

No. de solicitud: 123456

SOLICITUD DE SEGURO POR DESCUENTO POR PLANILLA

DATOS DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros

RUC: 20100041953

Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima

Teléfono: 411-3000

ASESOR

Código: 123

DNI: 10933843

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social: POLICIA NACIONAL DEL PERU

RUC: 20165465009

Código Subvía:

DATOS DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR

Apellidos: Rodriguez Miraval

Nombres: Pamela Solange

DNI(CE): 76589029

CIP: 199700

Código de empleado: 123456

Celular: 959201583

E-mail: pamela-srm@hotmail.com

Cargo de empleado: Oficial PNP

Dirección: Tintoretto 113

Departamento: Lima

Provincia: Lima

Distrito: San Borja

TIPO DE SEGURO Y PLAN CONTRATADO (Mayor detalle en la página 03)

| | Prima Comercial Total Mensual | Código de Plan | Asegurados Adicionales | | | | | | Total | |
|--|----------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | S/ | US\$ |
| Vida | Protección Familiar | PF1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45.00 | |
| | Protección Accidental | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Sepelio | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Protección Ahorro Plus* | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Plan Vida Ahorro Ideal | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Salud | Oncológico Indemnizatorio IEG | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Prima Comercial Total Mensual (Inc. IGV en caso aplique) | | | | | | | | | 45.00 | |

*Para Protección Ahorro Plus con primas mayor o igual a \$125 mensual deberán llenar el formulario PLAFTE.

DATOS DE ASEGURADOS ADICIONALES/BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR (EN CASO CORRESPONDA)

| Nombre y Apellidos (Completo) | DNI | F. de Nac. | Sexo | | Parentesco | Beneficiario | | % |
|-------------------------------|-----|------------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | | | F | M | | Sí | No | |
| 1 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR PARA LOS SEGUROS CONTRATADOS (VIDA E IEG)

| Nombre y Apellidos (Completo) | DNI | F. de Nac. | Sexo | | Parentesco | % del Beneficiario |
|---------------------------------------|----------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|--------------------|
| | | | F | M | | |
| 1 Gaston Cesar Augusto Rodriguez Limo | 44115074 | 08/03/1966 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Padre | 50 |
| 2 Maria del Rosario Miraval Valdez | 09996531 | 08/09/1961 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Madre | 50 |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

1. Si se designaron varios BENEFICIARIOS, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.
 2. En caso que el ASEGURADO no haya designado BENEFICIARIOS, los BENEFICIARIOS serán los Herederos Legales.

DECLARACION PERSONAL DE SALUD DE LOS ASEGURADOS (PARA SEGUROS DE VIDA Y SALUD)

IMPORTANTE: Si alguna pregunta formulada no es contestada, constituye rechazo automático de la presente Solicitud de Seguro ya que es imposible su evaluación y proceso. Del mismo modo, cualquier respuesta afirmativa a alguna de las preguntas será causal de rechazo automático de la presente Solicitud de Seguro. Si la presente Solicitud de Seguro ha sido rechazada por lo antes indicado, te invitamos a visitar rimac.com o nuestras Plataformas de Atención al Cliente, a fin de que puedas informarte sobre otros productos de seguros que se adecúen a tus necesidades.

Para los seguros de vida, a excepción de Protección Accidental

¿Padece o has padecido, recibes o has recibido tratamiento médico ambulatorio y/o hospitalario, estás tomando algún medicamento, te encuentras en proceso de estudio de diagnóstico de alguna enfermedad, tienes conocimiento de requerir tratamiento por alguna enfermedad, tienes algún tipo de mal hábito social de los mencionados en el Anexo 1?

Para los seguros de Salud

¿Alguno de los solicitantes ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna enfermedad o dolencias mencionada(s) en el Anexo 2?

| Titular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo 1

1. Enfermedades del sistema nervioso tales como vértigos, convulsiones, epilepsia. 2. Enfermedades del sistema respiratorio tales como asma, enfermedad pleural, enfisema. 3. Enfermedades del aparato circulatorio o del corazón tales como accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio, hipertensión arterial, soplos al corazón. 4. Enfermedades del aparato digestivo como gastritis, úlcera gástrica, sangrado rectal. 5. Enfermedades de las vías urinarias o de los órganos genitales como cálculos renales, sangra en la orina, de la próstata, enfermedades de la vejiga. 6. Enfermedades endocrinas o metabólicas como obesidad, diabetes mellitus, prediabetes, colesterol y/o triglicéridos elevados. 7. Enfermedades de los huesos o articulaciones como gota, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, otras enfermedades reumáticas, afecciones de la columna (hernias, ciática). 8. Enfermedades de la sangre como anemia, hemofilia, hemorragias, leucemia; úlceras en la piel, tumores benignos, cáncer, quistes. 9. Enfermedades de la piel. 10. Pérdida total o parcial de audición o visión. 11. Enfermedades Infecciosas como septicemia, hepatitis viral, tuberculosis, portador de VIH o enfermedad por VIH. 12. Enfermedades mentales; malformaciones congénitas, o secuelas por enfermedad, defecto o lesión. 13. Enfermedades ginecoobstétricas (mujeres). 14. Enfermedades del aparato genital masculino. 15. Te han diagnosticado, has recibido tratamiento por cáncer u otras enfermedades oncológicas. 16. Te realizarás o te encuentras realizando pruebas y/o exámenes para descartar enfermedad oncológica. 17. Tienes alguna enfermedad no mencionada anteriormente. 18. Tienes algún defecto físico. 19. Fumas más de 10 cigarrillos diarios. 20. Tienes consumo diario de alcohol o consumo habitual de drogas.

Anexo 2

1. Te han diagnosticado, has 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 descartar enfermedad oncológica. 3. Fumas o has fumado diariamente 20 o más cigarrillos.

El contratante/asegurado titular declara conocer el estado de salud de los asegurados adicionales incluidos en la presente póliza.

☒ Sí

☐ No

AUTORIZACIÓN PARA 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

ENVÍO DE PÓLIZA ELECTRÓNICA

El Asegurado, mediante la firma de la presente solicitud, autoriza a que la Póliza de Seguro que se emita como consecuencia de esta solicitud, se le remita al correo electrónico indicado por el Asegurado en el presente documento, ya sea incluyéndola en un link donde se pueda visualizar la Póliza en PDF o por un documento adjunto en PDF o direccionando a la parte privada de la web www.rimac.com, donde el Asegurado creará su usuario y contraseña para el ingreso, para lo cual es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF. El Asegurado declara conocer y aceptar que las comunicaciones relacionadas a la Póliza de Seguro se consideran parte de la misma. LA ASEGURADORA declara que la integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un certificado digital (firma digital) y que su entrega se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico, siendo su envío inmediato, seguro y eficiente, las ventajas de este procedimiento. Recuerde que el uso indebido de su clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo, para lo cual me comprometo a no compartir mi clave con personas no autorizadas.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifique / anule el correo electrónico, deberá informarlo, a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o al 411-1111. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, archivos y links adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de "no deseados"), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a atencionalcliente@rimac.com.pe. La ASEGURADORA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia.

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.

Acepto que mi póliza de seguro sea enviada por correo electrónico.

☒ Si☐ No**TIPO DE SEGURO Y PLAN CONTRATADO (Para Seguros de Salud)**

La(s) Póliza(s) Oncológico Indemnizatorio IEG contratada(s) tiene(n) como medio de pago exclusivo el descuento por planilla que implica que el CONTRATANTE mantenga la relación laboral con su empleador. Si el CONTRATANTE pierde el vínculo laboral o éste es suspendido por decisión del empleador, ante un pago parcial o la falta de pago de la prima que se extienda por 90 días calendarios, la(s) Póliza(s) se extinguirá(n) al vencimiento de dicho plazo, conforme lo establecido en el último párrafo del artículo 21° de la Ley de Contrato de Seguro (Ley N°29946).

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Quien suscribe la presente Solicitud de Seguro - Declaración Personal de Salud, declara conocer y aceptar que el inicio de vigencia de la Póliza de Seguro será a los sesenta (60) días calendarios siguientes a la fecha de suscripción de la presente solicitud. Por tanto, el CONTRATANTE reconoce y acepta que, desde la fecha de presentación de la presente Solicitud de Seguro y la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro, la COMPAÑIA no tendrá responsabilidad alguna respecto de los eventos que se produzcan durante dicho periodo. Asimismo, tener en cuenta que para efectos de las Pólizas que sean contratadas aplicará Periodos de Carencia y Espera que se encuentran descritos en las Condiciones Generales.
- Con la suscripción del presente documento el CONTRATANTE confirma la exactitud y veracidad de las expresadas en el mismo.
- La ASEGURADORA comunicará al CONTRATANTE, por los medios de comunicación pactados en esta solicitud dentro del plazo de quince (15) días calendario de haberse suscrito el presente documento.
- La ASEGURADORA deberá entregar la Póliza de Seguro al CONTRATANTE y/o ASEGURADO dentro de plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, 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.

Las pólizas de Seguro cuentan con requisitos de asegurabilidad que, en caso no sean cumplidos por el potencial asegurado, dará lugar a que no sean aceptados como Asegurados. Por lo indicado, el Contratante debe estar atento al envío de las Pólizas de Seguro en forma electrónica al correo indicado en esta Solicitud. En caso no reciba todas las Pólizas de Seguro que solicitó debe comunicarse con su Asesor Comercial, ya que la solicitud de Seguro - respecto de la póliza que no ha recibido - podría presentar algún inconveniente que haya impedido su emisión.

- El Asegurado firma la presente Solicitud de Seguro en señal de aceptación y conformidad respecto de la información recibida relacionada a los productos de seguro materia de la presente solicitud. Asimismo, el Asegurado declara conocer que podrá informarse de los términos y condiciones de las Pólizas de Seguro que está solicitando ingresando al portal web de la Aseguradora y/o a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP'S..

AUTORIZACIÓN POR DESCUENTO MENSUAL TOTAL

Por medio de la presente autorizo a mi empleador que se descuenta de mi remuneración mensual el valor para cubrir la Prima del(los) seguro(s) que mantengo contratado(s) en RIMAC. Declaro conocer que los montos de descuento indicados en la presente autorización podrán variar ya sea por renovación, modificación de plan, y/o cualquier otro concepto que sea informado por RIMAC, en cuyo caso, otorgo desde ya mi autorización para que los nuevos montos sean descontados de mi remuneración mensual bastando para ellos con que RIMAC informe del nuevo importe a mi entidad empleadora y para poder acceder a las coberturas de dicho(s) seguro(s) deberá acreditar que se me haya efectuado los descuentos correspondientes.

Acepto el descuento en planilla de los siguientes productos (marcar con "x"):

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Protección Familiar | <input type="checkbox"/> Sepelio | <input type="checkbox"/> Vida Ahorro Ideal | <input type="checkbox"/> Protección Accidental |
| <input type="checkbox"/> Protección Ahorro Plus | <input type="checkbox"/> Oncológico Indemnizatorio IEG | | |

FIRMA

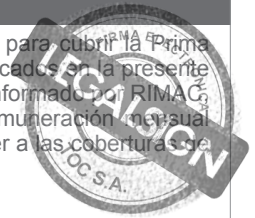
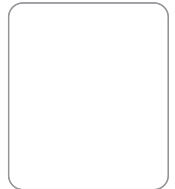
Las firmas de abajo constituyen la aceptación de todos los artículos descritos arriba. La información referente a la Declaración de la Salud contenida en la presente Solicitud de Seguro es válida por sesenta (60) días calendario a partir de la fecha establecida en la presente.

Lima, 04 de Mayo de 2020

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

NOMBRE Pamela Rodriguez

DNI 76589029



Autorización de Descuento Mensual Total

Solicitud: 123456

Prima Comercial Total Mensual (Inc. IGV en caso aplique)

S/ 45.00

+ US\$

Señores: POLICIA NACIONAL DEL PERU

Por medio de la presente autorizo a mi empleador que se descuenta de mi remuneración mensual el valor para cubrir la Prima del(los) seguro(s) que mantengo contratado(s) en RIMAC. Declaro conocer que los montos de descuento indicados en la presente autorización podrán variar ya sea por renovación, modificación de plan, y/o cualquier otro concepto que sea informado por RIMAC, en cuyo caso, otorgo desde ya mi autorización para que los nuevos montos sean descontados de mi remuneración mensual bastando para ellos con que RIMAC informe del nuevo importe a mi entidad empleadora y para poder acceder a las coberturas de dicho(s) seguro(s) deberá acreditar que se me haya efectuado los descuentos correspondientes.

Nombre Completo: Pamela Rodriguez Miraval

DNI: 76589029

RUC de la empresa: 20165465009

Cargo del Empleado: Oficial PNP

Fecha: 04/05/2020

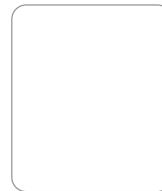
Firma del ASEGURADO



AUTORIZACION DE DESCUENTO A LA
CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIALYo, grado fuerza en Situación de identificado con CIP D.N.I (CE) Domiciliado en

con teléfono Autorizo a Rímac Seguros y Reaseguros, efectuar el descuento por concepto de sobre mi pensión mensual que percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia que Rimac Internacional Cia Seguros, será el único responsable del monto del descuento enviado y efectuado por la Caja de Pensiones Militar Policial sobre mi pensión; por lo que cualquier reclamo o consulta la realizaré ante Rimac Internacional Cia Seguros.

Lugar y fecha: 

HUELLA

FIRMA DNI Y HUELLA DIGITAL

DNI:

70E

Firma Electrónica

