RIMAC

## SOLICITUD – CERTIFICADO SEGURO DE DESGRAVAMEN PREMIER CON DEVOLUCION FINANCIERA CONFIANZA

Código SBS: VI0507400441
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**Póliza Dólares N° 11678139**
**Póliza Soles N° 11678138**

**El presente seguro presenta cargas y obligaciones a cargo del Asegurado, cuyo incumplimiento podría acarrear la pérdida de derechos indemnizatorios.**
**MODALIDAD DE COBERTURA:** SALDO INSOLUTO DEL CRÉDITO

| MONEDA | PLAZO |
|---|---|
| | |
| **DEUDA TOTAL (CÚMULO)** | **VALOR TOTAL ASEGURADO** |
| | |

La fecha de inicio de vigencia de los certificados de seguro es la fecha en que el CONTRATANTE realiza el desembolso del crédito al ASEGURADO y se mantendrá vigente como máximo hasta la fecha de cancelación del crédito o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero. Adicionalmente, la vigencia del Certificado de seguro culminará en caso la póliza matriz del seguro de Desgravamen contratado por EL CONTRATANTE a Rimac Seguros, llegue a su fin de vigencia o sea resuelta.

### DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**TIPO Y N° DE DOCUMENTO:**
DNI ☐ Carnet de Extranjería ☐ Pasaporte ☐ CPP ☐

| FECHA DE NACIMIENTO | SEXO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|
| | | |
| **ESTADO CIVIL** | | **TELÉFONO** |
| | | |

**DIRECCIÓN**

**Relación con el CONTRATANTE:** Económica (CRÉDITO QUE MANTIENE EL ASEGURADO CON EL CONTRATANTE)

### DATOS DEL ASEGURADO CONYUGE O CONVIVIENTE (solo aplica en caso de contratación de seguro de desgravamen mancomunado)

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**TIPO Y N° DE DOCUMENTO:**
DNI ☐ Carnet de Extranjería ☐ Pasaporte ☐ CPP ☐

| FECHA DE NACIMIENTO | SEXO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|
| | | |
| **ESTADO CIVIL** | | **TELÉFONO** |
| | | |

**DIRECCIÓN**

**Relación con el CONTRATANTE:** Económica (CRÉDITO QUE MANTIENE EL ASEGURADO CON EL CONTRATANTE)

### DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

**CONTRATANTE:** Financiera Confianza
**Dirección:** Begonias N° 441, Int 238 C
**Provincia:** Lima
**Teléfono:** (51) 208-9000

**RUC:** 20228319768
**Distrito:** San Isidro
**Departamento:** Lima
**Página Web:** www.confianza.pe

### DATOS DE LA ASEGURADORA

Rimac Seguros y Reaseguros
**Dirección:** Las Begonias 475, Piso 3.
**Provincia:** Lima
**Teléfono:** 411-1000
**Página Web:** www.rimac.com

**RUC:** 20100041953
**Distrito:** San Isidro
**Departamento:** Lima
**Fax:** 421-0555
**Correo electrónico:** atencionalcliente@rimac.com.pe

## RESUMEN DE LAS COBERTURAS

| Cobertura Principal (Básica) | Suma Asegurada (S/ o US$) |
|---|---|
| **Fallecimiento Natural y Accidental** | **Hasta US$ 100,000 o S/. 300,000** |
| **Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Enfermedad** | **Hasta US$ 100,000 o S/. 300,000** |
| **Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Accidente** | **Hasta US$ 100,000 o S/. 300,000** |
| **Devolución de primas por Sobrevivencia de Asegurado** | **10% de la Prima Comercial Pagada** |

Si un asegurado tiene dos o más créditos asegurados bajo la presente póliza, RIMAC Seguros en caso de siniestro indemnizable solo asumirá hasta la suma máxima de S/ 300,000.00 o $100,000 Dólares Americanos por la sumatoria de todos los créditos del asegurado.
Se cubre amas de casa hasta S/ 225,000.00 o $ 75,000 Dólares Americanos.

## MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO

El seguro de Desgravamen cubre el Saldo Insoluto de la deuda del crédito, a la fecha de fallecimiento del Asegurado por Muerte Natural y/o Accidental, así como también, en caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.

## DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS

**Cobertura de Fallecimiento por muerte natural y muerte accidental:**
Si se produjera tu fallecimiento por cualquier causa que no esté excluida en tu póliza de seguro, RIMAC indemnizará al Beneficiario, de acuerdo a las condiciones, coberturas y límites contratados.

**Cobertura de Invalidez total y permanente por enfermedad:**
En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, que surja como consecuencia de una enfermedad diagnosticada dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, RIMAC –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en la Póliza de Seguro.

Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual, definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6%de su capacidad total.

**Cobertura de Invalidez total y permanente por accidente:**
En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO que surja como consecuencia de un accidente producido dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, LA ASEGURADORA –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro, de acuerdo a lo siguiente.

Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura, se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, a la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6%, de su capacidad total.

Definición de Accidente: Todo suceso violento, súbito, imprevisto, involuntario, y fortuito, causado por agentes externos, que causa o da lugar a daños o lesiones en el ASEGURADO.

No se consideran como accidentes las siguientes situaciones, ni sus consecuencias, ni los eventos o sucesos que se produzcan por o como consecuencia de: ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.

**Devolución de primas por Sobrevivencia del Asegurado:**
En caso la vigencia de la presente Póliza de Seguro culmine, y no se haya producido el fallecimiento del Asegurado durante su vigencia activa, la Aseguradora otorgará como cobertura de sobrevivencia al Asegurado, el porcentaje de la totalidad de las primas pagadas (descontando los impuestos en caso aplique), señalado en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.
La presente cobertura se otorgará siempre y cuando concurran los siguientes requisitos detallados a continuación:

a. Que la vigencia de la póliza de seguro culmine en la fecha de vencimiento del cronograma del crédito otorgado por el Contratante al Asegurado.
b. Si es que el Asegurado cumple con el pago total de las primas en las fechas pactadas en el cronograma del crédito, siempre que no haya realizado prepagos parciales que impliquen la modificación de su cronograma de pagos, ya sea el plazo del crédito o el importe de la cuota del crédito.

Se deja constancia que la sola modificación de las condiciones del crédito originalmente otorgado que impliquen una modificación de la cuota del crédito y/o del plazo del crédito, generará la terminación automática del presente Certificado de Seguro, en cuyo caso, el Asegurado deberá contratar un nuevo certificado de seguro a fin de vincularlo al crédito otorgado por el Contratante bajo las nuevas condiciones.
Consideraciones el Plan con Cobertura de Sobrevivencia:

- La devolución aplica siempre que la póliza tenga una vigencia igual o mayor a 2 años
- Se paga 10% de devolución sobre el total de las primas pagadas, descontando IGV
- Para proceder con la devolución se debe cumplir con las siguientes condiciones obligatoriamente: póliza culminó vigencia bajo las mismas condiciones originales contratadas (plazo, cronograma de pago de

primas, coberturas, fecha fin de vigencia de la póliza, entre otros) cuando se solicitó el seguro, además que todas las primas fueron declaradas y pagadas y procesadas en sistema Rimac

- No tiene préstamo ni saldo
- No tiene rescate por anulación anticipada

En caso este seguro se resuelva o termine antes de su fin de vigencia, como consecuencia de (i) Resolución sin expresión de causa invocada por el Asegurado; (ii) Cancelación total del crédito otorgado por el Contratante a favor del Asegurado o Prepago parcial del crédito realizado por el Asegurado que implique una modificación de la cuota del crédito y/o del plazo del crédito; (iii) una reducción de la cuota del crédito; (iv) Resolución o Extinción del Certificado de Seguro por incumplimiento de pago de primas; (v) Solicitud de cambio de producto de desgravamen premier (sin la cobertura de devolución), entre otros, la cobertura de Sobrevivencia queda automáticamente sin efecto, y por ende, el Asegurado no tendrá acceso a dicha cobertura. En virtud de lo antes indicado, LA ASEGURADORA no será responsable del pago de todo o en parte de indemnización alguna.
En el supuesto de reprogramación de crédito o refinanciamiento, debido a la modificación del cronograma de pago inicial se extingue la vigencia del certificado de seguro y se pierde el beneficio de devolución de las primas.

## PRIMA

La prima mensual del Seguro de Desgravamen será la resultante de aplicar la tasa mensual establecida en las condiciones particulares de la Póliza sobre el saldo deudor de cada uno de los créditos cubiertos por la Póliza o sobre el monto inicial, según corresponda. La Prima Neta será determinada por las declaraciones mensuales que efectúe el CONTRATANTE.

| | TITULAR | TITULAR +1 |
|---|---|---|
| Tasa Comercial Cliente mensual | 1.4079 ‰ | 1.9881 ‰ |

Las Tasa Comercial Cliente incluye gasto de emisión (3%).
Tasas por mil aplicada sobre el saldo insoluto
Cargos por la comercialización de Banca Seguros:
Para Titular: Sesenta punto cincuenta y cinco por ciento de la prima cliente neta
Para Titular + 1: Cuarenta y dos punto ochenta y ocho por ciento de la prima cliente neta
En caso de que el Contratante y/o Asegurado decida no usar corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

## INTERÈS ASEGURADO

**Descripción del Interés Asegurable:** Es el requisito esencial para que exista un Contrato de Seguro. Es el interés que debe tener el Contratante en obtener el beneficio de determinadas coberturas en caso se materialicen cualquier riesgo sobre el Asegurado, debido a que guarda una relación lícita con el mismo (Por el crédito del asegurado otorgado por el contratante). Si este interés asegurable no existe, este Certificado de Seguro será nulo bajo las condiciones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Desgravamen Premier.

## CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

**Lugar:** Oficinas del Contratante.
**Forma:** El pago de la prima es mensual, conforme al cronograma de pago del crédito.
**Fecha de vencimiento de pago de la prima:** Según el cronograma de pagos de crédito del asegurado otorgado por el contratante.
**Interés Moratorio:** No aplica

## BENEFICIARIOS

**El beneficiario es el Contratante / Comercializador por ambas coberturas.**

## EDADES DEL ASEGURADO

Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

| | | |
|---|---|---|
| Edad mínima de ingreso | = | 18 años |
| Edad máxima de ingreso | = | 75 años y 364 días (después solo renovaciones) |
| Edad máxima de permanencia | = | 80 años y 364 días |

## REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Es elegible toda persona natural cliente del Contratante, siempre que haya ingresado a sus registros antes de cumplir 75 años y 364 días (después solo renovaciones) y que al momento de obtener el crédito se encuentre física y mentalmente capacitado para desempeñar sus actividades habituales y normales, conforme lo declarado en la Declaración de Salud.

Todo prestatario con solicitud de crédito mayor a S/.70,000 o su equivalente en dólares americanos, estará obligado a llenar una declaración de salud.
Asimismo, la suma de dos o más créditos (en cúmulo) por prestatario que sean mayores a S/. 70,000 o su equivalente en dólares americanos, también deberán llenar la declaración de salud.
Las DPS solo pueden ser llenadas de puño y letra del ASEGURADO. No se consideraran DPS válidas aquellas que no cumplan con esta precisión y tampoco aquellas que sean completadas por terceros (representantes legales, apoderados u otros).

## TABLA DE ASEGURABILIDAD

| | De 18 a 30 años | De 31 a 40 años | De 41 a 50 años | De 51 a 60 años | De 61 a 69 años | De 70 a 75 años |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Desde S/0 a S/70,000 o su equivalente en dólares americanos | Sin DPS | Sin DPS | Sin DPS | Sin DPS | Sin DPS | Sin DPS |
| Desde S/70,001 o su equivalente en dólares americanos hasta S/300,000 o su equivalente en dólares americanos | DPS | DPS | DPS | DPS | DPS | DPS<br>Suma Asegurada Máxima hasta S/ 225,000 o US$ 75,000 |

No aplican exámenes médicos por tabla de asegurabilidad, solo los que deriven de las respuestas de la DPS.

## EXCLUSIONES

Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan en, o a consecuencia de, los siguientes eventos o circunstancias. Las coberturas adicionales podrán contener exclusiones específicas las cuales se añadirán a las presentes exclusiones generales.

a. Suicidio consciente y voluntario dentro de los dos (2) primeros años de vigencia completos e ininterrumpidos. La auto mutilación o autolesión.
b. Pena de muerte, participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos, duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
c. Guerra, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
d. Detonación, reacción fisión o radiación nuclear, contaminación radiactiva (independientemente de la forma en que se haya ocasionado). Cualquier evento que haya sido causado por fisión nuclear o reactor nuclear o contaminación radioactiva.
e. Accidente aéreo y marítimo de cualquier clase, en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales. No aplica la exclusión para vuelos y/o viajes comerciales sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
f. Participación directa en los siguientes deportes o actividades riesgosas: carrera o entrenamiento para carreras, de automóviles, bicicletas, ciclismo, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas, caballos; inmersión submarina, artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí o tabla o skate acuático, sobre nieve o arena, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados, boxeo, cacería, tiro. Salvo que habiéndolo declarado en la Solicitud de Seguro o durante la vigencia de la Póliza de Seguro, RIMAC haya aceptado cubrirlo, previo pago de una prima adicional*.
g. Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). En caso de accidente de tránsito se presume la influencia de alcohol o drogas si el asegurado o beneficiario se niegan a someterse al examen toxicológico y/o de alcoholemia.
h. Ejercicio de actividad, oficio o profesión de tripulante o piloto de vuelo comercial o no comerciales, marino mercante, chofer de camión, tráiler, volquete o maquinaria pesada, ingeniero civil, obrero de construcción, trabajador de mina, ingeniero electricista, policía, serenazgo, actividades de seguridad, ingeniero petrolero, mecánico, militar, arqueólogo, operador de planta de gas, miembro de las fuerzas armadas o que realice actividades militares, reportero, periodista, carpintero, técnico radiólogo, ingeniero químico, bombero, guardaespaldas, buzo, piloto de carrera, guía de turismo en rutas desconocidas, escaladas, alpinismo, montañismo, actividades en general con uso de explosivos. Salvo que habiéndolo declarado en la Solicitud de Seguros o durante la vigencia de la Póliza de Seguros, RIMAC haya aceptado cubrirlo previo pago de una prima adicional**.
i. Acto delictivo contra el Asegurado cometido por el Beneficiario o heredero, en calidad de autor o cómplice.
j. Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

**(*) Condición especial del acápite (f) referente a participación directa en los siguientes deportes o actividades riesgosas reemplazándose por la siguiente exclusión: inmersión submarina, artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la ASEGURADORA en las Condiciones Particulares de la Póliza o en el Certificado de Seguro, previo pago de la extra prima correspondiente .**

**(**) Condición especial del acápite (h) referente a actividades o deportes riesgosos reemplazándose por la siguiente exclusión:** Buzo, piloto de carrera, guía de turismo en rutas desconocidas, escaladas, alpinismo, montañismo, actividades en general con uso de explosivos. Salvo que habiéndolo declarado en la Solicitud de Seguros o durante la vigencia de la Póliza de Seguros, RIMAC haya aceptado cubrirlo previo pago de una prima adicional.

## COMUNICACIÓN DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá comunicar por escrito a RIMAC, cualquier hecho o circunstancia que agrave el riesgo cubierto por la presente póliza, y sean de tal magnitud que, si son conocidas por RIMAC al momento de suscribir el presente Certificado de Seguro, éste no lo emitiría o lo haría bajo otras consideraciones.

## DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

**Cuando así lo decidas y sin necesidad de una justificación. Para ello debes enviar una comunicación escrita a RIMAC o solicitarlo por cualquiera de los medios que usaste para contratar la Póliza de Seguro. Ésta quedará resuelta a los 30 días siguientes.**
**RIMAC tiene derecho a conservar y/o cobrar las primas por el período de vigencia transcurrido. En el caso que se hayan pagado primas por adelantado, tendrás derecho a que se te reembolse la prima por el período de vigencia que no ha transcurrido. Este reembolso se realizará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de la resolución.**

## EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

**Si transcurren 90 días desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima, esta Póliza de Seguro quedará extinguida. RIMAC conservará las primas correspondientes al período efectivamente cubierto. A partir de la fecha en que se produzca la extinción, RIMAC queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.**

## QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO / SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO:

**Paso 1: Dar aviso a RIMAC**
**Dar aviso dentro de los 07 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.**

**Paso 2: Solicitar la Cobertura de fallecimiento:**
**Para ello se deberán entregar a RIMAC o a las oficinas de la Entidad Financiera que otorgó el crédito o del Comercializador.**

**Para la cobertura de Fallecimiento (en caso de fallecimiento por enfermedad):**
**Para cúmulos menores o iguales a S/ 10,000 nuevos soles o $ 3,300 dólares americanos:**

- Copia Certificada o Copia simple de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) o Copia simple del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).
- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

**Para cúmulos mayores S/ 10,000 nuevos soles o $ 3,300 dólares americanos:**

- Copia Certificada o Copia simple de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) o Copia simple del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada por la institución de salud, en caso de fallecimiento por enfermedad.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

**En caso de fallecimiento por accidente:**
**Para cúmulos menores o iguales a S/ 10,000 nuevos soles o $ 3,300 dólares americanos:**
- Copia Certificada o copia simple de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) o copia simple del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).
- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Original o Copia Certificada o Copia simple del Parte Policial y Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

**Para cúmulos mayores S/ 10,000 nuevos soles o $ 3,300 dólares americanos:**
- Copia Certificada o copia simple de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) o copia simple del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).
- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Original o Copia Certificada o copia simple del Parte Policial y Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Copia Certificada o copia simple del Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada o copia simple del Examen toxicológico, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada o copia simple del Dosaje Etílico, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

**Invalidez Total y Permanente por Accidente**
**Para cúmulos menores o iguales a S/ 10,000 nuevos soles o $ 3,300 dólares americanos:**
- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Copia Certificada o copia simple del Parte Policial o Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Original o copia simple del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, de la Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Se considera la fecha de ocurrencia del siniestro.

**Para cúmulos mayores S/ 10,000 nuevos soles o $ 3,300 dólares americanos:**
- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Copia Certificada o copia simple del Parte Policial o Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Original o copia simple del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, de la Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Se considera la fecha de ocurrencia del siniestro.
- Original o Copia Certificada o copia simple del Dosaje Etílico realizado al ASEGURADO, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada o copia simple del Examen toxicológico y/o de alcoholemia, en caso de haberse realizado.

**Invalidez Total y Permanente por Enfermedad**
**Para cúmulos menores o iguales a S/ 10,000 nuevos soles o $ 3,300 dólares americanos:**

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Original o copa simple del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución Nº232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez.

**Para cúmulos mayores S/ 10,000 nuevos soles o $ 3,300 dólares americanos:**

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Original o copia simple Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución Nº232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez.

**Para la cobertura de Devolución de Primas por Sobrevivencia del Asegurado**
Para atender la solicitud de la cobertura de Sobrevivencia se deberá entregar a la Aseguradora los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- Solicitud firmada por el Asegurado, donde especificará el número de cuenta bancaria a la cual se realizará el abono de la devolución de primas.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado
- Copia simple del cronograma de pagos del crédito otorgado por EL CONTRATANTE al Asegurado.

**Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya entregado toda la documentación y requisitos exigidos para la cobertura solicitada RIMAC evaluará y se pronunciará aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura).**

**Dentro de los primeros 20 días RIMAC podrá solicitar aclaraciones o precisiones sobre de la documentación e información presentada, o podrá solicitar la prórroga del plazo original, al Asegurado o a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establecido en los Artículos 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros (Resolución SBS N° 3202-2013).**

**Si el ASEGURADO no estuviese conforme con la decisión de RIMAC, podrá presentar un reclamo ante RIMAC de conformidad con la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios, o recurrir al mecanismo de solución de controversias que corresponda. En este caso, en caso de reclamo a RIMAC, la invalidez será evaluada por una junta médica compuesta por tres médicos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por RIMAC, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).**

**La junta médica evaluará la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según la Resolución Nº 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al ASEGURADO a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el ASEGURADO y RIMAC.**

Los documentos serán entregados en las Plataformas de RIMAC descritas en el Resumen de la Póliza de Seguro, o en las oficinas de la Entidad Financiera que le otorgó el crédito y/o la tarjeta de crédito, según corresponda, o en las oficinas del Comercializador.
Recuerde que todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

Autorización para acceder a Historia Clínica: El cliente asegurado autoriza expresamente a RIMAC, a través de

la declaración contenida en la solicitud-certificado, en los casos de fallecimiento e invalidez total y permanente a causa de accidente y/o enfermedad a obtener y acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera. La aseguradora empleará su red de auditoria médica, sobre esta autorización, actuando pro activamente en facilitar y/o agilizar la satisfacción de los documentos necesarios para la liquidación.
En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

**Paso 3: El pago de la Indemnización:**
RIMAC pagará la indemnización dentro de los 30 días siguientes de haber consentido o aceptado la cobertura.
**Solicitud de Cobertura Fraudulenta**
En caso cualquiera de las coberturas de esta Póliza sea solicitadas en forma fraudulenta, los Beneficiarios pierden el derecho a ser indemnizados.

Una solicitud de cobertura será considerada fraudulenta cuando se apoya total o parcialmente en declaraciones o documentos falsos o inexactos, o se emplea medios falsos para probarlos, o se exagera los daños producidos. LA ASEGURADORA está autorizada a realizar las investigaciones y solicitar la información necesaria al CONTRATANTE para evaluar esta circunstancia.

En caso se presente una solicitud de cobertura fraudulenta y se llegara a comprobar la actuación y/o participación concertada de algún colaborador del CONTRATANTE con los asegurados y/o beneficiarios, éste asumirá el pago del siniestro y la eventual sanción que LA ASEGURADORA pueda recibir a causa de este.

LA ASEGURADORA se obliga a emitir un certificado individual de cobertura, debidamente numerado y registrado en la póliza, conteniendo un resumen de las coberturas, exclusiones y procedimientos para acceder a las indemnizaciones que otorga la misma; además de los datos de cada prestatario, quien devolverá una copia debidamente suscrita, en señal de conformidad, las que permanecerán en poder del CONTRATANTE. El formato será coordinado con EL CONTRATANTE y deberá emitirse en estricto cumplimiento de las disposiciones vigentes de la SBS. El asegurado podrá solicitar copia de la póliza matriz a la aseguradora y esta última se obliga a remitirla en el plazo de 15 días calendarios desde la fecha de la solicitud.

## CANALES DE ORIENTACIÓN / LUGARES AUTORIZADOS POR RIMAC PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO en las oficinas del CONTRATANTE, a nivel nacional.
Adicionalmente, podrá presentarse a RIMAC en sus Plataformas de Atención de Cliente:
**Oficina Principal:** Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima / **Lima:** Av. Paseo de la República 3082, San Isidro. Av. Comandante Espinar 689, Miraflores. Telf. 411-3000 / **Arequipa:** Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700.
Las solicitudes de cobertura presentadas al CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR del seguro, de corresponder, tienen los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a RIMAC.

## MEDIOS HABILITADOS POR RIMAC PARA PRESENTAR RECLAMOS

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita como se detalla a continuación:
**Verbal:** Presencial o vía telefónica a través de los Plataformas de Atención al Cliente en Lima y Provincias y Central de Consultas y Reclamos. / **Escrito:** Mediante carta dirigida a RIMAC Seguros o a través de la página web o correo electrónico / **Central de Consultas y Reclamos:** (01) 411-1111 / **Correo Electrónico:** reclamos@rimac.com.pe / **Página Web:** www.rimac.com

## INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

**Defensoría del Asegurado:** www.defaseg.com.pe Lima:(01) 421-0614 Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima. / **Indecopi:** www.indecopi.gob.pe Lima: (01) 224-7777 Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040 SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima. SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima. / **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS):** www.sbs.gob.pe LIMA: Los Laureles 214, San Isidro Teléfono (511) 630-9000 | Fax: (511) 630-9239 AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau. Consultas y Denuncias: (511) 630-9000 | 200-1930.

## AUTORIZACIÓN DE FIRMA ELECTRÓNICA

Acepto que mi firma pueda ser manuscrita o electrónica.
La firma manuscrita es aquella escrita a mano o con huella digital.
La firma electrónica es la que se brinda a través de un medio electrónico, como por ejemplo: el ingreso de claves o contraseñas, clic en dispositivos, grabación de voz o video, datos biométricos (huella dactilar, identificación facial, entre otros), firma o certificado digital, entre otros mecanismos.
En tal sentido se podrá utilizar la firma manuscrita o electrónica para identificarme (factores de auetnticación) para aceptar la Solicitud/Certificado de Seguros, Declaraciones de Salud, entre otros documentos vinculados al seguro, Importante: Declaro que tengo conocimiento que (i) la firma electrónica podrá realizarse de forma presencial o no presencial en los canales puestos a disposición por la Compañía de Seguros; y (ii) la Solicitud/Certificado me será enviada por correo electrónico o sms para su lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios.

## INFORMACIÓN ADICIONAL:

I. RIMAC es responsable frente al 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. RIMAC es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. Para efectos del presente certificado de seguro, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus posteriores modificaciones.
III. Las comunicaciones cursadas por los ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a RIMAC.
IV. Los pagos efectuados por los ASEGURADOS o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a RIMAC.

El ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la Póliza puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignado en el presente documento.

RIMAC remitirá comunicaciones escritas al domicilio del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en caso no se consigne una dirección electrónica, o, a decisión expresa de RIMAC, en forma adicional a la comunicación electrónica o en caso la normatividad vigente lo exija. En caso el ASEGURADO no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-1111.
Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

**Autorización para el Uso y Tratamiento de Datos Personales**
Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la "Ley") y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el "Reglamento"), mediante la firma del presente documento doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los "Datos Personales"), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web www.rimac.com, sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales. Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Calle Begonias N° 540, San Isidro, Lima, estando además inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N° 1637. Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, enviando una comunicación al correo electrónico atencionalcliente@rimac.com.pe. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

## ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

La aceptación y emisión de la presente Solitud - Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el ASEGURADO en los términos estipulados por RIMAC, en tanto el ASEGURADO hubiera proporcionado información veraz.

El Asegurado mediante la firma de la presente solicitud / certificado, sea manuscrita o electrónica, autoriza expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda entregar directamente cualquier información solicitada por RIMAC, incluyendo la referida al VIH/SIDA.
Asimismo, el Asegurado declara conocer y aceptar que, el presente Certificado de Seguro consta de diez (10) hojas y que mediante la firma manuscrita o electrónica incluida en el presente documento, se manifiesta su conformidad y aceptación respecto de las condiciones del Seguro.

El Asegurado reconoce que cualquier siniestro que se produzca como consecuencia de una Enfermedad Preexistente a la fecha de contratación del seguro, constituye un evento excluido del presente Seguro, por lo que no tendrá cobertura.

Los solicitantes declaran, mediante la suscripción de este documento, que la información brindada es exacta y que nada han ocultado, omitido o disimulado y que se da por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la ASEGURADORA y que una declaración falsa y reticencia de parte de los Solicitantes implicarían la nulidad de la Póliza de Seguro.

"EL ASEGURADO autoriza a Financiera Confianza (en adelante La Financiera) a incluir el monto de la prima del presente seguro contratado con la ASEGURADORA, al cronograma de pagos que detalla las cuotas del Crédito N°_____ (en adelante el Crédito) que el Asegurado mantiene en La Financiera. El asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza matriz a la aseguradora y esta última se obliga a remitirla en el plazo de 15 días calendarios desde la fecha de la solicitud"

**El Asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro Matriz al Contratante o a RIMAC, la misma que le deberá ser entregada dentro de los próximos 30 días calendarios de haberse solicitado al correo electrónico del Asegurado indicado en el presente documento.**

Lugar y fecha:

MAKALY RIVERA CHU
Vicepresidenta Seguros
de Vida y Pensiones
Rimac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO TITULAR