

Datos de la Póliza

Nº de solicitud: Nº de póliza: Nº de expediente:

Datos del Solicitante / Asegurado

Nombres: Apellido completos:

Fecha de nacimiento: / / Sexo: M F Edad:

Estado civil: S C V D D.N.I.: Nacionalidad:

Teléfono: Celular:

Dirección Particular:

Referencia: Distrito: Provincia:

Departamento: Ocupación:

Actividad: Nº empleado:

Señas particulares *: NO SI

* Se consideran señas particulares los datos que figuran como "observaciones" en el D.N.I.; lunares, cicatrices, tatuajes, uso de prótesis, etc.

Declaración de Salud

Sirvete responder las siguientes preguntas Estatura (mts.) Peso (kg.)

Sirvete responder (Si/No) al siguiente cuestionario de salud

	Titular
¿ Te has diagnosticado, has recibido tratamiento, conoces tener o padecer o haber padecido de cáncer, tumor maligno, leucemia, linfoma u otro tipo de enfermedad oncológica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿ Te han recomendado realizar exámenes o pruebas médicas para descarte de tumores, cáncer y estas han sido positivas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿ Tienes que recibir tratamiento médico hospitalario o ambulatorio por una dolencia relacionada a tumores, cáncer o enfermedad oncológica en los próximos meses?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿ Padeces o has padecido, has sido tratado, has recibido consulta médica o has tenido diagnóstico positivo de hepatitis B o C, displasia de cuello uterino, melanoma, displasia o tumor mamario, adenoma prostático, epitelomas, módulo bocio o tumor tiroideo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fumas o has fumado mas de 10 cigarrillos diarios en los últimos 7 años?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿ Algunos de tus padres o hermanos han padecido o padecen de alguna enfermedad oncológica o cáncer incluyendo linfomas, cáncer de piel y leucemia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿ Padeces o has padecido de alguna enfermedad no mencionada anteriormente por la que hayas recibido tratamiento continuo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Nota. Si has contestado "Si" en alguna pregunta, deberás detallarlo en el cuadro siguiente.

Observaciones:

Declaración de enfermedades preexistentes

Fecha:	Médico tratante:	Enfermedad:
Centro de atención:	Situación actual de la dolencia:	

Beneficiarios del seguro de vida (del titular)

Nombre completo:	% de capital	Parentesco

Beneficiarios de asegurados adicionales: herederos legales (se podrá modificar la distribución del beneficio mediante endoso en los formatos que proporcionará la compañía):

Datos del empleador

R.U.C.:	Razón Social:
---------	---------------

Declaración jurada del solicitante titular del seguro:

Confirmando la exactitud y la veracidad de las declaraciones antes expresadas con respecto a mi salud incluidas en este seguro, que me encuentro en buenas condiciones de salud y que nada he ocultado o disimulado. Autorizo a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis 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 incumplimiento o reticencia de mi parte de lo señalado en este párrafo implica la nulidad de la póliza.

Si no media rechazo de la solicitud de Rimac Seguros, por intermedio del corredor, hará llegar la póliza de seguros al solicitante dentro de 15 días calendario de haber solicitado el seguro.

Fecha: / /

Firma del asegurado

Aseguradora : Rimac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC : 20100041953

Dirección: Las Begonias 475, Piso 3, San Isidro, Lima

Teléfono: 4113000 Fax: 4210555