

Código SBS: VI0507210297 – Soles  
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES EFECTIVA**  
**SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO N° \_\_\_\_\_**  
**PÓLIZA DE SEGURO N° XXXXX**

**DATOS DE LA ASEGURADORA**

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros	RUC: 20100041953
Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima	
Teléfono: 411-3000 / Fax: 421-0555	Página Web: www.rimac.com

**DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR**

Razón Social: Financiera Efectiva S.A.	RUC: 20441805960
Dirección: Av. Luis Gonzales N° 1315 Int. 302 – Chiclayo - Lambayeque	
Teléfono: (074) 274867 - 223680	Página Web: https://www.efectiva.com.pe/

**DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DE PAGO**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	N° _____	Fecha Nac.: / /	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
--	----------	-----------------	---

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el contratante: Económica

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

**Beneficiarios de la cobertura de Fallecimiento:**

Nombre y Apellido	Tipo y N° de Documento	Parentesco	% de Participación

En caso que los BENEFICIARIOS sean menores de edad bastará con señalar el nombre y apellidos completos.

En caso que el ASEGURADO no haya designado BENEFICIARIOS, los BENEFICIARIOS serán los Herederos Legales.

Si se designaron varios BENEFICIARIOS, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

En el caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Reembolso por gastos de curación, el beneficiario es el ASEGURADO.

Interés Asegurable: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el interés que debe tener el Asegurado en obtener la cobertura para determinado riesgo, lo cual refleja su deseo sincero para que el siniestro no se produzca, ya que, en caso que se produzca, le generaría un perjuicio económico. Si este interés no existe, el contrato de seguro será nulo.

**VIGENCIA DEL SEGURO**

Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: 12:00 m  
Hasta : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: 12:00 m o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.

**INICIO DE LA COBERTURA:** La cobertura del seguro se inicia con la aceptación de la Solicitud del Seguro por parte de la COMPAÑÍA y el pago de la Prima convenida por parte del ASEGURADO. La Póliza inicia su cobertura y termina a las 12 del medio día de la fecha señalada en el presente Certificado de Seguro.

**Esta póliza no se renueva automáticamente.**

Lugar y Fecha de emisión: Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



**MAKALY RIVERA CHU**  
Vicepresidenta Seguros  
De Vida y Pensiones  
Rimac Seguros y Reaseguros

**ASEGURADO**

## INTERÉS ASEGURADO

La vida del ASEGURADO.

## RIESGOS CUBIERTOS

### MUERTE ACCIDENTAL:

Si el ASEGURADO sufre un accidente que de lugar a su fallecimiento, siempre que su causa directa y única; o causa adecuada en caso esta difiera de la causa directa y única, fuera un accidente que no se encuentre excluido en la presente Póliza y se manifieste a más tardar dentro de los 30 (treinta) días calendarios contados desde la fecha del accidente, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada por Muerte Accidental a los Beneficiarios del ASEGURADO según el plan escogido en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro.

### INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:

Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su invalidez total o parcial permanente siempre que su causa directa y única, o causa adecuada en caso esta difiera de la causa directa y única, fuera un accidente que no se encuentre excluido en la presente Póliza.

La COMPAÑÍA pagará el porcentaje de la Suma Asegurada, indicado en las Condiciones Particulares y de la Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente, según lo establecido en la tabla de indemnizaciones incorporada en el ANEXO A de las Condiciones Generales.

En caso de Accidente se considerará configurada la Invalidez Total y Permanente por Accidente cuando se presenten las situaciones previstas a continuación:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- Lesión incurable de la médula espinal que determinase la invalidez total y permanente
- Pérdida total de la visión bilateral
- Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de los dos brazos o de ambas manos
- Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de las dos piernas o de ambos pies
- Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de un brazo o de una pierna o de una mano y una pierna
- Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de una mano, de un pie o de un brazo o de un pie.

## CLAUSULA ADICIONAL APLICABLE AL PRESENTE SEGURO

**REEMBOLSO DE GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE:** Se entiende por gastos de curación a todos los gastos incurridos por el ASEGURADO por concepto de honorarios médicos, gastos hospitalarios,

cirugías, medicamentos, gastos odontológicos (curación y reposición de piezas dentales dañadas exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza), pruebas y exámenes médicos, en caso el ASEGURADO sufra un accidente durante la vigencia de la póliza y que sus causas no se encuentren excluidas por la póliza, hasta el límite fijado como Suma Asegurada.

Importante:

- No aplica reembolsos por gastos respecto de aparatos ortopédicos.
- Los honorarios médicos son exclusivamente los que devengan de profesionales médicos de diferentes especialidades debidamente reconocidas y acreditadas por facultades de medicina y por el Colegio Médico del Perú o sus similares en el extranjero, quedando excluidos de cobertura la facturación directa de honorarios de otro tipo de profesionales.
- La suma asegurada es por año de vigencia, no siendo acumulable
- Aplica un deducible por evento, el cual será indicado en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro, según corresponda.
- Los gastos serán reembolsados tomando como monto máximo la Tarifa B según tarifario de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú. La información de la Tarifa B puede revisarse en <https://www.rimac.com/vida/familia/accidentes-personales-banca-seguro>

## COBERTURA DEL SEGURO

Coberturas Principales	Suma Asegurada
Muerte Accidental	S/ 12,000.00
Invalidez Total Permanente por Accidente	S/ 12,000.00
Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
Reembolso de gastos de curación por accidente(*)	Hasta S/ 1,500

(\*) Aplica deducible de S/. 50 por evento bajo modalidad de reembolso

**N° máximo de pólizas por Asegurado: 3**

## CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

- Edad Mínima para la contratación del seguro: 18 años.
- Edad Máxima para la contratación del seguro: 64 años y 364 días
- Edad límite de permanencia en el seguro: Hasta 69 años y 364 días

## PRIMAS

PRIMA COMERCIAL TOTAL	S/. 76.27
PRIMA COMERCIAL TOTAL + IGV	S/. 90.00

Prima comercial Total: Anual

**Comisión de comercialización: Cincuenta y dos punto ochenta por ciento**

El cálculo del monto que reciban los comercializadores se realizará sobre la Prima neta. La Prima neta se obtiene descontando el gasto de emisión (3%) de la Prima Comercial Total.

En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no usar comercializadores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

## DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES

Para la cobertura de Reembolso de Gastos de curación: S/ 50.00 por evento

## EXCLUSIONES GENERALES

Queda excluido de la cobertura de esta Póliza el fallecimiento del Asegurado o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- Suicidio, auto mutilación o autolesión.

2. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de las normas vigentes; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del asegurado) que se ha tratado de legítima defensa;; servicio militar; así como participando activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
3. Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario, dejando a salvo el derecho de acrecer de los restantes Beneficiarios. En caso no se hayan designado Beneficiarios, se le aplica la misma condición para los herederos legales.
4. Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
5. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
6. Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, o en operaciones o viajes submarinos, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares.
7. Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos.
8. Realización de actividades y/o deportes como escalamiento, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, inmersión o caza submarina, surf, windsurf, navegación en velero, canotaje, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, caza de fieras, rodeo, artes marciales, boxeo, lucha libre, squash, rugby, football Americano.
9. Estar bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo al momento y como acto generador del siniestro.
10. Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza.
11. Las complicaciones médicas de embarazos o partos que no se hayan originado como consecuencia de un accidente.

## **EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS DE CURACION POR ACCIDENTE**

Para esta cobertura adicional aplican las siguientes exclusiones particulares en adición a las Exclusiones Generales descritas precedentemente:

1. Actos infractores de leyes o reglamentos, siempre que estos se encuentren tipificados como delitos o que los actos infractores constituyan la causa del siniestro.
2. Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
3. Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, cuadros clínicos de insolación, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales;
4. Cirugía plástica o estética y tratamiento de cicatrices queloides.
5. Implantes dentales que no se hayan generado producto de un accidente
6. Las lesiones producidas con anterioridad al inicio de la vigencia de la presente póliza.
7. Los gastos, que según las leyes vigentes, deben ser cubiertos por los seguros obligatorios de ley; en cuyo caso, la cobertura de la presente Póliza se aplicará para los gastos o exceso de los gastos no cubiertos por los seguros obligatorios vigentes, siempre que dichos gastos no estén expresamente excluidos o no cubiertos según los términos y condiciones de esta Póliza.

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

El ASEGURADO pagará la prima de manera mensual la misma que forma parte del Cronograma del Crédito otorgado por EFECTIVA al Asegurado. En caso el Asegurado no cumpla con el pago del crédito y por ende con la prima del presente seguro este incumplimiento se prolongue o extienda por noventa (90) días calendario contados desde la fecha del primer incumplimiento, culminado este plazo, este Certificado de Seguro se extinguirá.

La Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos con posterioridad a la fecha de extinción del Certificado de Seguro.

## DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El ASEGURADO puede resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha en que haya recibido este Certificado de Seguro y siempre que no haya hecho uso de las coberturas y/o beneficios contenidas en el mismo. En caso que el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la COMPAÑÍA procederá a la devolución total del importe pagado, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de haberse efectuado la resolución.

Para estos fines, el ASEGURADO deberá 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 indicadas en el Certificado del Seguro y en el resumen de la presente póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que se usaron para la contratación del seguro.

Para estos fines, el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberá 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 o en el certificado de seguro según corresponda.

## DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Se podrá resolver el contrato por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. Le corresponde a la ASEGURADORA la Prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

## CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

## AVISO DE SINIESTRO

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las condiciones particulares del presente documento o certificado de seguro, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a La ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, descritos en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la ASEGURADORA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la ASEGURADORA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.



## SOLICITUD DE COBERTURA

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado o certificado de seguros) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

### **Muerte Accidental:**

1. Copia Certificada del Acta de Defunción.
2. Certificación de Reproducción Notarial del Certificado de Defunción.
3. Copia Certificada del Atestado policial, en caso de haberse realizado.
4. Original del Informe elaborado por el empleador acerca de las circunstancias del accidente (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
5. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso de haberse realizado.
6. Copia Certificada del Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, de acuerdo a las circunstancias, según corresponda.
7. Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y en caso que el Asegurado haya participado como conductor del vehículo).
8. Copia simple del Documento de identidad de los Beneficiarios o Copia Certificada de la Partida de Nacimiento, en caso que los Beneficiarios sean menores de edad y no cuenten con DNI).
9. En caso de no contar con Beneficiarios, adjuntar el Testimonio y Copia Literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada, según corresponda

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente.

Asimismo, se deberá presentar la solicitud de cobertura y adjuntar todos los documentos que se tenga disponible, exceptuando la resolución judicial que confirma el fallecimiento. Cuando la resolución judicial de muerte presunta sea expedida, deberá ser presentada a La Aseguradora junto con la correspondiente partida de defunción.

Se entenderá que los documentos que acreditan la muerte presunta del Asegurado están completos, cuando los beneficiarios presenten la Resolución Judicial y la Partida de Defunción, ambos indicados en el párrafo precedente, por lo que el pronunciamiento de La Aseguradora se encontrará suspendido hasta la recepción de dichos documentos.

### **Invalidez Total Permanente por Accidente:**

1. Copia Certificada del Atestado policial, en caso de haberse realizado
2. Original del Informe elaborado por el empleador acerca de las circunstancias del accidente (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
3. Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y en caso que el Asegurado haya participado como conductor del vehículo).
4. Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO.
5. Copia Fedateada del Informe Médico de Invalidez e Historia Clínica completa

### **Cobertura Adicional de Reembolso por gastos de curación por accidente:**

Los siguientes documentos deben ser presentados a la Aseguradora en original, dentro de los 60 días siguientes a la fecha en la que se haya incurrido el gasto:

1. Factura a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (RUC 20100041953) y/o Recibo por Honorarios a nombre del Asegurado. Ambos documentos deben contar con el sello de cancelado. Ticket no es documento válido para reembolso.  
La Boleta de Venta no es documento válido para reembolso, sin embargo sólo podrán ser aceptados los gastos sustentados con boletas de venta, siempre y cuando estos documentos hayan sido emitidos por contribuyentes que pertenezcan al Régimen Único Simplificado (RUS) y estén a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.
2. Formato de la Aseguradora "Reclamo de Accidentes Personales" debidamente llenado, que contenga la fecha y hora del accidente, nombre, apellidos, edad y dirección de la persona que sufrió el accidente, el lugar y las circunstancias en que ocurrió el accidente. Este documento debe ser llenado y firmado por el médico tratante.
3. Los documentos detallados a continuación están sujetos a evaluación por LA ASEGURADORA:
  - a. Si es por accidente de tránsito, copia certificada de: (i) la Denuncia Policial o Parte (ii) del Dosaje Etílico para que sea evaluado por el médico.

- b. Si es por robo, adjuntar copia certificada de la Denuncia Policial.
- c. Certificado del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
- d. Si se realizaron exámenes presentar orden firmada por el médico y resultados de los mismos.
- e. Medicinas: recetas con firma del médico.
- f. Detalle con costos de todos los gastos realizados (farmacia, curaciones, consultas médicas, exámenes, insumos, etc.).
- g. Copia Fedateada y foliada del Informe del médico tratante o de la Historia Clínica del ASEGURADO.
- h. Copia Certificada del Resultado de Análisis Toxicológico y alcoholemia.
- i. Copia Simple del Documento de identidad del Asegurado.

En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reembolso de los gastos será realizado a los herederos legales del ASEGURADO, para lo cual deberán presentar copia literal actualizada de la partida donde consta inscrita –en forma definitiva- la Sucesión Intestada o el Testamento en Registros Públicos.

La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostrare la imposibilidad de cumplir, demora el proceso de evaluación del siniestro, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este Seguro, no pudiendo en caso alguno el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Póliza o del desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse respecto a la procedencia o rechazo del siniestro, hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir la siguiente información adicional en caso las circunstancias específicas lo ameriten y dentro del plazo establecido en el párrafo precedente:

- A. Resultado de pruebas y exámenes realizados (tomografías, resonancias, radiografías, patologías entre otros)
- B. Informe médico ampliatorio.

### **Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:**

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 TRADUCCION OFICIAL del mismo.

## **PAGO DE SINIESTRO**

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que la ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la ASEGURADORA para consentir o rechazar el siniestro.

Cuando la ASEGURADORA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la ASEGURADORA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al ASEGURADO en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

## LUGARES AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por el CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO a la ASEGURADORA en los Centros de Atención al Cliente:

Oficina Principal: Av. Las Begonias 475, San Isidro.

### Plataformas de Atención al Cliente:

<b>Lima</b>	Av. Paseo de la República 3082, San Isidro. Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.	<b>Trujillo</b>	Av. Víctor Larco 1124 Telf. (044)-485200
<b>Arequipa</b>	Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700	<b>Huancayo</b>	Jr. Áncash 125, Huancayo. Telf. (064)-223233
<b>Chiclayo</b>	Av. Salaverry 560, Urb. Patazca Telf. (074)- 481400	<b>Piura</b>	Calle Libertad 450. Telf. (073)-284900

## MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA 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, puede comunicarse con el número telefónico de EFECTIVA (074) 274867 - 2236800 a la Aseguradora:

**Verbal:** Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas.

**Escrito:** Mediante carta dirigida a Rímac Seguros o a través de la página web o correo electrónico.

**Central de Consultas y Reclamos:** (01) 411-3000

**Correo Electrónico:** [reclamos@rimac.com.pe](mailto:reclamos@rimac.com.pe)

**Página Web:** [www.rimac.com](http://www.rimac.com)

## OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo ASEGURADO.

## INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTACIÓN DE CONSULTAS / RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo ASEGURADO.

### Defensoría del Asegurado:

[www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

Lima: (01) 421-0614

Calle Amador Merino Reyna 307, piso 9

### Indecopi:

[www.indecopi.gob.pe](http://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 y 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: 0800-10840 | (511) 428-0555

## INFORMACIÓN ADICIONAL

### 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. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
- 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.

### AUTORIZACIÓN DE ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO:

Otorgo mi consentimiento para que la presente Póliza de Seguro y las comunicaciones relacionadas a la misma, 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 Póliza Electrónica:

1. Cuando La Aseguradora se refiera a la "Póliza de Seguro" ésta comprende a los documentos que forman parte de ella, así como cualquier comunicación relacionada a ella de cualquier índole y sus futuras renovaciones.
2. Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza de Seguro debe entenderse como Certificado de Seguro. El envío de la Póliza de Seguro a través de correo electrónico podrá ser bajo cualquiera de las siguientes modalidades: (i) Incluyendo un link donde podré visualizar la Póliza en PDF. (ii) Incluyendo un documento adjunto en PDF o (iii) Direccionándome a la parte privada de la web [www.rimac.com](http://www.rimac.com), donde deberé crear mi usuario y contraseña para el ingreso. En dicha Web, podré visualizar los documentos enviados, inclusive todas mis Pólizas de Seguro.
3. Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La integridad u autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un certificado digital (firma digital).
5. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. Ventajas: forma de envío inmediato, seguro, eficiente, reducción de papel, acreditación del momento del envío y confirmación de identidad del Suscriptor de 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 permiten garantizar su confidencialidad y cumpliré con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.
8. Instrucciones de uso:
  - i. En caso no pueda abrir o leer 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)

Se comunicará por escrito al domicilio físico del contratante y/o asegurado, en caso la normatividad vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la Compañía en forma adicional a la comunicación electrónica.

Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.

## CONSIDERACIONES BÁSICAS

### **Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:**

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

La ASEGURADORA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia.

**ANEXO A**  
**TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE**

**PARA INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE: PARA INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE:**

INVALIDEZ	PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA SUMA ASEGURADA
Estado Absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%
Fractura Incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente.	100%
Pérdida total de los ojos.	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.	100%

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembros lesionados, según la tabla de invalidez total y permanente.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdidos, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada.

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones, constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del ASEGURADO.