

• DATOS DEL ASEGURADO:

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
 Nombres: _____
 Tipo de Documento: D.N.I L.T. C.E. C.F.P. C.F.A. RUC N° _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M Nacionalidad: _____
 Dirección: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
 Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____
 Profesión: _____ Ocupación: _____

• DATOS DEL CONYUGE (SOLO SI FUERA MANCOMUNADO):

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
 Nombres: _____
 Tipo de Documento: D.N.I L.T. C.E. C.F.P. C.F.A. RUC N° _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M Nacionalidad: _____
 Profesión: _____ Ocupación: _____

• DATOS DEL BENEFICIARIO:

Razón Social:	RUC:	Domicilio:	Teléfonos:
HSBC BANK PERU S.A.	20513074370	Amador Merino Reyna 307 Piso 10/11, San Isidro	512-3000

• DATOS DEL PRESTAMO:

Moneda: Soles Dólares Importe del Préstamo: _____ Tipo de Préstamo _____
 Meses del préstamo: _____ Nombre del Funcionario: _____

• SEGURO DESGRAVAMEN:

Titular Titular y Cónyuge

Cuestionario	Titular	Cónyuge
1. ¿Padece de alguna enfermedad o dolencia actualmente ?	Si No	Si No
2. ¿Has requerido, te han recomendado o te has sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o medico? (No considerar apendicitis, amigdalitis, hernias).	Si No	Si No
3. ¿ Estás Gestando? (Mes) : _____	Si No	Si No
4. ¿Has requerido atención medica por alteraciones de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardíacos, neurológicos, renales, parálisis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, SIDA? ¿Cuál? : _____	Si No	Si No
5. ¿Te han detectado algún Tumor?	Si No	Si No
6. ¿Te has sometido o te han recomendado someterse a alguna prueba para descartar cáncer?	Si No	Si No
7. Te estas sometiendo a algún tratamiento, tomando algún medicamento o te encuentras en proceso de estudio del diagnostico de alguna enfermedad?	Si No	Si No
8. ¿Has padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud? ¿Cuál? : _____	Si No	Si No
9. ¿Tus padres han padecido o padecen de diabetes, enfermedades mentales, enfermedades cardiovasculares, o tumorales diagnosticadas antes de los 60 años de edad ?	Si No	Si No
10. ¿Practicas algunos de los siguientes deportes? : alpinismo , andinismo ,buceo, canotaje, ciclismo profesional, motociclismo, equitación, esquí, montañismo (treking), motonáutica, paracaidismo, parapente, surf, vela, boxeo, artes marciales a nivel competitivo, automovilismo, caza, ala delta o cualquier otro deporte de aventura. ¿Cuál? : _____	Si No	Si No
11. ¿Cual es tu peso y estatura?	____kg.	____cm.
12. Cantidad de cigarrillos diarios consumidos por el titular _____ y el cónyuge _____ ¿Consumes alcohol en exceso?	Si No	Si No

Si Alguna de las respuestas es afirmativa, sírvase proporcionar la información detallada que a continuación se indica :

Pregunta	T	C	Enfermedad padecida / tratamiento recomendado o Deporte practicado	Fecha	Duración	Nombre de Clínica o Medico	Estado Actual

• SEGURO TODO RIESGO (Completar sólo en caso de crédito Hipotecario o Vehicular):

Autorizo a HSBC BANK PERU S.A a coordinar la contratación de la póliza que se indica líneas abajo cuyas condiciones consignadas en el presente documento (cobertura, exclusiones, prima, plazos de reclamo, etc.) declaro recibir, conocer y aceptar es su totalidad, a fin de asegurar el correspondiente bien.

Inmueble Vehículo

DECLARAMOS QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA Y CONTENIDA EN LA PRESENTE DECLARACION ES VERIDICA RECONOCIENDO QUE LA MISMA CONSTITUYE LA BASE DEL CONTRATO DE SEGURO Y QUE UNA DECLARACION FALSA IMPLICA LA NULIDAD DE LA POLIZA DE ACUERDO AL ART. 376 DEL CODIGO DE COMERCIO. EN FE DE LO CUAL AUTORIZAMOS EXPRESAMENTE A CUALQUIER MEDICO TRATANTE, PROCURADOR O PERITO A PROPORCIONAR A RIMAC INTERNACIONAL COMPANIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., EN ADELANTE LA COMPANIA, TODA INFORMACION DEBIDAMENTE DOCUMENTADA, DEL TRATAMIENTO QUE HAYA SIDO SOMETIDO, O DAR INFORMACION NECESARIA EN CASO DE DAÑOS MATERIALES, SIN LIMITACION ALGUNA. EN CASO EL ASEGURADO NO CALIFICARCOMO RIESGO STANDARD PARA EL SEGURO DE DESGRAVAMEN, SEGUN LOS PARAMETROS DE AFILIACION ESTABLECIDOS POR LA COMPANIA, ESTE SERA INCLUIDO EN EL PROGRAMA PREVIA AUTORIZACION DE LA COMPANIA Y CON UN INCREMENTO DE 150% EN LA TASA DE SEGURO RESPECTO A LA FIGURA EN EL TARIFARIO VIGENTE DEL HSBC BANK PERU S.A.

FIRMADO EN SEÑAL DE CONFORMIDAD Y ACEPTACION DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN HSBC BANK PERU S.A. ASIMISMO, DECLARO (AMOS) QUE HE (HEMOS) TOMADO PLENO CONOCIMIENTO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN SOLICITADO QUE SE ENCUENTRA A DISPOSICION PARA CUALQUIER REVISION EN LAS OFICINAS DEL CONTRATANTE.

Fecha de Emisión: _____

Firma del Asegurado

Firma del Cónyuge

La Compañía de Seguros podrá entregar el Certificado de seguro de Desgravamen al Asegurado y/o Contratante al momento de la suscripción del presente del presente Seguro de Desgravamen hasta dentro del plazo establecido en el Artículo 6° de la resolución SBS N° 1420-2005, modificado por el artículo 1° de la resolución SBS N° 86-2007; si no media rechazo previo de la presente solicitud.

La Compañía de Seguros es responsable frente al Asegurado de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra el HSBC BANK PERU S.A. con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro de Desgravamen.

El contratante deja constancia que toda información brindada al Asegurado que sea de utilidad para la contratación del Seguro de Desgravamen materia del presente documento, sea esta proporcionada mediante cualquier tipo de documentación referida a la dotación de Seguros en si misma, no constituye la prestación de un Servicio de Asesoría.

RIMAC internacional Compañía de Seguros y Reaseguros. RUC 20100041953. Las Begonias 475, 3er piso, San Isidro. Teléfono 411-3000.