

INVERSION GLOBAL

DATOS DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA

Aseguradora : RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS	RUC: 20100041953
Dirección: Las Begonias Nº 475 , piso 3	Distrito: San Isidro
Provincia : Lima	Departamento: Lima
Teléfono: 411-1000 / Fax: 421-0555	Página Web: www.rimac.com

DATOS DEL PRODUCTO

<input checked="" type="checkbox"/> Inversión Global	Código SBS: VI0507100317
Nº de Cotización:	Nº de Simulación: 10001

DATOS DEL CORREDOR / COMERCIALIZADOR

Nombre: MARITZA MORENO PENA	Código: 6206279
-----------------------------	-----------------

DATOS DEL CONTRATANTE/ASEGURADO

Apellido Paterno: MORENO		Apellido Materno: FAJARDO	
Nombre(s): PEDRO GILBERTO	Fecha de Nacimiento: 16/06/1959	Edad : 64	
Documento de identidad: <input checked="" type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASS <input type="checkbox"/> OTRO 43231417			
Nacionalidad: Peruana	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	País de Residencia: Perú	
Estado Civil: Casada(o)	Profesión: Policía Nacional del Perú	Ocupación: Policía	
Dirección domicilio: AV Universitaria		Nº/MZ/Lote: 1234	
Dpto./Interior:	Urbanización:	Referencia:	
Distrito: Comas	Provincia: Lima	Departamento: Lima	
Cód. de la ciudad:	Nº de Teléfono:	Celular: 980739736	
¿Es ciudadano o residente de EEUU? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
Correo Electrónico (personal): maguii96@hotmail.com			

DATOS LABORALES

Situación Laboral: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Jubilado		
Razón Social de la Empresa:		Giro de la Empresa:
Cargo que ocupa:	Años de servicio:	Ingresos totales al mes:
Dirección Comercial:		
Correo Electrónico Laboral:		

N° de Teléfono:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Marcar el siguiente cuadro si desea que los Beneficiarios sean los Herederos Legales Llenar la siguiente información en caso los Beneficiarios no sean los Herederos Legales:

X

	Tipo de documento de identidad	N° de Documento	Nombre o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Participación del beneficio
Beneficiario 1							
Beneficiario 2							
Beneficiario 3							
Beneficiario 4							
Beneficiario 5							
Beneficiario 6							

CONDICIÓN ESPECIAL : CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

La presente condición especial modifica lo establecido en el Artículo 21° de las Condiciones Generales de la Póliza. En virtud de ello, podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del siguiente rango.

Asegurado	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Titular	18 años	74 años y 364 días edad actuarial(*)	84 años y 364 días

FORMA DE PAGO: Prima Única.

DECLARACIÓN DE SALUD En caso que el asegurado tenga alguna respuesta afirmativa (SÍ) en esta Declaración Personal de Salud, solo le serán aplicables las coberturas de Fallecimiento y Sobrevivencia y, respecto de la suma asegurada de la cobertura de Fallecimiento, corresponderá a la Prima Única aportada más los intereses ganados a la fecha de fallecimiento.

Responder las siguientes preguntas:

	SI	NO
1. ¿Padeces o has padecido, recibes o has recibido tratamiento médico ambulatorio y/o hospitalario, estás tomando algún medicamento, te encuentras en proceso de estudios del diagnóstico de alguna enfermedad, tienes conocimiento de requerir tratamiento por enfermedades tales como: Cáncer, cardiopatía coronaria con o sin infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal crónica, diabetes?		X
2. ¿Has recibido algún trasplante u operación o te encuentras en preparación para recibirlo?		X
3. ¿Tienes algún defecto físico congénito o adquirido?		X

4.¿Padeces o has padecido, recibes o has recibido tratamiento médico ambulatorioy/o hospitalario, estás tomando algún medicamento, te encuentras en proceso de estudios del diagnóstico de alguna enfermedad, tienes conocimiento de requerir tratamiento por enfermedades tales como: Cáncer, cardiopatía coronaria con o sin infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal crónica,diabetes, COVID?	x	
---	---	--

DETALLE DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS

Nº1	Enfermedad:	Duración:
	Fecha:	Situación Actual:
Nº2	Enfermedad:	Duración:
	Fecha:	Situación Actual:
Nº3	Enfermedad:	Duración:
	Fecha:	Situación Actual:
Nº4	Enfermedad: COVID	Duración: 1 MES
	Fecha: 15/05/2022	Situación Actual: RECUPERADO

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ASEGURADO PARA LA PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO (LLENAR SOLO EN CASO QUE EL CONTRATANTE SEA EL MISMO ASEGURADO).

I. Datos sobre Origen de los Fondos	
1.1. Origen de los fondos utilizados en el contrato de seguro (si son varios, indíquelos)	
Ahorros de la actividad empresarial (describir) <input type="checkbox"/>	Jubilación <input checked="" type="checkbox"/>
Ahorros de la remuneración en vínculo laboral (describir) <input type="checkbox"/>	Donaciones (indicar nombres, apellidos y DNI del donante) <input type="checkbox"/>
Herencia o Sucesión intestada(indicar nombres,apellidos y DNI del testadoro causante) <input type="checkbox"/>	Préstamo(indicar nonbres,apellidos y DNI del prestamista o razón social) <input type="checkbox"/>
Indique el detalle del origen de fondos de acuerdo a lo marcado: PNP	
1.2 Indicar el nombre de AFP / Banco(s) donde mantiene los fondos que utilizará para pagar la prima durante la vigencia de la póliza : ONP	

II. Otros datos (Asegurado)	
2.1 Indicar si ha sido sentenciado o se encuentra investigado por alguno de los siguientes delitos: tráfico ilícito de drogas, terrorismo, minería ilegal, delitos contra la administración pública (corrupción de funcionarios y enriquecimiento ilícito), defraudación tributaria, delitos contra el orden financiero y tributario, defraudación de rentas de aduana / contrabando, estafa / fraude, proxenetismo, delitos contra el patrimonio, trata de personas, otros: En caso de ser afirmativa su respuesta, especificar:	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
2.1.1 Estatus (sentenciado / investigado):	
2.1.2 Especificar (año y características):	
2.2 Indicar si es una Persona Expuesta Políticamente (PEP): Personas naturales, nacionales o extranjeras, que cumplen o que en los últimos cinco (5) años hayan cumplido funciones públicas destacadas o funciones prominentes en una organización internacional, sea en el territorio nacional o extranjero, y cuyas circunstancias financieras puedan ser objeto de un interés público. Asimismo, se considera como PEP al colaborador directo de la máxima autoridad de la institución: En caso de ser afirmativa su respuesta, especificar:	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
2.2.1 Nombre de la institución, organismo público u organización internacional en la que brinda o brindó servicios:	
2.2.2 Nombre del cónyuge o concubino:	
2.2.3 Parientes hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, hermanos y nietos):	
2.2.4 Parientes hasta el segundo grado de afinidad (padres, hijos, abuelos, hermanos del cónyuge o concubino):	
2.2.5 Indicar las empresas donde tenga 25% o más de participación en el capital social, aporte o participación:	
2.2.6 Indicar los socios, accionistas y representantes de las empresas donde el PEP posea el 25% o más del capital social, aporte o participación:	

INFORMACION ADICIONAL

- 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. La Aseguradora podrá solicitar información adicional, y el Contratante 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. En tanto exista documentación pendiente de presentación por parte del Contratante, el plazo con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse respecto de la presente Solicitud, quedará en suspenso. La Declaración Personal de Salud es válida hasta por treinta (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 emisión de la Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el Contratante en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto se hubiera proporcionado información veraz.
- La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Aseguradora.

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.

Autorización para envío de la Póliza Electrónica:

Autorizo para que la Póliza de Seguro que solicito sea remitida a la dirección de correo electrónico aquí consignada. Asimismo, declaro conocer y aceptar que:

1. La "Póliza de Seguro" comprende los documentos que forman parte de ella, así como cualquier comunicación relacionada a ella de cualquier índole.
2. La Póliza de Seguro será enviada por correo electrónico: (i) Incluyendo un link donde podré visualizar la Póliza en PDF o un documento adjunto en PDF o (ii) Direccionándome a la parte privada de la web www.rimac.com, donde crearé mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. Es obligatorio contar 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 (firma digital).
5. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. La forma de envío inmediato, seguro y eficiente son las ventajas de este procedimiento.
7. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo.

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 a la Central Aló RIMAC 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.

Fecha: ____de____de 20____

Firma del Asegurado

Solicitud generada el 03/08/2023