)

Documento de identidad:  DNI  CE  Pasaporte Nro:

Edad: Estatura(mt): Peso(kg):

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono N°:

Celular:

País de Residencia:

Correo Electrónico:

### 6. DATOS DEL TITULAR (llenar únicamente si el Titular es diferente al Contratante).

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

RUC:

Sexo:  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento: / /

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)

Documento de identidad:  DNI  CE  Pasaporte Nro:

Edad: Estatura(mt): Peso(kg):

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Teléfono N°:

Celular:

País de Residencia:

Correo Electrónico:

### 7. DATO(S) DE (LOS) DEPENDIENTE(S)

#### 1) CÓNYUGE / CONVIVIENTE

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Sexo:  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento: / /

Documento de identidad:  DNI  CE  Pasaporte Nro: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura(mt): \_\_\_\_\_ Peso(kg): \_\_\_\_\_

País de Residencia: \_\_\_\_\_

**2) HIJO (A)**

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  CE  Pasaporte Nro: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura(mt): \_\_\_\_\_ Peso(kg): \_\_\_\_\_

País de Residencia: \_\_\_\_\_

**3) HIJO (A)**

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  CE  Pasaporte Nro: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura(mt): \_\_\_\_\_ Peso(kg): \_\_\_\_\_

País de Residencia: \_\_\_\_\_

**4) HIJO (A)**

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Documento de identidad:  DNI  CE  Pasaporte Nro: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura(mt): \_\_\_\_\_ Peso(kg): \_\_\_\_\_

País de Residencia: \_\_\_\_\_

**8. CONTINUIDAD DE COBERTURA O PREEXISTENCIAS**

¿Algunas de las personas por asegurar tienen o han tenido algún seguro o plan de salud?  SÍ  NO

En caso tu respuesta sea afirmativa completa lo siguiente :

Apellidos y Nombre de la persona:	Nombre de la Compañía Seguros o EPS	Fecha de Vigencia		Nombre Producto
		desde	hasta	

Para gozar del beneficio de continuidad de cobertura en los Períodos de Carencia y Espera es requisito indispensable, en caso haya tenido un seguro de salud o EPS en otra compañía (por un periodo no menor de un año y cuya vigencia hubiere expirado no más de treinta 30 días antes del inicio de vigencia de esta Póliza):

- 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.

Así mismo, para gozar del beneficio de continuidad de preexistencias, debes solicitar el seguro considerando los siguientes plazos:

- Hasta 120 días posteriores de haber terminado el contrato de seguros de Asistencia Médica anterior.
- O hasta 60 días posteriores de haber terminado la cobertura de la EPS anterior.

## 9. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD DE COBERTURA O PREEXISTENCIAS

¿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 ubicado al final de este cuestionario.		Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3		Hijo 4	
		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1	¿Enfermedades del sistema nervioso o cerebrales, tales como migraña, epilepsia, accidente cerebro vascular u otra?												
2	¿Enfermedades mentales o psiquiátricas, tales como depresión o esquizofrenia u otra?												
3	¿Enfermedades del aparato cardiovascular o circulatorio, tales como hipertensión arterial o dislipidemia (colesterol elevado), infarto, arritmia, trombosis u otra?												
4	¿Enfermedades del aparato respiratorio, tales como asma o tuberculosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis quística pulmonar u otra?												
5	¿Enfermedades endocrinológicas, hormonales o autoinmunes, tales como diabetes, enfermedad de la glándula tiroides, artritis reumatoide, lupus u otra?												
6	¿Enfermedades de las mamas, ovario, útero u otros desórdenes ginecológicos, de los órganos genitales o del aparato urinario? Precisar localización: _____												
7	¿Enfermedades del esófago, estómago, intestinos, páncreas, hígado, vesícula, hernia u otra del aparato digestivo?												
8	¿Enfermedades de los huesos, columna vertebral, músculos, articulaciones o alguna amputación?												
9	¿Enfermedades de la piel, ojo, oído o tímpano?												
10	¿VIH/SIDA, hepatitis B o C u otra enfermedad infecciosa de transmisión sexual? ¿Enfermedades de la sangre o trastorno de la coagulación?												
11	¿Tumor benigno, maligno o cáncer, leucemia, linfoma o mieloma en cualquier órgano o tejido del cuerpo?												
12	¿Tienes algún defecto de origen congénito o genético?												
13	¿Tienes algo adicional que declarar sobre el estado de salud, estado físico o enfermedad de alguno de los solicitantes, alguna cirugía de trasplante de órganos, cirugía plástica o reconstructiva, o tienes alguna prótesis de cualquier tipo, que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?												

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro ubicado al final de este cuestionario.	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3		Hijo 4	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO

## CONDICIONES MÉDICAS Y ANTECEDENTES :

14	¿Estás embarazada actualmente? Precisar tiempo de gestación: _____											
15	¿Tus padres o hermanos padecen o han fallecido de cáncer de mama, cáncer de colon o cualquier enfermedad de carácter hereditario? Precisar el diagnóstico y parentesco: _____											
16	¿Fumas o has fumado diariamente 20 o más cigarrillos?											

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

- Revisa que hayas contestado todas las preguntas de este formulario, si has dejado de responder alguna pregunta, la solicitud no podrá ser procesada y quedará sin efecto, sin necesidad de un pronunciamiento por parte de la Aseguradora.
- Por favor lee debidamente esta sección, coloca la fecha y tu firma, en aceptación de la misma.

## 10. FORMA DE PAGO

- Elige una de las opciones para el fraccionamiento del pago:
- CARGO RECURRENTE Y CUPONES.** Para Persona Natural la cuota mínima es de S/ 100 y para persona jurídica la cuota mínima es de S/ 200.

- Contado
- Cupones (hasta 6 cupones, dentro de los 150 días contados desde inicio de vigencia) N° Cupones a financiar:  TEA 0%
- Cupones (Más de 6 cupones, hasta 12 cupones o si sobrepasan los 150 días). N° Cupones a financiar:  TEA 16%
- Cargo automático (\*): tarjetas de crédito o cuenta corriente/ de ahorro (\*\*) (hasta 12 cuotas) (\*\*\*). N° Cupones a financiar:  TEA 0%

(\*) 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 persona jurídica solo aplica para cuenta corriente/de ahorro

(\*\*\*) Para poder financiar hasta en 12 cuotas, la fecha del primer vencimiento debe ser igual a la fecha inicio de vigencia. Para persona jurídica aplica solo hasta 10 cuotas.

## 11. DECLARACIÓN JURADA DEL TITULAR Y DEPENDIENTES POR ASEGURAR

- a) La suscripción del presente documento confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, en tal sentido cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable del Contratante/Asegurado, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones, conllevará al rechazo de la presente solicitud o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.
- b) La aceptación de la Solicitud del Seguro, es evidenciada con la emisión de la Póliza de 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 y/o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.
- c) En caso se haya entregado la Póliza al Contratante, y el Asegurado sea una persona distinta, este podrá solicitar copia de la Póliza a la Aseguradora, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.
- d) He tenido a mi disposición de manera previa a la contratación, a través del portal web de la Aseguradora y del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, la totalidad de las condiciones de la Póliza, por lo que firmo la presente Solicitud en señal de haber tomado conocimiento de la totalidad de las condiciones de la misma encontrándome conforme con dichas condiciones.

## IMPORTANTE

### 1) Aprobación de la solicitud de seguro:

- a) La Aseguradora entregará la Póliza de Seguro al Contratante/Asegurado dentro del plazo de quince (15) días posteriores a la presentación de la presente Solicitud, siempre que no medie rechazo previo de la misma y/o siempre que la Aseguradora no haya solicitado información adicional, requerimientos adicionales necesarios para la evaluación del riesgo, lo cual deberá ser comunicado dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción de la Solicitud.
- b) En caso la Aseguradora solicite información adicional, el Contratante y/o Asegurado prestan su consentimiento para que, cualquier establecimiento que preste servicios de salud sea público, privado o mixto así como médicos tratantes, entregue la información en el momento que lo requiera la Aseguradora, dispensándolos de la reserva de la información del acto médico.
- c) Mientras la Aseguradora solicite información adicional, el otorgamiento de cobertura se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. 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.
- d) La Aseguradora se reserva el derecho de calificar y aceptar la presente solicitud y de proponer las condiciones de aseguramiento, lo cual implica considerar: modificaciones en el costo del seguro en caso corresponda, cobertura o no de preexistencias y/o establecer exclusiones por riesgos asociados a las preexistencias.
- e) 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 y/o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto hubieran proporcionado información veraz.

## 2) 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](http://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

## 3) Declaración y Autorización para envío de pólizas electrónicas:

- a) Otorgo mi consentimiento para que mis Pólizas de Seguro y las comunicaciones relacionadas a las mismas, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en el presente documento, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de Póliza Electrónica:
1. Cuando la Aseguradora se refiera a la Póliza de Seguro, esta comprende a los documentos que forman parte de la misma, así como a las comunicaciones que de ella se deriven.
  2. El envío de la Póliza de Seguro a través de correo electrónico, podrá ser bajo cualquiera de las modalidades siguientes :
    - I) Incluyendo un link donde podré visualizar la Póliza de Seguros en PDF.
    - II) Incluyendo un documento adjunto en PDF.
    - II) Direccionándome a la parte privada de la web [www.rimac.com](http://www.rimac.com), donde deberé crear un usuario y contraseña para el ingreso. En dicha web, podré visualizar los documentos enviados, inclusive todas mis Pólizas de Seguro.
  3. Es obligatorio que cuente 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.
  5. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica, la cual registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
  6. Ventajas: forma de envío inmediato, seguro, eficiente, reducción de papel, acreditación del momento de envío, confirmación de identidad del suscriptor del certificado digital que contendrá la Póliza de Seguro.
  7. Riesgo: el uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad. Para evitar este riesgo, no deberé compartir mi clave, utilizaré niveles de

complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

8. Instrucciones de uso :

- I) En caso que no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifique/anule mi dirección de correo electrónico, deberé informar dichas situaciones a: [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe), o comunicarlo a la Central Aló RIMAC 411-1111.
  - II) Abriré y leeré detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisaré constantemente mis bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, verificaré la política de filtro o bloqueo de mi proveedor de correo electrónico a efectos que no tenga problemas con los envíos electrónicos, mantendré activa mi cuenta de correo y no bloquearé nunca al remitente [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe).
- b) La Aseguradora remitirá comunicaciones escritas al domicilio del Asegurado, en caso la normatividad vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la Aseguradora en forma adicional a la comunicación electrónica.
- c) El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al CONTRATANTE.

#### 4) En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:

- a) La Aseguradora es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de Banca seguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero (Res. SBS N° 8181-2012) y sus modificaciones.
- b) Todas las comunicaciones enviadas por los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Aseguradora.
- c) Los pagos efectuados por los Contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a La Aseguradora.

#### 5) Derecho de Arrepentimiento:

Si la presente oferta fue realizada por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho a arrepentirse de la contratación de este seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios posteriores a la recepción de la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas o beneficios contenidas en la misma y, de corresponder, luego de pagada la prima o parte de la misma, a que se le devuelva el importe pagado. Este derecho lo puedo ejercer utilizando el mismo mecanismo, forma, lugar y medio que utilicé para contratar el seguro.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Rimac Seguros y Reaseguros

CONTRATANTE

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

## PAGO FÁCIL - AUTORIZACIÓN DE DÉBITO EN CUENTA Y/O CARGO EN TARJETA DE CRÉDITO

Código de afiliación:  
Fecha:

### INFORMACIÓN PARA EL BANCO

#### Datos del Titular de la cuenta:

Apellido Paterno o Razón Social:

Apellido Materno:

Nombres:

Dirección:

Teléfono de domicilio:

Teléfono celular:

Correo electrónico:

RUC

DNI

CE

Pasaporte:

Nro:

### AUTORIZACIÓN

Mediante el presente documento autorizo a cargar en mi cuenta bancaria y/o en mi tarjeta de crédito indicadas a continuación, el importe de las cuotas correspondientes a los seguros contratados con RIMAC SEGUROS.

### BANCOS

CONTINENTAL   
COMERCIO

CRÉDITO   
BIF

SCOTIABANK

INTERBANK

FINANCIERO

### TIPO DE CUENTA

Ahorros

Cuenta Corriente

Soles

Dólares

N°:

### TARJETA DE CRÉDITO

VISA

AMERICAN EXPRESS

MASTERCARD

DINERS

N°:

Vencimiento de tarjeta de crédito: Mes  Año

Rastrillar tarjeta aquí

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular de la Cuenta o tarjeta de crédito  
(Firmar como en su DNI)

### INFORMACIÓN PARA RIMAC

N° PÓLIZA:

Vehículos

Salud

Vida

Riesgos Generales

Tipo de Operación: Afiliación nueva

Cambio de vía de cobro

Rehabilitación de póliza

\* Solo se podrá usar un Pago Fácil para todas las Pólizas que estén dentro de un mismo código de cliente, a excepción de Vida, en el que se deberá firmar un nuevo formulario.

### DATOS DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

Apellido Paterno o Razón Social:

Apellido Materno:

Nombres:

Número de cuotas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Corredor / Agencia:

Ejecutivo / Asesor:



## REVISIÓN INTERNA (ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ÁREA COMERCIAL DE FFVV)

VB de FFVV - Multiproducto:

Nro de agencia:

## 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 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.