## Formato 01

+VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

DECLARACIÓN JURADA DE ACEPTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL INTEGRO DE LAS BASES Y SUS ANEXOS



**FORMATO 01**

Señores

**COMITÉ ESPECIAL**

PROCESO PRIVADO DE SELECCIÓN DE COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA ADMINISTRAR EL +VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

Presente. -

De nuestra consideración:

LA ASEGURADORA ………………………………………………............................, con Registro Único de Contribuyente (RUC) Nº…………………..............., con Domicilio Legal en…………........................................................................................, debidamente representada por su ………………………………………………..…….., señor(a) ............................................................................................, identificado con Documento de Identidad Nº.................................................., según facultades ……… ……. ………… de conformidad con las Bases del Proceso Privado de Selección de Compañía de Seguros para administrar el +Vida Seguro de Accidentes.

Asimismo, declaro que no cuento con deudas contributivas.

Declaramos bajo juramento, lo siguiente:

**CUMPLIR CON EL INTEGRO DEL CONTENIDO DE LAS BASES Y SUS ANEXOS REFERIDOS AL + VIDA SEGURO DE ACCIDENTES.**

Lima, ……………………………………………………………….

……………………………………………..

Firma y Sello del Representante Legal de o

común, según corresponda

LA ASEGURADORA

## Formato 02



**FORMATO 02**

+VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

PROPUESTA DE PORCENTAJE DE MEJORA A LA COBERTURA DEL +VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

Señores

**COMITÉ ESPECIAL**

PROCESO PRIVADO DE SELECCIÓN DE COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA ADMINISTRAR AL +VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

Presente. -

LA ASEGURADORA ………………………………………………..............................., con Registro Único de Contribuyente (RUC) Nº……………………….., con Domicilio Legal en…………........................................................................, debidamente representada por su ………………………………………., señor(a) ................................................................................., identificado con Documento de Identidad Nº.........................., y con poder inscrito en la Partida Registral N° ……….. de la Superintendencia de Registros Públicos, procedemos a presentar la siguiente propuesta de mejora a la cobertura del +Vida Seguro de Accidentes.:



Lima, ……………………………………………………………….

Firma y Sello del Representante Legal de o

común, según corresponda

LA ASEGURADORA

## Formato 03



**FORMATO 03**

+VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

PROPUESTA DE INCREMENTO ANUAL DE LA CARTERA DE AFILIADOS AL +VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

Señores

**COMITÉ ESPECIAL**

**PROCESO PRIVADO DE SELECCIÓN DE COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA ADMINISTRAR AL +VIDA SEGURO DE ACCIDENTES**

Presente. -

LA ASEGURADORA ………………………………………………..............................., con Registro Único de Contribuyente (RUC) Nº………………………………..............., con Domicilio Legal en…………........................................................................, debidamente representada por su ………………………………………………………………..…….., señor(a) ............................................................................................, identificado con Documento de Identidad Nº.................................................., y con poder inscrito en la Partida Registral N° ……….. de la Superintendencia de Registros Públicos, señalamos que nos comprometemos a incrementar anualmente la Cartera de Afiliados al +Vida Seguro de Accidentes en ……%

1 Calculada a partir de la fecha de evaluación médica (02 años). Por ejemplo: Si la evaluación médica fue el 16.03.2015, la fecha de validez será el 15.03.2017.

Lima, ……………………………………………………………….

Firma y Sello del Representante Legal de o

común, según corresponda

LA ASEGURADORA

## Formato 04



**FORMATO 04**

+VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

DECLARACIÓN JURADA DE EXPERIENCIA EN LA ACTIVIDAD DEL PARTICIPANTE

Señores

**COMITÉ ESPECIAL**

**PROCESO PRIVADO DE SELECCIÓN DE COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA ADMINISTRAR AL +VIDA SEGURO DE ACCIDENTES**

Presente. -

LA ASEGURADORA ………………………………………………..............................., con Registro Único de Contribuyente (RUC) Nº………………………………..............., con Domicilio Legal en…………........................................................................, debidamente representada por su ………………………………………………………………..…….., señor(a) ............................................................................................, identificado con Documento de Identidad Nº.................................................., y con poder inscrito en la Partida Registral N° ……….. de la Superintendencia de Registros Públicos, detalla lo siguiente:

1 Calculada a partir de la fecha de evaluación médica (02 años). Por ejemplo: Si la evaluación médica fue el 16.03.2015, la fecha de validez será el 15.03.2017.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre del cliente** | **RUC del cliente** | **Contratos** | **Fecha de Inicio/ Fecha Fin** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |

Lima, ……………………………………………………………….

Firma y Sello del Representante Legal de o

común, según corresponda

LA ASEGURADORA

## Formato 05

**PROMESA DE CONSORCIO**

(Sólo en caso en que un consorcio se presente como participante)

Señores

**COMITÉ ESPECIAL**

PROCESO PRIVADO DE SELECCIÓN DE COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA ADMINISTRAR AL +VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

Presente. -

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta al PROCESO PRIVADO DE SELECCIÓN DE COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA ADMINISTRAR AL +VIDA SEGURO DE ACCIDENTES.

Asimismo, en caso de ser seleccionados, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, bajo las siguientes condiciones:

* 1. Integrantes del consorcio
     + [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1].
     + [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2].
  2. Designamos a [CONSIGNAR NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE COMÚN], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos al proceso de selección, suscripción y ejecución del contrato correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].
  3. Fijamos nuestro domicilio legal común en [……………..]
  4. Las obligaciones que corresponden a cada uno de los integrantes del consorcio son los siguientes:
     + OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [%] [DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]
     + OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%] [DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%

Firma y Sello del Representante de la empresa consorciada

Firma y Sello del Representante de la empresa consorciada

*Nota: Las firmas de los integrantes del Consorcio deben ser legalizadas*.

## Formato 06



**FORMATO 06**

+VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

PROPUESTA DE PORCENTAJE SOBRE LA RECAUDACIÓN TOTAL MENSUAL DEL +VIDA SEGURO DE ACCIDENTES A SER ABONADO A ESSALUD

Señores

**COMITÉ ESPECIAL**

PROCESO PRIVADO DE SELECCIÓN DE COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA ADMINISTRAR AL +VIDA SEGURO DE ACCIDENTES

Presente. -

De nuestra consideración:

LA ASEGURADORA ………………………………………………..............................., con Registro Único de Contribuyente (RUC) Nº………………………………..............., con Domicilio Legal en…………........................................................................, debidamente representada por su ………………………………………………………………..…….., señor(a) ............................................................................................, identificado con Documento de Identidad Nº.................................................., y con poder inscrito en la Partida Registral N° ……….. de la Superintendencia de Registros Públicos.

Alcanzamos nuestra propuesta de porcentaje sobre la recaudación total mensual del +Vida Seguro de Accidentes:

….% (No Inc. IGV)

Lima, ……………………………………………………………….

Firma y Sello del Representante Legal de o

común, según corresponda

LA ASEGURADORA