



Seguros

Código del producto: 9002 (FFVV) y 9003 (Brokers)

Solicitud de Seguro Accidentes Personales Individuales y Seguro Accidentes Personales Plan Familiar

La Solicitud de Seguro y declaración personal de salud deben ser completadas de puño y letra del Asegurado con letra clara y legible.

Datos

Form fields for Agency Advisor Code, Supervisor, Agency, Channel (FFVV, Broker), Policy Number, and Intermediary Signature.

Datos de la Compañía Aseguradora

Form fields for Insurer Name (Rimac Internacional), RUC (20100041953), Address (Las Begonias N° 475), District (San Isidro), Province (Lima), Department (Lima), Phone (411-3000), and Fax (421-0555).

Datos del Potencial Asegurado Titular Código del Cliente:

Datos personales

Form fields for Personal Data: Paternal Surname, Maternal Surname, Names, ID Document (DNI/Otro), Birth Date, Age, Particular Signs, Nationality, Sex (M/F), Civil Status (S/C/V/D), Profession, Occupation, Particular Address, District, Province, Department, Phone, and E-mail.

Datos Laborales

Form fields for Labor Data: Employment Situation (Dependent/Independent), Company Name, Business Type, District, Province, Department, Phone, and E-mail.

Datos del Cónyuge Código del Cliente:

Form fields for Spouse Data: Paternal Surname, Maternal Surname, Names, Birth Date, Age, Sex (M/F), Civil Status (S/C/V/D), Nationality, ID Document (DNI/Otro), Profession, Occupation, Phone, and E-mail.

Datos de los Hijos del Potencial Asegurado Titular - Máximo (4) Hijos

Hijo 1 Código del Cliente:

Form fields for Child 1 Data: Full Name, ID Document (DNI/Otro), Birth Date, Age, Sex (M/F), and Occupation.

Revisión Interna (Esta sección debe ser completada por el área comercial de FFVV)

Firma y Sello Supervisor de la Agencia

Firma y Sello Gerente de la Agencia

Solicitud de Seguro Accidentes Personales Individuales y Seguro Accidentes Personales Plan Familiar

La Solicitud de Seguro y declaración personal de salud deben ser completadas de puño y letra del Asegurado con letra clara y legible.

Hijo 2 **Código del Cliente:**

Nombre Completo:
 Documento de Identidad DNI Otro N°
 F. de Nac. / / Edad: Sexo: M F Ocupación:

Hijo 3 **Código del Cliente:**

Nombre Completo:
 Documento de Identidad DNI Otro N°
 F. de Nac. / / Edad: Sexo: M F Ocupación:

Hijo 4 **Código del Cliente:**

Nombre Completo:
 Documento de Identidad DNI Otro N°
 F. de Nac. / / Edad: Sexo: M F Ocupación:

Contratante **Código del Cliente**

Si es persona Natural

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres
 Documento de Identidad DNI Otro N°
 F. de Nac. / / Nacionalidad Sexo: M F Estado Civil: S C V D
 Profesión: Ocupación: Cargo:

Si es persona Jurídica

Razón Social de la empresa
 N° de RUC Giro del Negocio:

Datos adicionales

Dirigir correspondencia con atención a :
 Dirección particular/Dirección comercial :
 Distrito: Provincia: Departamento:
 E-mail:
 Teléf.: Código de la ciudad N° Anexo: Cel:
 Relación o parentesco con asegurado propuesto: Cónyuge Hermano Empleador Padre Hijo Socio Otros
 Detalle

Aplicable a Seguro de Accidentes Personales Individual y Conyugal:

Código	Descripción	Capital asegurado	Prima anual bruta
AP01	Muerte Accidental		
AP03	Invalidez permanente parcial o total		
AP07	Indemnización adicional desamparo súbito familiar		
AP30	Indemnización adicional muerte accidental en transporte público		
AP	Renta hospitalaria por Accidente		
AM13	Indemnización por enfermedad grave - oncológica**		
AM14	Indemnización por enfermedad grave - de la mujer**		
AP50	Asistencia Multiproducto	Según Cláusula	
		Total*	

* Incluye derecho de emisión, I.G.V., prima sujeta a evaluación de la compañía.

** Prima Bruta Anual según edad del asegurado al momento de la solicitud. La prima se incrementa cada vez que el asegurado cambie de rango de edad.

Solicitud de Seguro Accidentes Personales Individuales y Seguro Accidentes Personales Plan Familiar

La Solicitud de Seguro y declaración personal de salud deben ser completadas de puño y letra del Asegurado con letra clara y legible.

Aplicable a Seguro de Accidentes Personales Plan Familiar:

Plan:	Suma Asegurada Cobertura Muerte Accidental: US\$	
Titular solo + hijos <input type="checkbox"/>	Titular + cónyuge + hijos <input type="checkbox"/>	Asistencias: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Fraccionamiento

Anual <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Factor:
Convenio:	Prima fraccionada:US\$	Tipo de cambio:	
Fecha moneda:	Total en S/.:	N° comprobante:	

Beneficiarios principales - Titular

Apellido paterno, materno y nombres	Parentesco o relación	%

Beneficiarios principales - Cónyuge

Apellido paterno, materno y nombres	Parentesco o relación	%

Beneficiarios de los Hijos del Potencial Asegurado Titular

Es el Asegurado Titular al 100 %

Vía de cobro

Tarjeta de Crédito Banco Descuento por planilla Directo

Envío de aviso (sólo para cobro directo)

Dirección particular Dirección Comercial

Revisión Interna (Esta sección debe ser completada por el área comercial de FFVV)

Firma y Sello
Supervisor de la Agencia

Firma y Sello
Gerente de la Agencia

Solicitud de Seguro Accidentes Personales Individuales y Seguro Accidentes Personales Plan Familiar

La Solicitud de Seguro y declaración personal de salud deben ser completadas de puño y letra del Asegurado con letra clara y legible.

Para uso exclusivo de la compañía

Reaseguro:		
Tipo: Automático <input type="checkbox"/> Facultativo <input type="checkbox"/>	Nº Contrato: <input type="text"/> Fecha: <input type="text"/> Firma autorizada: <input type="text"/>	
Resultado de la evaluación:		
Aceptada estándar <input type="checkbox"/>	Aceptada con recargo <input type="checkbox"/>	Rechazada <input type="checkbox"/>
Pospuesta <input type="checkbox"/>	Fecha evaluación <input type="text"/>	
Código suscriptor: <input type="text"/>	Firma suscriptor: <input type="text"/>	
Médico: <input type="text"/>	Firma: <input type="text"/>	
Nº Médico: <input type="text"/>	Firma: <input type="text"/>	
Observaciones:		

La responsabilidad de la compañía empieza después de que el seguro haya sido aceptado y la prima pagada. Antes de aceptar el riesgo, la compañía realizará diversos trámites y entre otros podrá requerir la presentación de documentos, y cobrar al contratante una cantidad de dinero que, en caso de aceptación del riesgo, constituirá parte de la primera prima del seguro. En caso que el contratante desista de la propuesta, la compañía se reserva el derecho de cobrar por los gastos administrativos incurridos.

Declaración del intermediario

a. ¿Por qué medio conoció al potencial asegurado?
b. ¿Cuál es la renta mensual del potencial asegurado?
c. ¿Se solicita este seguro para reemplazar a cualquier otro, en ésta u otra compañía?
d. ¿Tiene Ud. conocimiento de algo que pudiera afectar el riesgo y no ha sido declarado?
e. ¿Conoce Ud. alguna información del solicitante respecto a su salud, carácter, hábitos, modo de vida y ocupación?. Detalle:
f. Si el solicitante no trabaja y declara ingresos, ¿de dónde provienen sus ingresos?

Declaración personal (de puño y letra del asegurado)

Observación Importante: Haga sus declaraciones con toda la tranquilidad y franqueza. Si tiene ligeros padecimientos que son comunes en casi todas las personas, su seguro se contratará normalmente. Si padece alguna enfermedad grave, manifiéstela sin temor. Es preferible no llegar a la contratación del seguro que a un litigio posterior por la falsa declaración. En todo caso, unas declaraciones auténticas y un contrato basado en los riesgos asumidos, nunca será discutido por la compañía que supo al inicio el riesgo que aceptaba. Si necesita más espacio que el que consigna este formulario para detallar una pregunta, adjunte una hoja aportando mayores antecedentes.

Solicitud de Seguro Accidentes Personales Individuales y Seguro Accidentes Personales Plan Familiar

La Solicitud de Seguro y declaración personal de salud deben ser completadas de puño y letra del Asegurado con letra clara y legible.

1. ¿Otros seguros?	Titular		Cónyuge		Hijos		Detalles
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
a. ¿Tiene algún seguro de accidentes personales o en trámite? Indique en qué compañía, detalle montos asegurados y coberturas.							
b. ¿Tiene algún seguro de vida en nuestra u otra compañía de seguros o en trámite? Indique detalle de plan y montos asegurados.							
c. ¿Ha sido usted rechazado alguna vez para un seguro de vida o accidentes, o en alguna renovación o rehabilitación especial del mismo o se le ha aplicado recargo en las primas?							
d. ¿Tiene o ha tenido contratado un seguro de salud? Indique en qué compañía y fecha de inicio - fin de cobertura.							
e. ¿Solicita este seguro para reemplazar otro en esta compañía?							

2. Actividades riesgosas	Titular		Cónyuge		Hijos		Detalles
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
a. ¿Es bombero, ingeniero de minas, radiólogo o afín, ingeniero químico (planta), minero, periodista corresponsal de guerra, obrero de construcción, manipula explosivos, piloto o tripulante de nave aérea o marítima, miembro de las fuerzas armadas o policiales, o realiza cualquier actividad que se pueda considerar riesgosa?							
b. ¿Practica paracaidismo, andinismo, automovilismo, motociclismo, buceo o afines, caída libre con cuerda, pesca submarina, ala delta, planeador, rodeo, surf o cualquier otro deporte o actividad obviamente riesgosa?							

Si en el futuro Ud. comienza a realizar esta u otras actividades o deportes que puedan ser considerados riesgosos, deberá informar de ello por escrito a esta compañía, la que evaluará la aceptación de dicho riesgo.

3. Padecimiento físico o mental	Titular		Cónyuge		Hijos		Detalles
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
a. ¿Padece de alguna incapacidad física o mental, alguna anomalía de constitución, amputación o defecto físico?							

Revisión Interna (Esta sección debe ser completada por el área comercial de FFVV)

Firma y Sello
Supervisor de la Agencia

Firma y Sello
Gerente de la Agencia

Solicitud de Seguro Accidentes Personales Individuales y Seguro Accidentes Personales Plan Familiar

La Solicitud de Seguro y declaración personal de salud deben ser completadas de puño y letra del Asegurado con letra clara y legible.

4. Enfermedades graves	Titular		Cónyuge		Hijos		Detalles
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
¿Padece de alguna enfermedad grave o terminal? Tal como: accidente cerebrovascular con secuelas neurológicas incapacitantes, trastornos neurológicos no vasculares, enfermedad de parkinson, epilepsia, síndrome vertiginoso, cirrosis hepática, alcoholismo crónico, traumatismo craneal, enfermedades coronarias; arritmia cardíaca; infarto de miocardio con secuelas cardiovasculares; valvulopatías cardíacas, trastornos psiquiátricos, cáncer de cualquier tipo, obesidad severa, diabetes mellitus con secuelas de órgano blanco (ojos, riñones, cardiovasculares, etc.). Esclerosis múltiple, insuficiencia renal crónica terminal, insuficiencia respiratoria crónica oxígeno dependiente, tuberculosis multidrogo-resistente, síndrome de inmuno, deficiencia adquirida (SIDA), víctima de algún accidente grave o intoxicación, otro no especificado anteriormente.							

La respuesta afirmativa debe acompañarse de una completa información al respecto. En caso de traumatismo craneal, indicar si hubo pérdida de conocimiento y/o coma.

5. Características personales	Titular		Cónyuge		Hijos		Detalles
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
¿Es zurdo?							

Sólo si contrata la cobertura de indemnización por enfermedad grave responder:

Indemnización por enfermedad grave- Oncológica	Sí	No
1. ¿Alguno de los solicitantes ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido o va a recibir tratamiento por cáncer, leucemia, linfoma, tumores o quistes u otro tipo de enfermedad Oncológica?		
2. ¿Padece o ha padecido, ha sido tratado, ha recibido consulta médica o ha sido diagnosticado de displasia del cuello uterino, melanoma, papiloma virus, epitelomas, Hepatitis B o C?		
3. ¿Más de un familiar (padres-hermanos-hijos) padece o ha padecido o ha fallecido de alguna enfermedad oncológica o cáncer incluyendo linfomas, cáncer de piel y leucemias? Detalle diagnóstico e indique parentesco.		

Solicitud de Seguro Accidentes Personales Individuales y Seguro Accidentes Personales Plan Familiar

La Solicitud de Seguro y declaración personal de salud deben ser completadas de puño y letra del Asegurado con letra clara y legible.

Indemnización por enfermedad grave- De la Mujer	Sí	No
1. ¿Padece o ha padecido, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido o va a recibir tratamiento por cáncer, leucemia, linfomas, cáncer de piel, tumores o quistes u otro tipo de enfermedad Oncológica?		
2. ¿Padece o ha padecido, ha sido tratado, ha recibido consulta médica o ha sido diagnosticado de displasia del cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de ovario, cáncer de matriz, papiloma virus, Hepatitis B o C?		
3. ¿Su factor Sanguíneo es "RH NEGATIVO" ? (sólo para personas menores a 55 años)		
4. ¿Padece o ha padecido, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por lupus, diabetes mellitus, malformaciones arterio-venosa, epilepsia, parálisis, hipertensión arterial, anemia grave, cardiomiopatía, infarto al miocardio, anomalías pélvicas, gran multiparidad, embarazo gemelar, preeclampsia, infección materna (Sífilis, Toxoplasmosis, VIH), muerte perinatal recurrente, incompetencia cervical, o enfermedades endocrinológicas?		
5. ¿Padece o ha padecido de complicaciones en embarazos previos, como abortos repetitivos, hijos con padecimientos congénitos, entre otros?		
6. ¿Más de un familiar (padres-hermanos-hijos) padece o ha padecido o ha fallecido de alguna enfermedad oncológica o cáncer incluyendo linfomas, cáncer de piel y leucemias?. Detalle diagnóstico e indique parentesco.		

Agradeceremos, que todas las preguntas que han sido contestadas afirmativamente sean detalladas en el siguiente recuadro:

Titular o cónyuge	Nº de pregunta que constató afirmativamente	Diagnóstico de la enfermedad, dolencia o tratamiento	¿Hubo cirugía?

Resultado del tratamiento o cirugía y estado actual	Médico o lugar de atención (clínica, institución o consultorio)	Fecha de la atención de la enfermedad

Solicitud de Seguro Accidentes Personales Individuales y Seguro Accidentes Personales Plan Familiar

La Solicitud de Seguro y declaración personal de salud deben ser completadas de puño y letra del Asegurado con letra clara y legible.

Confirmando la exactitud y la veracidad de las declaraciones antes expresadas con respecto a mi salud y a la de los miembros de mi familia incluidos en este seguro, que todos nos encontramos en buenas condiciones de salud y que nada he ocultado o disimulado. Autorizo a cualquier médico u otra persona que nos hubiese reconocido o asistido en nuestras dolencias a revelar a la compañía todos los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido. Además declaro estar en conocimiento que la presentación de la solicitud de seguro no implica en forma alguna la aceptación de la cobertura por parte de la compañía. Asimismo, asumo la responsabilidad del contenido falso o desinformado de las declaraciones antes mencionadas, teniendo conocimiento que una declaración falsa o desinformada o un incumplimiento o reticencia de mi parte de lo señalado en este párrafo implica la nulidad de la póliza.

Asimismo, declaro bajo juramento que yo mismo he leído y completado este documento en su integridad.

Importante:

La aceptación de la solicitud del seguro supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el CONTRATANTE o ASEGURADO en los términos estipulados por las empresas, en tanto el CONTRATANTE o ASEGURADO hubieran proporcionado información veraz. La Compañía deberá entregar la Póliza de Seguro al Contratante / Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario contados desde la presentación de la Solicitud del Seguro, siempre y cuando no medie rechazo previo de ésta. EL ASEGURADO firma la presente Solicitud en señal de haber tomado conocimiento, recibido y aceptado las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y el Resumen de la Póliza.

Lugar:
Fecha:



Huella Digital

Firma del Potencial Asegurado

Firma del Contratante
(Si es distinto al Potencial Asegurado)

Firma del Cónyuge

Revisión Interna (Esta sección debe ser completada por el área comercial de FFVV)

COD.118465/Set. 2010

Firma y Sello
Supervisor de la Agencia

Firma y Sello
Gerente de la Agencia