

Documento que valida **contratación del producto**

Emitida el 15/02/2020 y válida hasta el 16/03/2020

ASESOR: Carlos Zeballos

CÓDIGO ACSEL X: 0000000

N° COTIZACIÓN: 90011464

NECESITA SUSCRIPCIÓN MANUAL: No

TELÉFONO: 953569484

CORREO: jicastillot16@gmail.com

TIPO DE RIESGO: Preferente

TIPO DE TRABAJO: Dependiente

OCUPACIÓN: Ingeniero de sistemas

LUGAR DE NACIMIENTO: PERU

Hoy 15/2/2020, yo JHAN ISAAC CASTILLO TUESTA con DNI 72082330 y fecha de nacimiento 16/01/1992 autorizo la contratación del Seguro de Flexivida con las siguientes características:

Sobre la protección contratada (coberturas y sumas aseguradas)

COBERTURA	RECARGO	SUMA ASEGURADA
Desempleo Involuntario	0%	PEN 5,000
Fallecimiento	0%	PEN 80,000

Sobre los pagos y periodo de contrato

FRECUENCIA DE PAGO	MONTO DEL PAGO (CUOTA)	DEVOLUCIÓN AL FINALIZAR EL PERIODO
Mensual	PEN 30.11	PEN 6,190.76
TIPO DE DEVOLUCIÓN AL FINALIZAR EL PERIODO(*)	AÑOS DE COBERTURA	PERIODO DE PAGO
Proyectado al 9.0%	20 años	20 años

Nota: La tasa proyectada es una tasa estimada referencial (esperada).

Sobre las personas y entidades que recibirán la suma asegurada si el asegurado fallece.

Hasta la suma que estuviere adeudando a la fecha de su fallecimiento. En caso que hubiere algún remanente de la suma asegurada, será entregado a: Los Beneficiarios legales.

Sobre la evaluación del riesgo

1. Peso	72 kg	
2. Talla	171 cm	
3. Fumador	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
4. Tipo de Riesgo	PREFERENTE	
5. ¿ Defecto físico congénito o adquirido, cáncer o cualquier anormalidad sospechosa de cáncer como nódulo, quiste tumor o lesión?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
6. ¿Infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, arritmia, angina de pecho u otra enfermedad cardíaca?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
7. ¿Hipertensión arterial o diabetes? Por favor, también responda afirmativamente si usa o ha usado medicamentos para controlar su presión arterial o su azúcar en la sangre.	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
8. ¿Asma, bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, apnea del sueño u otra enfermedad respiratoria?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
9. ¿Enfermedad de la tiroides, problema de colesterol u otra enfermedad endocrina?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
10. ¿Enfermedad del aparato digestivo (que afecte al esófago, estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o páncreas) o sangrado gastrointestinal?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
11. ¿Enfermedad renal o enfermedad del sistema reproductivo (como problema de testículos o próstata)?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
12. ¿Artritis reumatoidea, fiebre reumática, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia u otra enfermedad reumática?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
13. ¿Leucemia, anemia, trastorno de coagulación, trombosis venosa profunda, embolismo u otro trastorno de la sangre o de los vasos sanguíneos?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No

14. ¿Accidente cerebro-vascular, aneurisma cerebral, epilepsia, parálisis, esclerosis múltiple, enfermedad de la motoneurona u otro desorden neurológico?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Depresión, psicosis, esquizofrenia, alcoholismo u otro problema psiquiátrico?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
16. ¿Ceguera, impedimento visual (como miopía o astigmatismo) no corregido por gafas o lentes de contacto, queratocono, problema de la retina (como desprendimiento de retina o retinopatía), sordera o deficiencia auditiva, u otro problema de la visión o la audición?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
17. ¿Problema de disco (hernia discal); problema de cuello / espalda (como: dolor, compresión de nervios o deformidad ósea); otro problema muscular, de ligamento o tendón u otra alteración ortopédica de las extremidades?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
18. ¿Le han realizado alguna prueba cardiológica, prueba de imagen, endoscopia o prueba para detección del VIH que haya mostrado resultado alterado?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
19. ¿Alguna vez le ha recomendado un médico que reduzca su consumo de alcohol?	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No

Aceptación de términos y condiciones, uso y tratamiento de datos personales, comunicaciones comerciales y consentimiento envío de póliza electrónica.

Términos y condiciones

Se otorga al solicitante de este seguro, en calidad de beneficio temporal y adicional a la cobertura de la póliza solicitada, una cobertura por fallecimiento accidental hasta por el importe máximo de US\$50,000. La vigencia del beneficio temporal descrito estrictamente, será por un plazo de 30 días calendarios contados desde la fecha de suscripción de la presente solicitud del seguro, o hasta la emisión de la póliza correspondiente al seguro solicitado, lo que suceda primero. (NOTA: beneficio otorgado como liberalidad por la Compañía)

La Aseguradora comunicará al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de presentada la presente Solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional dentro de dicho plazo; por lo que, en caso La Aseguradora solicite información adicional, el Contratante y/o Asegurado se compromete a facilitar a La Aseguradora el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, dispensándolos de la reserva de la información del acto médico, en el momento que lo requiera La Aseguradora.

Por lo anterior, mientras La Aseguradora solicite información adicional la presente Póliza se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. Por lo cual, presentada la información adicional por el Contratante y/o Asegurado, La Aseguradora comunicará al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario siguientes, si ésta ha sido rechazada, salvo que requiera de información adicional dentro de dicho plazo, pues la información anteriormente entregada no estuvo completa. Por lo que, el Contratante y/o Asegurado reconocen que la presente Solicitud de Seguro, incluyendo la Declaración Personal de Salud en caso corresponda, es válida hasta por 30 días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional.

La Aseguradora deberá entregar la Póliza de Seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud.

La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza de, 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.

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.

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.

Consentimiento envío de póliza electrónica

Esta Póliza de Seguro, sus renovaciones (en caso corresponda) y las comunicaciones relacionadas a ella, las enviaremos al correo electrónico que ha informado en el presente documento, a través de un link o archivo adjunto para descargarla en formato PDF. Debe contar con un navegador de internet que permita abrir estos archivos. La integridad y autenticidad de su Póliza de Seguro se acreditará con un certificado digital (firma digital) y su entrega y recepción mediante una bitácora electrónica.

El envío de su Póliza de Seguro se realiza de manera inmediata y segura. Sugerimos no compartir la clave de su correo porque puede perder la confidencialidad de sus datos.

Firma

DNI:

Fecha: