

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**SOLICITUD - CONDICIONADO PARTICULAR SEGURO ONCOLÓGICO BANCO GNB**

Código SBS N°: AE0506420103

Póliza N° \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ASEGURADORA**

**ASEGURADORA:** RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

**RUC:** 20100041953

**Dirección:** Las Begonias N° 475, Piso 3

**Distrito:** San Isidro

**Provincia:** Lima

**Departamento:** Lima

**Teléfono:** 411-1000

**Fax:** 421-0555

**Correo electrónico:** www.rimac.com.pe

**DATOS DEL CONTRATANTE**

**Apellidos/Nombre:**

**DNI:**

**Fecha de nacimiento:** Día:

Mes:

Año:

**Edad:**

**Dirección:**

**Distrito:**

**Departamento:**

**Provincia:**

**Estado Civil:** S | C | V | D | Otros:

**Nacionalidad:**

**Teléfono Fijo:**

**Celular:**

**Correo electrónico:**

**Sexo:** M | F

**DATOS DEL ASEGURADO**

El ASEGURADO es la misma persona que el CONTRATANTE : SÍ  NO

**COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOLO SI EL ASEGURADO ES DISTINTO AL CONTRATANTE:**

**Apellidos/Nombre:**

**DNI:**

**Fecha de nacimiento:** Día:

Mes:

Año:

**Edad:**

**Dirección:**

**Distrito:**

**Departamento:**

**Provincia:**

**Estado Civil:** S | C | V | D | Otros:

**Nacionalidad:**

**Teléfono Fijo:**

**Celular:**

**Correo electrónico:**

**Sexo:** M | F

**Relación con el CONTRATANTE:** Cónyuge  Hijo(a)  Otros

\*El contratante no puede afiliar personas menores de edad salvo que sea el padre/madre de familia o tutor legal del menor.

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD**

En caso alguna de las respuestas a las siguientes preguntas sea afirmativa, no se suscribirá y no se tendrá derecho a ninguna cobertura bajo el amparo de la presente Póliza, la misma que se considerará nula no teniendo efecto legal alguno.

Sírvase responder SÍ / NO al siguiente cuestionario de salud	SÍ	NO
1. ¿Alguno de los solicitantes (ASEGURADO) ha tenido o tiene o va a recibir tratamiento por cáncer o tumor maligno, leucemia, linfoma, displasia del cuello uterino, melanoma, papiloma virus, epitelomas, hepatitis B o C?		
2. En la familia de alguno de los solicitantes (ASEGURADO), ¿existe alguna persona hasta de 1era. Generación (padre, madre y hermanos(as)) que haya padecido cáncer de mama, ovarios, colon?		
3. ¿Alguno de los solicitantes (ASEGURADO) fuma o ha fumado más de 10 cigarrillos diarios en los últimos 5 años?		



**DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA DE SEGURO**

El BENEFICIARIO de la presente Póliza será el mismo ASEGURADO.

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL**

Los BENEFICIARIOS serán los Herederos Legales, quienes recibirán el beneficio en partes iguales.

**PERIODO DE CARENCIA Y PERIODO DE ESPERA**

**Periodo de Carencia:** La ASEGURADORA no indemnizará beneficio alguno dentro de los primeros noventa (90) días calendarios contados a partir de la fecha de firma del presente seguro.

**Periodo de Espera:** El beneficio de Trasplante de Médula Ósea tendrá cobertura luego de transcurridos veinticuatro (24) meses contados a partir de la fecha de firma del presente seguro.

**PRIMA**

Rangos de Edad	Prima Comercial Mensual más IGV (S/.)
De 0 a 25 años	19.43
De 26 a 35 años	35.89
De 36 a 40 años	36.74
De 41 a 45 años	50.17
De 46 a 50 años	62.61
De 51 a 55 años	81.09
De 56 a 60 años	97.10
De 61 a 65 años	117.42
De 66 a 70 años (solo renovaciones)	132.05
De 71 años a más (solo renovaciones)	170.88

**Cargos por la contratación de Comercializadores (S/.):** Se incluyen dentro del Valor de la Prima Comercial, De 0 a 25 años: 5.83, De 26 a 35 años: 10.77, De 36 a 40 años: 11.02, De 41 a 45 años: 15.05, De 46 a 50 años: 18.78, De 51 a 55 años: 24.33, De 56 a 60 años: 29.13, De 61 a 65 años: 35.23, De 66 a 70 años (solo renovaciones): 39.62, De 71 años a más (solo renovaciones): 51.26.

**MATERIA DEL SEGURO**

La ASEGURADORA se obliga a cubrir los gastos derivados de enfermedades o accidentes amparados bajo la cobertura de esta Póliza, según los límites señalados en el Plan de Beneficios.

**IMPORTANTE**

- La ASEGURADORA deberá entregar la Póliza de Seguro al CONTRATANTE y/o ASEGURADO dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud. 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.
- 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 la ASEGURADORA, en tanto el CONTRATANTE o ASEGURADO hubieran proporcionado información veraz.
- Este seguro no cubre enfermedades preexistentes, siendo éstas cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.
- Este seguro es de venta exclusiva para los tarjeta-habientes del Banco GNB, por lo que solo se aceptará como medio de pago las tarjetas de crédito emitidas por el Banco GNB.
- Es responsabilidad del CONTRATANTE informar a la ASEGURADORA cualquier cambio o actualización que realice sobre su información de contacto, o sobre cambios en su tarjeta de crédito. En caso no se pueda realizar el cobro en la tarjeta indicada, el ASEGURADO autoriza al CONTRATANTE a realizar el cobro en otras tarjetas que el ASEGURADO tenga emitidas por el CONTRATANTE.

El ASEGURADO podrá gozar de la exoneración del periodo de carencia de la Póliza, siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:

- a) El ASEGURADO debe contar, a la fecha de firma de la declaración de salud, con una Póliza de seguro vigente, emitida por una Compañía de Seguros o EPS que brinde cobertura oncológica.
- b) Debe cumplir con los límites de edad establecidos para el producto:
  - i. Titular, Cónyuge o Concubino: No haber cumplido 66 años de edad.
  - ii. Hijos: No haber cumplido 26 años de edad.
- c) Al momento de la afiliación al seguro oncológico de BANCO GNB, su seguro oncológico actual descrito precedentemente debe encontrarse vigente y las personas aseguradas en éste deben haberse encontrado aseguradas por un periodo mayor a 90 días.

#### **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:**

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la Prima o parte de la misma, la ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente Póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro.

#### **Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS:**

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, 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 aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, mediante comunicación dirigida a RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

Otorgo mi consentimiento para que la ASEGURADORA pueda ofertarme servicios que pudieran ser de mi interés.

Otorgo mi consentimiento para que la ASEGURADORA comparta mi información de contacto (teléfono, correo electrónico) con sus empresas vinculadas, quienes a su vez podrán ofrecerme igualmente productos y/o servicios.

Otorgo mi consentimiento para que mis Pólizas de Seguro y las comunicaciones relacionadas a las mismas, 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 la Póliza Electrónica:

1. Cuando RIMAC se refiera 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 deriven y sus futuras renovaciones. Para casos de Seguros Grupales el término Póliza de Seguro debe entenderse como Certificado de Seguro.
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 Seguros en PDF.
  - ii) Incluyendo un documento adjunto en PDF.
  - iii) Direccionándome a la parte privada de la web [www.rimac.com](http://www.rimac.com), 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 de envío, confirmación de identidad del suscriptor del certificado digital que contendrá 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 problemas 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).

#### **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) La ASEGURADORA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
- (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.