

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO**

Favor completar todos los campos de esta solicitud

**1. CANAL DE VENTA**

<input type="checkbox"/> Corredores	Indicar:	Nombre de Asesor:	<input type="text"/>	Código de Asesor:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Clínicas	E-mail:	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> FFVV Salud	<input type="checkbox"/> Plataforma	<input type="checkbox"/> Telemarketing			
<input type="checkbox"/> FFVV Worksite	<input type="checkbox"/> FFVV Comercializadores	<input type="checkbox"/> FFVV Multiseguros	<input type="checkbox"/> FFVV Vida		
Indicar:	Nombre de Asesor:	<input type="text"/>	Código de Asesor:	<input type="text"/>	
E-mail:	<input type="text"/>				

**2. PRODUCTO**

<input type="checkbox"/> Salud Preferencial	<input type="checkbox"/> Full Salud	<input type="checkbox"/> Salud Red Médica	<input type="checkbox"/> Red Médica Clásico	<input type="checkbox"/> Red Preferente
<input type="checkbox"/> Red Médica Provincia	<input type="checkbox"/> Salud de Oro	<input type="checkbox"/> Otro, especificar	<input type="text"/>	

**3. MOVIMIENTO A REALIZAR**

<input type="checkbox"/> Póliza nueva	<input type="checkbox"/> Migración de producto	<input type="checkbox"/> Inclusión de dependiente
Nº de Póliza (para Migración o Inclusión):	<input type="text"/>	

**4. DATOS RELACIONADOS CON EL CONTRATANTE (RESPONSABLE DEL PAGO DE PRIMAS)**

<input type="checkbox"/> Persona Jurídica												
Razón Social:	<input type="text"/>	RUC:	<input type="text"/>									
Partida Electrónica:	<input type="text"/>											
Dirección:	Cl	Jr	Psj	Av	Otro:	<input type="text"/>	Nº:	<input type="text"/>	Mz/Lote:	<input type="text"/>	Dpto/Interior:	<input type="text"/>
Urbanización:	<input type="text"/>	Referencias:	<input type="text"/>									
Distrito:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>	Departamento:	<input type="text"/>							
Teléfono fijo: Cod. Ciudad	<input type="text"/>	Nº:	<input type="text"/>	Giro del Negocio o Actividad:	<input type="text"/>							
<input type="checkbox"/> Persona Natural o Representante Legal *En caso el Contratante sea una Persona Jurídica												
Nombres:	<input type="text"/>	Apellidos Paterno:	<input type="text"/>									
Apellido Materno:	<input type="text"/>	Sexo:	M	F	Estado Civil:	S	C	V	D			
Documento de identidad:	DNI	RUC	CE	PASAPORTE	Nº:	<input type="text"/>						
País de residencia:	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>					
Dirección domicilio:	Cl	Jr	Psj	Av	Otro:	<input type="text"/>	Nº:	<input type="text"/>	Mz/Lote:	<input type="text"/>	Dpto/Interior:	<input type="text"/>
Urbanización:	<input type="text"/>	Referencias:	<input type="text"/>									
Distrito:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>	Departamento:	<input type="text"/>							
Teléfono fijo: Cod. Ciudad	<input type="text"/>	Nº:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>							
Correo Electrónico (personal):	<input type="text"/>											
Correo Electrónico (laboral):	<input type="text"/>											

## DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO

### 5. DATOS RELACIONADOS DEL TITULAR

Edad:  Estatura:  Peso:

(Si el asegurado titular y contratante son la misma persona, no es necesario llenar los demás datos relacionados del titular)

Nombres:  Apellidos Paterno:

Apellido Materno:  Sexo:  M  F Estado Civil:  S  C  V  D

Documento de identidad:  DNI  RUC  CE  PASAPORTE N°:

País de residencia:  Fecha de Nacimiento:  /  /

Dirección domicilio:  Cl  Jr  Psj  Av Otro:  N°:  Mz/Lote:  Dpto/Interior:

Urbanización:  Referencias:

Distrito:  Provincia:  Departamento:

Teléfono fijo: Cod. Ciudad  N°:  Celular:

Correo Electrónico (personal):

Correo Electrónico (laboral):

### 6. DATOS RELACIONADOS CON LOS DEPENDIENTES DEL SOLICITANTE (favor de señalarlos en orden de edad)

Datos de los dependientes			Fecha de nacimiento			Estatura (cm)	Peso (kg)	Parentesco	DNI	Sexo
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Día	Mes	Año					

¿Tienen o han tenido algún seguro de salud?  Sí  No Indicar país de residencia de cada dependiente:

Si tu respuesta es afirmativa, señalar:

Compañía de seguros  EPS  PEAS  Ninguno

Indique el nombre de la compañía:

Indique el periodo de vigencia: desde  hasta

Para gozar del beneficio de continuidad de los Periodos de Carencia y Espera es requisito indispensable, en caso haya tenido un seguro de salud en otra compañía o EPS, presentar con anterioridad con este documento:

- 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.

## DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO

### 7. 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.

1.  Contado

2.  Cupones (hasta 6 cupones, dentro de los 150 primeros días de la vigencia) N° Cupones a financiar:  TEA 0%

3.  Cupones (hasta 10 cupones) N° Cupones a financiar:  TEA 16%

4.  Cargo automático(\*): tarjetas de crédito o cuenta corriente/ de ahorro (hasta 6 cuotas, dentro de los 150 primeros días de la vigencia) N° Cupones a financiar:  TEA 0%

5.  Cargo automático(\*): tarjetas de crédito o cuenta corriente de ahorro (hasta 12 cuotas\*\*) N° Cupones a financiar:  TEA 11.5%

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

### 8. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

¿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 final	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. ¿Al cerebro o del sistema nervioso, tales como: aneurisma, epilepsia, malformaciones arteriovenosas, parkinson, alzheimer, migraña, accidente cerebrovascular u otras?										
2. ¿Mentales psiquiátricas o trastornos psicológicos tales como: demencia de cualquier tipo, depresión u otros?										
3. ¿En el aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, sinusitis crónica, desviación del tabique, hipertrofia de adenoides u otras?										
4. ¿En el aparato cardiovascular, tales como: infarto, angina, arritmia, enfermedades de la válvula cardíaca, presión arterial elevada, várices, trombosis u otras?										
5. ¿Endocrinológicas, tales como: diabetes, dislipidemia (colesterol elevado), hipo e hipertiroidismo, síndrome de cushing, adenoma de hipófisis u otra enfermedad endocrinológica u hormonal?										

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO**

<b>Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final</b>	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
6. ¿En el aparato digestivo, tales como: gastritis (más de 2 episodios), úlcera, esofagitis, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, enfermedades en el páncreas, hígado o vesícula, hernias u otras?										
7. ¿En el aparato urinario o de los órganos genitales, tales como: insuficiencia renal, quiste, cálculos, tumores, cistitis crónica, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga o próstata u otras? <b>Si es afirmativa la respuesta, precisar localización</b>										
8. ¿Ginecológicas o de la mama, tales como: miomas, fibromas, quiste, adenomas, endometriosis, infertilidad, displasia cervical, papilomavirus u otras? Si es afirmativa la respuesta, precisar localización.										
9. ¿Autoinmunes o del tejido conectivo, tales como: lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, enfermedad de crohn u otras?										
10. ¿En huesos, articulaciones como rodillas, menisco, cadera; de la columna vertebral tales como hernias, discopatías, enfermedades musculares, osteoporosis u osteopenia, gota, artrosis, amputaciones u otras?										
11. ¿De la sangre, tales como: anemias, leucemias, trastornos de la coagulación u otras?										
12. ¿En los ojos, tales como: cataratas, pterigión, glaucoma, ceguera, enfermedades de la retina, estrabismo u otras?										
13. ¿En los oídos, tales como: trastorno de audición, enfermedades del tímpano u otras?										
14. ¿En la piel tales como: psoriasis, vitiligo, acné, rosacea u otras?										
15. ¿Tumores benigno o maligno o cáncer en cualquier órgano o tejido del cuerpo?										
16. ¿Trasplante de cualquier órgano?										
17. ¿Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis de cualquier tipo?										
18. ¿Defecto de origen congénito o genético?										
19. ¿Brucelosis, hepatitis B o C, VIH/SIDA, HTLV, cisticercosis?										

## DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO

<b>Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final</b>	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
20. ¿Tienes algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de alguno de los solicitantes, que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?										
21. ¿Estás embarazada actualmente? <b>Tiempo de gestación:</b> _____										
22. ¿Practicas algún deporte peligroso? Detallar cuál y la periodicidad.										
23. ¿Existen en la familia de alguno de los solicitantes, alguna persona (hasta de 2da. generación) que haya padecido de diabetes mellitus, cáncer (de mama, retinoblastoma, poliquistosis renal, poliposis colónica) o cualquier enfermedad de carácter hereditario o cáncer no mencionada? <b>Detallar diagnóstico e indicar parentesco.</b>										
24. ¿Consumes o has consumido cigarrillos?										
Nombre y apellido:										
Consumo semanal:			Cigarros desde (año):				Hasta (año):			
Nombre y apellido:										
Consumo semanal:			Cigarros desde (año):				Hasta (año):			
Nombre y apellido:										
Consumo semanal:			Cigarros desde (año):				Hasta (año):			
25. ¿Realizas alguna actividad física (por ejemplo: caminar, bailar, jardinería, pasear en bicicleta, etc.), durante 10 minutos continuos al menos una vez a la semana?										
26. ¿Te atiendes usualmente en una clínica, hospital, centro médico? <b>Indicar lugar:</b> _____										

**Si alguna respuesta fue positiva indicar:**

N° de la pregunta que contestaste afirmativamente	Nombre completo de la persona tratada	Diagnóstico de la enfermedad o dolencia	Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual

**Por favor revisa haber contestado todas las preguntas de este formulario. Si alguna pregunta no es contestada, la solicitud no podrá ser procesada y será devuelta. Lee debidamente esta sección, féchala y fírmala en aceptación.**

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO****9. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza o en el certificado de seguro según corresponda.

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

- Los solicitantes declaran tener conocimiento que la ASEGURADORA se reserva el derecho de calificar y aceptar la presente solicitud y de proponer las condiciones de aseguramiento, lo cual implica considerar: Porcentaje de recargo en la Prima, preexistencias o exclusiones por riesgos asociados a la preexistencia.
- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.
- La ASEGURADORA comunicará al CONTRATANTE dentro del plazo de quince (15) días calendario de presentada la presente Solicitud, si esta 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 esta 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 es válida hasta por sesenta (60) días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional.

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO**

- 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. 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.

**Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:**

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (“la ASEGURADORA”), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con la ASEGURADORA, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la ASEGURADORA utilizará los datos personales con fines comerciales y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que la ASEGURADORA considere de su interés. Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que estas mantengan una relación contractual. Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de la ASEGURADORA.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

Otorgo mi consentimiento para que la ASEGURADORA pueda ofertarme servicios que pudieran ser de mi interés.

Otorgo mi consentimiento para que la ASEGURADORA comparta mi información de contacto (teléfono, correo electrónico) con sus empresas vinculadas, quienes a su vez podrán ofrecerme igualmente productos y/o servicios.

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO**

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 RIMAC 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. Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza de Seguro debe entenderse como Certificado de Seguro.
  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.
    - iii) 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).
- El ASEGURADO autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al CONTRATANTE.
  - **En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:**
    - (i) 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.
    - (ii) La ASEGURADORA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
    - (iii) Las comunicaciones cursadas 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.



**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO**

(iv) Los pagos efectuados por los Contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la ASEGURADORA.

- La ASEGURADORA, a través de su portal web, pone a disposición del CONTRATANTE y ASEGURADO la totalidad de las condiciones de esta Póliza. Por lo que el CONTRATANTE/ ASEGURADO firma la presente Solicitud en señal de haber tomado conocimiento antes de la misma, de la totalidad de las condiciones de esta Póliza, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's y del portal web de la ASEGURADORA, encontrándose conforme con dichas condiciones.

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

\_\_\_\_\_  
**RIMAC SEGUROS Y  
REASEGUROS**

\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE**

\_\_\_\_\_  
**ASEGURADO**  
**(En caso de ser una persona  
distinta del CONTRATANTE)**

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO****PAGO FÁCIL****INFORMACIÓN PARA EL BANCO**Código de afiliación: **Datos del titular de la cuenta**Fecha: Apellido Paterno o Razón Social: Apellido Materno: Nombres: Dirección: Teléfono de domicilio: Teléfono celular: Correo electrónico: 

Documento de identidad:

 RUC DNI CEN°: **AUTORIZACIÓN****BANCOS** CONTINENTAL CRÉDITO SCOTIABANK INTERBANK FINANCIERO COMERCIO BIF**TIPO DE CUENTA** Ahorros Cuenta corriente Soles DólaresN°: **TARJETA DE CRÉDITO** VISA AMERICAN EXPRESS MASTERCARD DINERSN°: Vencimiento de tarjeta de crédito: Mes Año 

Rastrillar tarjeta aquí

**INFORMACIÓN PARA RIMAC**N° Póliza: 

Tipo de Operación:

 Afiliación nueva Cambio de vía de cobro Vehículos Salud Vida Riesgos Generales

\* 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 12Corredor/Agencia: Ejecutivo/Asesor: **FIRMA DEL TITULAR  
DE LA CUENTA  
(Firmar como en su DNI)**

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO****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 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 un (1) año, contados desde su afiliación.