RIMAC

Documento que valida contratación del producto

Emitida el 24/08/2023 y válida hasta el 23/09/2023

ASESOR: XXXXXXXXXXXX

CÓDIGO ACSEL X: XXXXXXX

N° COTIZACIÓN: XXXXXXXXX

NECESITA SUSCRIPCIÓN MANUAL: No

Datos del asegurado

DNI	XXXXXXXX
NOMBRES	XXXXX XXXXXX
APELLIDO PATERNO	XXXXXXXXX
APELLIDO MATERNO	XXXXXXXX
FECHA DE NACIMIENTO	XX/XX/XXXX
NÚMERO DE CELULAR	XXXXXXXXX
CORREO ELECTRÓNICO	xxxxxxx@xxxxxxxxXXXXXXX
PAÍS DE NACIONALIDAD	PERU
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxx
OCUPACIÓN	xxxxxxxxxx
TIPO DE TRABAJO	xxxxxxxxxxxx
TIPO DE RIESGO	xxxxxxxxxx
OBSERVACIÓN	No
CÚMULOS	PEN X
VALOR	A

Datos del Contratante

DNI	XXXXXXXXX
NOMBRES	XXXXXX
APELLIDO PATERNO	XXXXXXX
APELLIDO MATERNO	XXXXXX
FECHA DE NACIMIENTO	XX/XX/XXXX
NÚMERO DE CELULAR	XXXXXXXXX
CORREO ELECTRÓNICO	XXXXXXXXX@XXXXXXXX
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Hoy XX/XX/XXXX, yo XXXXXX XXXXX XXXXXX XXXXXXX con DNI XXXXXXXX y fecha de nacimiento XX/XX/XXXX autorizo la contratación del Seguro de Plan Vida Flexible con las siguientes características:

Sobre la protección contratada (coberturas y sumas aseguradas)

COBERTURA	RECARGO	SUMA ASEGURADA
Incapacidad Total o Parcial	0%	PEN XX,XXX
Fallecimiento	0%	PEN XX,XXX

Sobre los pagos y periodo de contrato

FRECUENCIA DE PAGO	MONTO DE PRIMA	MONTO ESTIMADO DE DEVOLUCIÓN
XXXXXXX	PEN XXX.XX	PEN XXXXXXX

AÑOS DE COBERTURA	PERIODO DE PAGO	FORMA DE PAGO
XX años	XX años	Tarjeta de crédito

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

PORTAFOLIO DE INVERSIÓN

Portafolio sugerido*: Moderado 100 %	**Portafolio elegido*:** Dinámico 100%

CONSERVADOR SOLES (GARANTIZADO AL 3%)	DINÁMICO SOLES (PROYECTADO AL 8.10%)	MODERADO SOLES (PROYECTADO AL 6.30%)
0 %	100 %	0 %

*Rimac te sugiere un portafolio como resultado del cuestionario que debio hacer el asesor previo a esta cotización, como cliente eres libre de elegir cualquier otro portafolio e incluso de cambiar tu elección luego de contratado el seguro.

PROYECCIONES SOBRE MONTO DE RESCATE*

Rimac pone a tu disposición 2 posibles escenarios*, en **34 años** (al final de la póliza) podrías tener:

ESCENARIO*	EDAD	PAGO ACUMULADO	SALDO CUENTA BÁSICA*	SALDO CUENTA AHORRO*	MONTO DE RESCATE*
1. Rentabilidad Proyectada	XX	PEN XXXXXXX	PEN XXXXXXX	PEN X	PEN XXXXXXX
2. Pesimista			PEN XXXXXX	PEN X	PEN XXXXX

***Monto de Rescate:** Monto de dinero disponible para retirar (suele ser menor a lo aportado los primeros años).
***Escenarios:** Proyecciones realizadas con el fin de brindar transparencia a nuestros clientes.
***Pago acumulado:** La suma de los pagos realizados según su frecuencia de pago.
***Saldo cuenta básica:** Es el monto resultante de la suma de todas las cuotas pagadas más la rentabilidad ganada menos los cobros de cobertura y gastos de gestión.
***Saldo cuenta ahorro:** Es el monto resultante de la suma de todas las cuotas pagadas más la rentabilidad ganada menos gastos de gestión.

Monto a pagar

MONTO DE PRIMA	MONTO IGV (18%)	TOTAL A PAGAR	FORMA DE PAGO
PEN XXX	PEN X	PEN XXXX	tarjeta de crédito

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

Beneficiarios Legales.

Sobre la evaluación de suscripción Asegurado

	¿En que empresa trabajas?		CANOVAS
1.	¿Se comunica a través del lenguaje de señas?	○ Si	◉ No
2.	¿Ha afrontado o afronta procesos legales por actividades ilícitas?	○ Si	◉ No
3.	¿Cuál es el origen de sus ingresos actualmente?		Salario
4.	¿Es una persona expuesta políticamente (PEP)?	○ Si	◉ No
5.	¿Es ciudadano o cuenta con residencia de EE.UU?	○ Si	◉ No
	¿Cuántos años tienes laborando en esta empresa?		5
6.	¿Su ocupación laboral implica alguna actividad de riesgo?	○ Si	◉ No
	¿Qué cargo ocupas en esta empresa?		SUPERVISOR
7.	¿Te encuentras laborando actualmente?	◉ Si	○ No

Sobre la evaluación de salud

1.	Altura (cm)	XXX
2.	Peso (kg)	XX
3.	¿Ha fumado en los últimos 2 años?	XX

4. 1. ¿En los últimos 10 años y por motivos de salud: ha sido ingresado en algún hospital o centro sanitario o de rehabilitación o le han operado? No necesita declarar cirugías estéticas, apendicectomía, parto, vasectomía o reducción mamaria	XX
5. 2. ¿Por motivos de salud, le han realizado, recomendado realizar o tiene programado realizar: algún tratamiento o estudio médico, prueba de laboratorio o investigación médica, derivación a un médico especialista, hospitalización, rehabilitación o cirugía?	XX
6. 3. ¿Está actualmente, o ha estado en los 5 últimos años, bajo revisión o control por un médico oncólogo, cardiólogo, neurólogo, psiquiatra, psicólogo para algún estudio o tratamiento?	XX
7. 4. ¿Toma actualmente, o ha tomado en los últimos 3 años, alguna medicación de manera regular, o continuadamente por más de 3 semanas?	XX
8. 5. ¿Sufre de alguna enfermedad, de algún grado de invalidez o discapacidad (física, mental o cognitiva), lesión corporal o recibe alguna prestación por motivos médicos?	XX
9. 6. ¿Ha estado en los últimos 5 años de baja laboral por motivos de salud durante más de 10 días consecutivos o ha recibido tratamiento debido a accidente, depresión o por abuso de alcohol o drogas?	XX

CARGOS EN TUS CUENTAS

1. Cargos sobre cuenta básica

Cobros a tu cuenta de seguro

A PARTIR DEL AÑO	% SOBRE PRIMA BASICA ANUAL
Cargos a tu pago anual	
1	60%
2	40%
3	25%
4	20%
6	15%
11	10%
21	0%
En adelante 0%	

A PARTIR DEL AÑO	% SOBRE VALOR DE CUENTA BASICA
Cargos al saldo de tu cuenta básica	
1	2.5%
6	0.75%
En Adelante 0.75%	

2.Cargos sobre cuenta de ahorro

Cobros a tu cuenta de inversión

A PARTIR DEL AÑO	% SOBRE VALOR DE LA CUENTA AHORRO
Cargos al saldo de tu cuenta de ahorro	
1	1.5 %
En adelante 1.5%	

3. Cargos por Rescate

Cobros por retirar tu dinero

A PARTIR DEL AÑO	% SOBRE VALOR DE LA CUENTA
Cargos al saldo de tu cuenta básica	
1	90%
3	45%
4	40%
5	35%
6	25%
7	10%
8	0%
En adelante 0%	

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.