

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CNT
SOLICITUD DE SEGURO
Código SBS: AE0506100330
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

D: Solicitud

Fecha de solicitud:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Solicitud N°:	<input type="text"/>
		Código SBS:	<input type="text"/>
DATOS DEL CORREDOR/COMERCIALIZADOR			
Nombre:	<input type="text"/>	Código:	<input type="text"/>
DATOS DEL CONTRATANTE			
Persona Jurídica			
Razón Social:	<input type="text"/>		
Documento de identidad: RUC N°	<input type="text"/>	Partida electrónica:	<input type="text"/>
Dirección: CL / JR / PSJ / AV / OTRO:	<input type="text"/>		
N°	<input type="text"/>	Mz./Lote	<input type="text"/>
Dpt. / Interior	<input type="text"/>	Urbanización:	<input type="text"/>
Referencia:	<input type="text"/>		
Distrito:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
Departamento:	<input type="text"/>		
Teléfono fijo:	Cod.ciudad <input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
Persona Natural o Representante Legal* en caso el Contratante sea una Persona Jurídica			
Nombre(s)*:	<input type="text"/>	Apellido Paterno*:	<input type="text"/>
Apellido Materno*:	<input type="text"/>	Sexo*:	<input type="text"/> M <input type="text"/> F
		Estado Civil:	<input type="text"/> S <input type="text"/> C <input type="text"/> V <input type="text"/> D
Documento de identidad*:	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE	N°	<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"/>		
N°	<input type="text"/>	Mz./Lote	<input type="text"/>
Dpt. / Interior	<input type="text"/>	Urbanización:	<input type="text"/>
Referencia:	<input type="text"/>		
Distrito:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
Departamento:	<input type="text"/>		
Teléfono fijo*:	Cod.ciudad <input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
		Celular:	<input type="text"/>
Correo electrónico (personal):	<input type="text"/>		
Correo electrónico (laboral)*:	<input type="text"/>		

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

¿El Asegurado Titular es el mismo Contratante? SI NO

Nombre(s): Apellido 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 Dpt. / Interior Urbanización:
Referencia:
Distrito: Provincia: Departamento:
Teléfono fijo: Cod.ciudad N° Celular:
Correo electrónico (personal):
Correo electrónico (laboral):

DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL

Nombre(s):
Apellido Paterno: Apellido Materno:
Documento de identidad: DNI RUC CE PASAPORTE N°
Fecha de nacimiento: / / Sexo: M F Estado Civil: S C V D Celular:
Correo electrónico (personal):

DATOS DEL BENEFICIARIO

Llenar la siguiente información en caso los Beneficiarios no sean los herederos legales:

	Beneficiario 1	Beneficiario 2	Beneficiario 3	Beneficiario 4	Beneficiario 5
Tipo de documento de identidad					
Nro de Documento					
Nombres o Razón Social					
Apellido Paterno					
Apellido Materno					
Dirección					
%Participación del beneficio					

Si se designaron varios beneficiarios, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

Cobertura(s) Principal(es)	Plan Retención	Plan 1	Plan 2
Muerte Accidental	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Invalidez Total y Permanente por Accidente	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

Coberturas Adicionales:

Relación de Clausulas Adicionales aplicables al presente seguro	Plan Retención	Plan 1	Plan 2
Renta Hospitalaria por Accidente*	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Compra Protegida	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

*Máximo 30 días al año.

DEDUCIBLE/COPAGO: No Aplica

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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:

- **Edad mínima de ingreso a la póliza:** 18 años.
- **Edad máxima de ingreso a la póliza:** 65 años y 364 días.

<ul style="list-style-type: none">• Edad máxima de permanencia en la póliza: 70 años y 364 días.
FORMA DE PAGO DE LA PRIMA
El CONTRATANTE se compromete a Pagar la Prima en la forma, lugar y plazos pactados con la ASEGURADORA.
INFORMACIÓN ADICIONAL
<ul style="list-style-type: none">• La Aseguradora deberá entregar la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro. 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.• El CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento. Se comunicará por escrito al domicilio físico del contratante y/o asegurado, en caso la normatividad vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la Compañía en forma adicional a la comunicación electrónica.• Instrucciones de Uso del correo electrónico: i) En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifica / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000; y, ii) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.
Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales 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 éstas 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 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.

- 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) En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
 - (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.
 - (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.

____, ____ de _____ de _____

RICHARD MAURICCI Vicepresidente División Seguros Personales Rímac Seguros y Reaseguros

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