

SOLICITUD DE AFILIACIÓN - RIMAC SALUD EMPRENDEDORES

La solicitud de afiliación debe indicar toda dolencia o enfermedad que haya padecido o padece cualquiera de las personas que se indican en el seguro, la misma que será considerada como parte del contrato. Todas las preguntas deben ser completadas y contestadas. SI ALGUNA PREGUNTA NO ES CONTESTADA, LA SOLICITUD NO PODRÁ SER PROCESADA Y SERÁ DEVUELTA COMO INCOMPLETA.

Tipo de movimiento realizado:

Póliza nueva: Inclusión de dependiente:

1. DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social y/o Nombres y Apellidos:

R.U.C. D.N.I. C.E. Otro: N°:

Fecha de nacimiento: / / Ocupación: Nacionalidad:

Domicilio:

Distrito: Provincia: Departamento:

Domicilio de Trabajo:

Distrito: Provincia: Departamento:

Teléf. de domicilio: Telef. de trabajo: Anexo: Celular:

E-mail:

Sexo: M F Estado civil: CA S V D CV

2. DATOS DEL BROKER O AGENTE DE SEGUROS

Cod. agente:

Nombre o Razón Social:

E-mail:

Personas(s) que deseen asegurarse: Titular, cónyuge y los hijos que no hayan cumplido los 24 años.

3. DATOS DEL TITULAR

Apellido paterno: Apellido materno:

Nombres: Fecha de nacimiento: / /

D.N.I. C.E. Otro: N°:

Nacionalidad: Ocupación:

Domicilio:

Distrito: Provincia: Departamento:

Teléf. de domicilio: C.: Email:

Sexo: M F Estado civil: CA S V D CV

4. DATOS DE (LOS) DEPENDIENTE(S)

Cónyuge: Apellidos:

Nombres:

Nacionalidad: Fecha de nacimiento: / /

D.N.I. C.E. Otro: N°:

Sexo: M F Ocupación:

Hijo(a): Apellidos:

Nombres:

Nacionalidad: Fecha de nacimiento: / /

D.N.I. C.E. Otro: N°:

Sexo: M F Ocupación:

Hijo(a): Apellidos:

Nombres:

Nacionalidad: Fecha de nacimiento: / /

D.N.I. C.E. Otro: N°:

Sexo: M F Ocupación:

Hijo(a):	Apellidos:		
Nombres:			
Nacionalidad:		Fecha de nacimiento: / /	
D.N.I. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	N°:
Sexo: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Ocupación:	

5. FORMA DE PAGO

La forma de pago es al contado.

¿Está usted o alguno de sus dependientes en planilla (régimen de quinta categoría)?

Si marcó "Sí": Quién (Nombre):

Esta solicitud de Seguro forma parte del Contrato. Los solicitantes declaran que las respuestas dadas en esta solicitud SON VERÍDICAS Y COMPLETAS Y QUE ES DE SU CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER OMISIÓN O FALSEDAD, ANULA EL CONTRATO.

En consecuencia, toda obligación de LA COMPAÑÍA queda sujeta a lo dispuesto por el artículo 376 del Código de Comercio. Los solicitantes declaran tener conocimiento que LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de calificar la presente solicitud y de proponer las condiciones de aseguramiento. Asimismo, LA COMPAÑÍA entregará constancia de aseguramiento al CONTRATANTE y/o ASEGURADO dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro.

Declaración personal de salud

Indicar si alguno de los solicitantes (titular o dependientes) 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:

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final:	Titular		Cónyuge		Hijos	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1. ¿Afecciones al cerebro o del sistema nervioso, tales como: aneurisma, epilepsia, parálisis, apoplejía, malformaciones arteriovenosas, derrame cerebral, parkinson, alzheimer, migraña o dolor de cabeza a repetición u otras enfermedades del sistema nervioso o en el cerebro?						
2. ¿Enfermedades mentales psiquiátricas o trastornos psicológicos tales como: neurosis, demencia de cualquier tipo, psicosis, depresión, tratamientos por cura de reposo o desintoxicación o padece de alguna otra enfermedad o trastornos psiquiátricos o psicológicos o enfermedad mental?						
3. ¿Enfermedades en el aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis crónica, ronquera crónica, enfisema, neumonía, fibrosis quística pulmonar, tuberculosis, sinusitis, desviación del tabique o septum nasal, hipertrofia de adenoides u otra afección del aparato respiratorio?						
4. ¿Enfermedades en el aparato cardiovascular, tales como: infarto, angina, arritmia, enfermedades de válvula cardíaca, presión arterial elevada, dolor precordial o de pecho, flebitis, várices, trombosis u otra dolencia cardiovascular?						
5. ¿Enfermedades en el aparato digestivo, tales como gastritis (más de 2 episodios), úlcera, esofagitis, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, enfermedades en el páncreas, hígado o vesícula, hernias u otra dolencia digestiva?						
6. ¿Enfermedades endocrinológicas, tales como: hipo e hipertiroidismo, diabetes, síndrome de cushing, adenoma de hipófisis u otra enfermedad endocrinológica u hormonal?						
7. ¿Enfermedades en el aparato urinario o de los órganos genitales, tales como: insuficiencia renal, quiste, cálculo, tumores, infecciones urinarias a repetición, glomerulonefritis, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga o próstata u otras enfermedades del aparato urinario?						

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final:	Titular		Cónyuge		Hijos	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
8. ¿Enfermedades ginecológicas o de la mama, tales como: miomas, fibromas, quiste, adenomas o lipomas, endometriosis, infertilidad, aborto de repetición, displasia cervical, papilomavirus u otras enfermedades ginecológicas o en la mama?						
9. ¿Enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo, tales como: lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, espondilitis anquilosante, síndrome de Crohn u otras enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo?						
10. ¿Enfermedades o dolencias en los huesos, articulaciones o columna vertebral tales como: artritis, artrosis, reumatismo, gota, lumbago, hernia, discopatías, escoliosis, osteoporosis u ostopenia, amputaciones, enfermedades musculares, dolencias en rodillas, codos u otras dolencias en los huesos, articulaciones o columna vertebral?						
11. ¿Enfermedades hematológicas o de la sangre, tales como: anemias, leucemias, trastornos de la coagulación u otras enfermedades hematológicas o de la sangre?						
12. ¿Enfermedades crónicas y/o severas en los ojos, tales como: cataratas, pterigión, glaucoma, ceguera, enfermedades de la retina, estrabismo, uveítis u otras enfermedades de los ojos?						
13. ¿Enfermedades en los oídos, tales como: sordera, enfermedades del tímpano u otras enfermedades del oído?						
14. ¿Enfermedades de la piel, tales como: psoriasis, vitíligo, acné, melasma u otras enfermedades de la piel?						
15. ¿Enfermedades oncológicas, cáncer o tumor benigno o maligno en cualquier órgano o tejido del cuerpo?						
16. ¿Transplante de cualquier órgano?						
17. ¿Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis de cualquier tipo?						
18. ¿Te han prescrito medicamentos para dolencias, cardiológicas, circulatorias, presión arterial, anticoagulantes, insulina, corticoides, hormonas, o recibes o has recibido medicamentos permanentes por alguna otra afección (por más de 3 meses)? Precisar _____						
19. ¿Has recibido alguna transfusión de sangre? Detallar motivo _____						
20. ¿Enfermedad o defecto de origen congénito o genético?						
21. ¿Enfermedades tales como: brucelosis, hepatitis B o C, VIH/SIDA, malaria, HTLV, cisticercosis?						
22. ¿Tienes algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de alguno de los solicitantes que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?						
23. ¿Tienes que ser hospitalizado o recibir tratamiento médico próximamente? Detallar motivo y diagnóstico						
24. ¿Te atiendes usualmente en un clínica, hospital, centro médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indicar lugar: _____						

Si alguna respuesta fue positiva, indicar:

Número de la pregunta que contestó afirmativamente	Nombre completo de la persona tratada	Diagnóstico de la enfermedad o dolencia	Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual

6. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DEL TITULAR Y DEPENDIENTES

Declaro que las respuestas dadas en la presente solicitud, y en particular las referidas a la Declaración de Salud, son verídicas y completas, y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad, anula de hecho el Contrato y en consecuencia, toda obligación de LA COMPAÑÍA.

Asimismo, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de SOLICITARME información adicional, y AUTORIZO a las clínicas, hospitales, así como a los médicos tratantes, instituciones, centros médicos o laboratorios, para que suministren a Rimac EPS cualquier información adicional, comprendiéndose dentro de ésta, documentos del archivo médico, exámenes, copia de historia clínica u otras pruebas médicas, inclusive lo relacionado con el VIH/SIDA, según se considere conveniente para poder evaluar cada cosa en particular, dispensándolos del secreto profesional.

FECHA

FIRMA DEL CONTRATANTE

FIRMA DEL ASEGURADO