

## ENDOSO A LA PÓLIZA (WORKSITE / VIDA / ACCIDENTES PERSONALES)

<b>Fecha de solicitud:</b>						
<b>Canal:</b> FFVV WS <input type="checkbox"/> FFVV Vida <input type="checkbox"/> Broker <input type="checkbox"/>						
<b>DATOS A SER LLENADOS POR EL CONTRATANTE O ASEGURADO</b>						
<b>DATOS DEL CONTRATANTE</b>						
<b>Apellido Paterno:</b>			<b>Apellido Materno:</b>			
<b>Nombres</b>						
<b>Tipo y N° de Documento:</b> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>			<b>Otro:</b>		<b>Nro.:</b>	
<b>Dirección:</b>					<b>Teléfono:</b>	
<b>Email:</b>						
<b>Entrega Copia de DNI:</b> <input type="checkbox"/>						
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>						
<b>Apellido Paterno:</b>			<b>Apellido Materno:</b>			
<b>Nombres</b>						
<b>Tipo y N° de Documento:</b> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>			<b>Otro:</b>		<b>Nro.:</b>	
<b>Dirección:</b>					<b>Teléfono:</b>	
<b>Email:</b>						
<b>Entrega Copia de DNI:</b> <input type="checkbox"/>						
<b>DATOS A SER LLENADOS POR EL REPRESENTANTE DE RIMAC SEGUROS</b>						
<b>Datos del Seguro (marque con una "X" el tipo de seguro que requiere modificar).</b>						
<b>FFVV WORKSITE</b>				<b>FFVV VIDA</b>		
<input type="checkbox"/> Protección Familiar <input type="checkbox"/> Protección Accidental <input type="checkbox"/> Protección Ahorro <input type="checkbox"/> Sepelio				<input type="checkbox"/> Vida Individual <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Otro:		
<b>Datos de la Póliza</b>						
<b>N° Póliza:</b>						
<b>Inicio de Vigencia:</b> /   /    /   /    /   /    /   /    /   /    /   /						
<b>DATOS A SER LLENADOS POR EL CONTRATANTE</b>						
<b>Indicar el tipo de endoso a solicitar y marcar con una "X" el documento adjuntado.</b>						
<input type="checkbox"/> <b>CORRECCIÓN DE LOS DATOS:</b> <input type="checkbox"/> <b>DEL ASEGURADO</b> <input type="checkbox"/> <b>DEL CONTRATANTE</b>						
Se solicita corrección en:						
Corrección:						
Por Ejem: Nombre/Apellido, teléfono, tipo de documento, parentesco, etc.						
<input type="checkbox"/> <b>CAMBIO DE DIRECCIÓN (WORKSITE, VIDA, ACCIDENTES PERSONALES)</b>						
<input type="checkbox"/> Domicilio		<input type="checkbox"/> Centro de Trabajo			<input type="checkbox"/> Correspondencia	
Indicar nueva dirección:						
<b>Distrito:</b>		<b>Departamento:</b>			<b>Provincia:</b>	
En caso de que exista diferencia entre la dirección señalada en esta solicitud y la declarada en la Póliza, autorizo a la Compañía a actualizar con esta última.						
<input type="checkbox"/> <b>ANULACIÓN DE PÓLIZA (WORKSITE, VIDA, ACCIDENTES PERSONALES)</b>						
<b>Razones:</b>						
<input type="checkbox"/> Interesado en otro seguro		<input type="checkbox"/> Insatisfacción con el Seguro				
<input type="checkbox"/> Motivos económicos		<input type="checkbox"/> Otro: _____				
<b>Para las pólizas de worksite:</b>						
Asimismo, declaro haber tomado conocimiento y encontrarme conforme con el descuento de la planilla que se realizará hasta el mes en el que solicito mi desafiliación. Dicho descuento otorgará cobertura hasta el último día del siguiente mes de mi solicitud. En caso de tener alguna duda; se me ha comunicado que se encuentra a mi disposición los siguientes medios: Vía electrónica a través del correo: atencionalcliente@rimac.com.pe; vía telefónica al 411-3000, opción 0 y de forma presencial en la sede de Plataforma de Atención al Cliente de Rimac Seguros ubicada en Paseo de la Republica 3505, San Isidro.						

## ENDOSO A LA PÓLIZA

### REHABILITACIÓN DE PÓLIZA (WORKSITE, VIDA, ACCIDENTES PERSONALES)

VÍA DE COBRO		ENTREGAR	
<input type="checkbox"/> Descuento por planilla	<input type="checkbox"/> Directo en compañía	<input type="checkbox"/> Cargo en cuenta	
<input type="checkbox"/> Voucher	<input type="checkbox"/> Pago Fácil	<input type="checkbox"/> Copia de tarjeta de crédito	
Fecha Primer vencimiento impago (Máximo 06 meses hasta la fecha) / /	Total de deuda cancelada:	S/	US\$

#### Importante:

El asegurado declara conocer y aceptar que los siniestros que se hayan presentado durante el periodo en que se mantuvo suspendida la cobertura de la Póliza de Seguros por el incumplimiento de pago, no será responsabilidad de Rimac Seguros. La recepción de esta solicitud no significa la aceptación por parte de la Compañía. Estará sujeta a evaluación.

- Es requisito indispensable que el Asegurado llene la Declaración Personal de Salud y cancele lo adeudado.
- La póliza rehabilitada mantiene la misma vía de cobro que tenía antes de la anulación.
- Las pólizas de Protección Ahorro solamente se rehabilitarán previa evaluación del área de Producto Vida.

### CAMBIO DE FRECUENCIA DE PAGO (WORKSITE / VIDA / ACCIDENTES PERSONALES)

Frecuencia actual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual
Cambiar a:	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual

### CAMBIO DE VÍA DE COBRO (WORKSITE / VIDA / ACCIDENTES PERSONALES)

VÍA DE COBRO		ENTREGAR	
<input type="checkbox"/> Pago directo (*)	<input type="checkbox"/> Otra empresa	<input type="checkbox"/> Cargo	
<input type="checkbox"/> Voucher	<input type="checkbox"/> Pago fácil	<input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta de crédito	
(*) Nueva Empresa:		RUC:	

### CAMBIO DE BENEFICIARIOS (WORKSITE / VIDA / ACCIDENTES PERSONALES)

Deseo cambiar los beneficiarios originales de la Póliza N° \_\_\_\_\_ por los siguientes:

Beneficiarios Principales (Apellidos, Nombres)	Parentesco / Vínculo	DNI	Porcentaje %
		<b>Total:</b>	<b>100%</b>
Beneficiarios Contingentes (Apellidos, Nombres)	Parentesco / Vínculo	DNI	Porcentaje %
		<b>Total:</b>	<b>100%</b>

### CAMBIO DE ASEGURADOS DEPENDIENTES (WORKSITE / VIDA / ACCIDENTES PERSONALES)

Deseo cambiar (C) y/o incluir (I) los Asegurados Adicionales originales de mi póliza por los siguientes:

	Nombre y Apellidos	Fecha de Nacimiento	DNI	Parentesco	C		I		
					C	I	C	I	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
Prima Actual del Seguro Modificado	Titular	Asegurados Dependientes						Total	
		1	2	3	4	5	6	S/	US\$
Prima Neta									
Der. Emisión									
<b>Total:</b>									

## ENDOSO A LA PÓLIZA

### CAMBIO DE CONTRATANTE (VIDA)

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Tipo y N° de Documento: DNI  CE

Otro:

Nro.:

Dirección:

Teléfono:

Email:

Entrega Copia de DNI:

### CAMBIO DE PLAN (WORKSITE)

El cambio a un plan de mayor cobertura requiere completar DPS. Las pólizas de Protección Ahorro no podrán cambiar de plan.

Plan Anterior:

Prima Anterior:

Plan Actual:

Prima Actual:

### RESCATE DE PÓLIZA

Declaro haber tomado conocimiento y estar conforme de que el contrato de Seguro terminará y perderé cobertura ante un siniestro posterior a la fecha de rescate, una vez que se proceda con esta solicitud de rescate. (Solo aplica para Protección Ahorro, Vida Universal, Dotal, Entera y VAS).

**Nota:** El monto de rescate se entregará en un plazo de 15 días calendario después de presentada esta solicitud y siempre que exista saldo disponible. En caso de haber realizado un aporte extraordinario (productos de Vida Universal) el proceso tardará \_\_\_\_\_ días adicionales.

### SALDADO DE PÓLIZA

Implica dejar de pagar la prima y modificar la suma asegurada hasta el final de vigencia original de la póliza, el monto de la nueva Suma asegurada será de acuerdo a la tabla de valores garantizados. Sólo aplica a los productos Dotal, Entera y Universitario.

### PRORROGADO DE PÓLIZA

Implica dejar de pagar la prima y modificar el plazo del seguro de acuerdo a la tabla de valores garantizados, sin cambiar la suma asegurada original de la póliza. Sólo aplica los productos Dotal y Entera.

### PRÉSTAMO DE PÓLIZA

Monto a retirar:  N° de cuotas para pagar el préstamo: \_\_\_\_\_ cuotas.

#### Importante:

- En caso de no cancelar el préstamo, el importe adecuado se descontará del valor de rescate o al momento de indemnizar la cobertura principal de la póliza.
- Para los productos de Vida Ahorro Flexible y Vida Futuro Protegido sólo se podrá realizar el préstamo tras el primer año de vigencia de la póliza.
- El monto de préstamo se entregará en un plazo de 15 días calendario después de presentada esta solicitud y siempre que exista saldo disponible.

### RETIRO PARCIAL DE LA PÓLIZA

Monto a retirar \*:

**Importante:** \*Se pueden efectuar retiros parciales siempre que el saldo de la cuenta de ahorros sea superior a:

- USD 200 para los productos Vida Ahorro Flexible y Vida Inversión.
- USD 250 para el producto Vida Futuro Protegido.

**Nota:** El monto de retiro parcial se entregará en un plazo de 15 días calendario después de presentada esta solicitud y siempre que exista saldo disponible. En caso de haber realizado un aporte extraordinario (productos de Vida Universal) el proceso tardará \_\_\_\_\_ días adicionales.

## ENDOSO A LA PÓLIZA

### COBERTURAS (VIDA)

Inclusión  Retiro

**Indicar la Cobertura:**

- Invalidez accidental total y permanente  Indemnización adicional por fallecimiento accidental  
 Adelanto del 50% por enfermedad grave  Dispensa de pago de primas  
 Oncológico  Invalidez por enfermedad total y permanente  
 Pérdida de existencia independiente

### CAMBIOS EN LA SUMA ASEGURADA (VIDA)

Incremento  Disminución

Nueva suma asegurada:

**Nota: Para el producto Vida Futuro Protegido aplica después del primer año de vigencia.**

### CAMBIOS EN PRIMA CONVENIDA (VIDA)

Incremento  Disminución

Nueva suma asegurada:

**Nota: Solo aplica para el producto Vida Futuro Protegido, el cambio afecta la prima de Ahorro.**

### CAMBIOS DE PORTAFOLIO (VIDA)

Cuenta Básica cambio al portafolio	%	Cuenta de Ahorro cambio al portafolio	%
Rentabilidad garantizada 3.5% garantizado anual		Rentabilidad garantizada 3.5% garantizado anual	
Controlado 6% proyecto anual		Controlado 6% proyecto anual	
Capital creciente 9.2% proyectado anual		Capital creciente 9.2% proyectado anual	
Se puede escoger como máximo un (1) portafolio que sume un total de 100%. (*) Solo el VAF tendrá como portafolio de la cuenta básica el mínimo garantizado.		Se puede escoger como máximo dos (2) portafolios que sumen un total de 100%.	

### DPS: DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD DE TITULAR Y DEPENDIENTES (WORKSITE)

Responder las Sigüientes preguntas	Titular	Asegurados Dependientes					
		1	2	3	4	5	6
Estatura(mts.)							
Peso (kg.)							

Padeces o has padecido, recibes o has recibido tratamiento médico ambulatorio y/o hospitalario, estás tomando algún medicamento, te encuentras en proceso de estudio de diagnóstico de alguna enfermedad, tienes conocimiento de requerir tratamiento por	Titular	1	2	3	4	5	6
¿Enfermedades neurológicas o psiquiátricas?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Enfermedades cerebrovasculares o cardiovasculares?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Enfermedades respiratorias?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Enfermedades osteoarticulares, reumáticas o musculares?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Hipertensión arterial?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Enfermedades endocrinológicas? ¿Diabetes mellitus, de la tiroides, de la hipófisis?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Enfermedades gastrointestinales? ¿Cirugía de la obesidad?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Le han realizado alguna prueba con resultado positivo para detección de hepatitis viral (B, C) tuberculosis, sida, VIH o alguna otra enfermedad o condición infecto contagiosa?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Enfermedades renales o de vías urinarias?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Consumo habitual de alcohol y/o drogas?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Enfermedades gineco obstétricas, genital masculino?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Cáncer, tumor maligno u otro tipo de enfermedad oncológica?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Has fumado más de 10 cigarrillos diarios en los últimos 5 años?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Se ha realizado trasplante de algún órgano?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

Padeces o has padecido, recibes o has recibido tratamiento médico ambulatorio y/o hospitalario, estás tomando algún medicamento, te encuentras en proceso de estudio de diagnóstico de alguna enfermedad, tienes conocimiento de requerir tratamiento por	<b>Titular</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
¿Tienes alguna secuela de accidentes o limitación física? Detallar:	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
¿Tienes alguna enfermedad no mencionada anteriormente? Detallar:	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

## PARA LOS SEGUROS DE SALUD: ONCOLÓGICO INDEMNIZATORIO IEG Y ONCOLÓGICO INTEGRAL

¿Alguno de los solicitantes 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?	<b>Titular</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
1. ¿Te han diagnosticado, haz recibido tratamiento, conoces tener o padecer o haber padecido de cáncer o tumor maligno o enfermedad oncológica?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
2. ¿Te realizarás o te encuentras realizando pruebas y/o exámenes para descartar de enfermedad oncológica?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
3. ¿Fumas o has fumado diariamente 20 o más cigarrillos?	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
4. Tus padres o hermanos padecen o han padecido o fallecido de cáncer a la mama o al colon? Detalla diagnóstico e indica parentesco:	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

### Declaración de enfermedades preexistentes

<b>1. Nombres y Apellidos:</b>	<b>Fecha:</b> / /
<b>Médico tratante:</b>	<b>Enfermedad</b>
<b>Centro de Atención:</b>	<b>Situación actual de la dolencia:</b>
<b>2. Nombres y Apellidos:</b>	<b>Fecha:</b> / /
<b>Médico tratante:</b>	<b>Enfermedad</b>
<b>Centro de Atención:</b>	<b>Situación actual de la dolencia:</b>

### CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE LA PÓLIZA ELECTRÓNICA

Otorgo mi consentimiento para que la presente Póliza de Seguro y las comunicaciones relacionadas a la misma, 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 refiere 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 derivan y sus futuras renovaciones.
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 Seguro en PDF.
  - ii) Incluyendo un documento adjunto en PDF.
  - iii) Direccionándome a la parte privada de la web [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe), 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 podrá acreditar 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 del envío y confirmación de identidad del suscriptor de 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 problema 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).

LA ASEGURADORA remitirá comunicaciones escritas al domicilio del ASEGURADO, en caso la normativa vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la ASEGURADORA en forma adicional a la comunicación electrónica.

- El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.

<hr/>		<hr/>	
Firma del Contratante(*)	Huella	Firma del Asegurado	Huella

---

Firma Representante Rimac  
Codigo: 

---

(\*) Si el Contratante y Asegurado son distintos, se requiere de la firma de ambos para cualquier cambio que deseen efectuar (no aplica para FFVV WS).