

Datos de la compañía Aseguradora

Aseguradora: Rimac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros
Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3 - San Isidro - Lima

R.U.C. 20100041953
Teléfono: 411-3000

FAX: 421-0555

Protección Familiar

Protección Ahorro

Protección Accidental

Protección Oncológica

Datos de la póliza

N° de solicitud:	N° de póliza:	N° de cotización:
N° de expediente:	Cod. de agencia:	Agencia:
Asesor:	Cod. de asesor:	Supervisor:

Datos del Solicitante / Contratante

Nombre completo:			
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:	N° empleado:	
Dirección entrega de póliza <small>(Solo si es diferente a la dirección particular)</small>			
Referencia:	Distrito:	Provincia:	Departamento:

Persona(s) adicional(es) que deseen asegurarse en Protección Familiar y/o Protección Oncológica

PF	PAC	PO	Nombre completo	Señas particulares	Ocupación	Nacionalidad	Fecha de nacimiento	D.N.I.	Parentesco

En Protección Familiar / Protección Accidental conyuges, padres, hermanos e hijos mayores a 18 años y menores a 65 años. En Protección Oncológica conyuges, padres e hijos entre 18- 60 años

Declaración de salud

Sírvelte responder las siguientes preguntas	Titular	Asegurados adicionales			
		1	2	3	4
Estatura(mts.)					
Peso(kg.)					

Sírvelte responder (si/no) al siguiente cuestionario de salud	Titular	Asegurados adicionales							
		1		2		3		4	
¿Te han diagnosticado, has recibido tratamiento, conoces tener e padecer o haber padecido de cáncer, tumor maligno, leucemia, linfoma, melanoma, epitelomas u otro tipo de enfermedad oncológica?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	
¿Te han recomendado realizar exámenes o pruebas médicas para descartar de tumores o cáncer y éstas han sido positivas?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	
¿Tienes que recibir tratamiento médico hospitalario o ambulatorio por una dolencia relacionada a tumores, cáncer o enfermedad oncológica en los próximos meses?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	
¿Padeces o has padecido, has sido tratado, has tenido diagnóstico positivo de hepatitis B o C, displasia del cuello uterino, displasia o tumor mamario, adenoma prostático, nódulo bocio o tumor tiroideo, Nevu displásico, Esófago de Barret, Anemia perniciososa, Gastritis atrófica, Pólipo de colon-recto, Leucoplasia, Hiperplasia endometrial, Papiloma virus?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	
Fumas o has fumado más de 10 cigarrillos diarios en los últimos 7 años?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	
¿Algunos de tus padres o hermanos han padecido o padecen de alguna enfermedad oncológica o cáncer incluyendo linfomas, cáncer de piel y leucemia? Indicar parentesco.	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	
¿Padeces o has padecido de alguna enfermedad no mencionada anteriormente por la que requieras o hayas requerido tratamiento continuó?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	

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

Autorización de Descuento

Descuento* mensual total:	S/.	US\$
---------------------------	-----	------

Señores:
Por medio de la presente autorizo para que se descuenta de mi remuneración mensual el valor para cubrir la prima del seguro contratado en Rimac Seguros.

Nombre: _____

D.N.I.

R.U.C. de la empresa:

Fecha:

Firma del asegurado

* En base al tipo de cambio promedio del mes que fue firmada la solicitud.

Autorización de Descuento

Descuento* mensual total:	S/.	US\$
---------------------------	-----	------

Señores:
Por medio de la presente autorizo para que se descuenta de mi remuneración mensual el valor para cubrir la prima del seguro contratado en Rimac Seguros.

Nombre: _____

D.N.I.

R.U.C. de la empresa:

Fecha:

Firma del asegurado

N° empleado:

* En base al tipo de cambio promedio del mes que fue firmada la solicitud.

Solicitud de Seguro por Descuento por Planilla

Declaración de enfermedades preexistentes

1. Nombre y apellidos:		Fecha:
Médico tratante:	Enfermedad:	
Centro de atención:	Situación actual de la dolencia:	
2. Nombre y apellidos:		Fecha:
Médico tratante:	Enfermedad:	
Centro de atención:	Situación actual de la dolencia:	
3. Nombre y apellidos:		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).

Detalle plan / Tipo de Seguro

Protección Familiar	Protección Ahorro*	120%	150%			
Plan:	Moneda: S/. US\$	Suma asegurada:				
Protección Accidental	Protección Oncológica	Rango de edad:				
Plan:	Plan:	Asegurados adicionales				
	Titular	1	2	3	4	Total
Prima mensual Seguro de Vida						
Prima mensual adicional por seguro de Protección Accidental						
Prima mensual adicional por Seguro Oncológico						
Descuento" mensual total	S/. US\$					

* Para el caso de Protección Ahorro no se aceptan asegurados adicionales. Se asegura sólo al titular.

**En base al tipo de cambio promedio del mes que fue firmada la solicitud.

Prima mensual total:

Datos del empleados

R.U.C.:	Razón Social:
---------	---------------

Importante:

La aceptación de la Solicitud del Seguro supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante en los términos estipulados, en tanto el Contratante hubiere proporcionado información veraz.

Declaración jurada del solicitante titular del seguro:

Confirmando la exactitud y la veracidad de las declaraciones antes expresadas con respecto a mi salud y a la de los miembros de mi familia incluidos en este seguro, que todos nos encontramos en buenas condiciones de salud y que nada he ocultado o disimulado. Autorizo a cualquier médico u otra persona que nos hubiese reconocido o asistido en nuestras 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.

Auto rizo a mi empleador que me descuenta de planilla la prima total mensual correspondiente al plan escogido. Autorizo a los médicos o a cualquier persona que me atienda y a otros hospitales, y cualquier otra institución para que suministren información médica completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con reclamos de beneficios a Rimac Seguros, incluida la información de SIDA/VIH; asimismo, me comprometo en obtener y proporcionar dicha información de los miembros de mi familia cubiertos por este seguro.

Fecha: / /

Firma del asegurado

Firma del asesor