

**Código SBS: AE0506100330**

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentaria

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES EFECTIVA  
SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO N° \_\_\_\_\_  
PÓLIZA DE SEGURO N° 500006**

**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**

**Razón Social:** Financiera Efectiva S.A.

**RUC:** 20441805960

**Dirección:** Av. Luis Gonzales N° 1315 Int. 302

**Teléfono:** (074) 274867 - 223680

**Provincia:** Chiclayo

**Departamento:** Lambayeque

**DATOS DEL ASEGURADO**

**Nombre:**

**Tipo y N° de Documento:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Sexo:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:**

**Relación con el contratante:** Económica

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombres y Apellidos	Tipo y N° de Documento	Dirección	% 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.

**VIGENCIA DEL SEGURO**

**Vigencia desde:** \_\_/\_\_/\_\_ **Hora:** 12:00 m.

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

**Esta Póliza NO se renueva automáticamente**

**Lugar y Fecha de emisión:** Lima \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

- Mediante la firma del presente documento, el Asegurado declara conocer los términos en los cuales RIMAC realizará el uso y tratamiento de mis datos personales para la ejecución de la presente Póliza de Seguro, cuyo detalle se encuentra en la página 7 del presente Certificado de Seguro.

## INTERÉS ASEGURADO

La vida del ASEGURADO.

## RIESGOS CUBIERTOS

**MUERTE ACCIDENTAL:** Este seguro cubre el riesgo de muerte accidental del ASEGURADO nombrado en la Póliza de Seguro, ocasionada por una causa no excluida en estas Condiciones Generales, hasta el límite del capital asegurado indicado en las Condiciones Particulares. La COMPAÑIA pagará la suma convenida a la persona o personas designadas como BENEFICIARIOS en la solicitud original, firmada por el ASEGURADO y que constan en la Póliza de Seguro o en los suplementos respectivos. En caso de no haber tal designación, la indemnización será pagada a los herederos legales del ASEGURADO previa presentación del Testamento o del Auto de Declaratoria de Herederos.

**INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Accidente, el hecho que el ASEGURADO antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual (no se considera factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una invalidez Total y Permanente por Accidente.

**GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE:** Se entiende por gastos de curación por accidente a todos los honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, pruebas y exámenes médicos, requeridos por el ASEGURADO en caso sufra un accidente durante la vigencia de la póliza y que sus causas no se encuentren excluidas por la póliza. Se pagará un deducible por evento de S/ 50; gastos sujetos a Tarifa B según tarifario de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú.

## COBERTURA DEL SEGURO

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s)
Muerte Accidental	S/ 12,000.00
Invalidez Total Permanente por Accidente	S/ 12,000.00
Reembolso por gastos de curación por accidente (Deducible de S/. 50 por evento)	Hasta S/ 1,500

## CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

**INICIO DE LA COBERTURA:** La cobertura del seguro se inicia con la aceptación de la Solicitud del Seguro por parte de la COMPAÑIA 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.

## EDADES LÍMITE

Edad Mínima para la contratación del seguro: 18 años.  
 Edad Máxima para la contratación del seguro: 64 años y 364 días (después solo renovaciones).  
 Edad límite de permanencia en el seguro: Hasta 69 años y 364 días.

## DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES

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

## PRIMAS

Prima Comercial Total	S/ 53.58
Prima Comercial Total + IGV	S/ 65.00

### Prima Neta: Anual

- **Comisión de comercialización: Cuarenta punto cuarenta y tres por ciento.**
- El cálculo del monto que reciban los comercializadores se realizará sobre la Prima neta.
- En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no usar comercializadores seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

La comisión del comercializador se calcula sobre la prima neta. La prima neta se obtiene descontando el IGV (18%) y el gasto de emisión (3%) de la Prima Comercial Total Mensual.

## EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en esta Póliza de Seguro no se conceden si la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra se deben directa, o indirectamente, total o parcialmente a:

- a) Personas que mantengan una Incapacidad Total Permanente.
- b) Suicidio, auto mutilación o autolesión.
- c) 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.
- d) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- e) 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.
- f) 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.
- g) 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.
- h) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- i) Los denominados "Accidentes Médicos": apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos de miocardio, trombosis, ataques epilépticos.
- j) 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.
- k) Las complicaciones médicas de embarazos y partos, que no se hayan originado como consecuencia de un accidente.

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

El ASEGURADO autoriza a EFECTIVA a cargar en su Cuenta de Ahorros, Cuenta Corriente y/o Tarjeta de Crédito el cargo del importe de la Prima antes indicada.

La falta de pago de la Prima podrá generar la suspensión, resolución y/o extinción del contrato de seguro en la forma establecida en el Condicionado General de la Póliza.

## DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

Para estos fines, el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO 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:**
  - a) Acta y certificado de defunción del ASEGURADO en original.
  - b) Copia de DNI de los BENEFICIARIOS mayores de edad y copia certificada de la partida de nacimiento de los BENEFICIARIOS menores de edad.
  - c) Certificado domiciliario de los BENEFICIARIOS menores de edad.
  - d) Atestado policial completo en original.
  - e) Protocolo de necropsia en original.
  - f) Resultado de Análisis Toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado.
  - g) Cualquier otro documento que la COMPAÑÍA estime conveniente.
- **Invalidez Total Permanente por Accidente:**
  - a) Copia Legalizada u original del Documento de Identidad del ASEGURADO.
  - b) Dictamen Médico que constate la invalidez.
  - c) Atestado Policial o Informe sobre las circunstancias del accidente (proporcionado por el empleador en caso sea en horas de trabajo); o Declaración Jurada del Accidente (en caso sea un Accidente Común).
  - d) Dosaje Etílico en caso la Invalidez sea consecuencia de un accidente de tránsito.
  - e) Informe Médico completo e Historia Clínica del ASEGURADO.
- **Reembolso por gastos de curación:**
  - 1) Recibo por honorarios del médico a nombre del paciente.
  - 2) Factura a nombre de Rímac Seguros. RUC 20100041953.
  - 3) Órdenes Médicas y resultados de exámenes .
  - 4) Recetas Médicas.
  - 5) Informe del médico tratante o copia de historia clínica.
  - 6) Documento de identidad del Asegurado.

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.

#### 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 comunicado 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:**

**Lima:** Av. Paseo de la República 3505, San Isidro. **Trujillo:** Av. Víctor Larco 1124.  
Av. Paseo de la República 3082, San Isidro. Telf. (044)-485200  
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.

**Arequipa:** Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito. **Huancayo:** Jr. Áncash 125, Huancayo.  
Telf. (054)-381700 Telf. (064)-223233

**Chiclayo:** Av. Salaverry 560, Urb. Patazca. **Piura:** Calle Libertad 450.  
Telf. (074)- 481400 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 ABSA (01) 513-4493 o a la compañía:

**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

<b>Defensoría del Asegurado:</b>	<a href="http://www.defaseg.com.pe">www.defaseg.com.pe</a> Lima: (01) 446-9158 Calle Amador Merino Reyna 307.
<b>Indecopi:</b>	<a href="http://www.indecopi.gob.pe">www.indecopi.gob.pe</a> 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.
<b>Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS):</b>	<a href="http://www.sbs.gob.pe">www.sbs.gob.pe</a> 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. <b>Consultas y Denuncias: 0800-10840   (511) 428-0555</b>

## INFORMACIÓN ADICIONAL

### En el caso de oferta de esta Póliza a través de comercializadores:

- 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.
- La ASEGURADORA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
- 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.
- Los pagos efectuados por los CONTRATANTES del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la ASEGURADORA.

El ASEGURADO autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregadas, sea dirigida al CONTRATANTE.

## 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"), 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.pe](http://www.rimac.com.pe), 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 Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 – San Isidro, Lima, estando además inscritos 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, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC. 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.

## Comunicaciones Comerciales

Autorizo a RIMAC a utilizar mis Datos Personales y que los mismos sean tratados por terceros, para que me sean ofrecidos beneficios, productos y servicios de RIMAC, a través de cualquier medio de comunicación. Declaro conocer que el no conceder esta autorización no afectará la prestación del servicio contratado.

Acepto

No Acepto



**RICHARD MAURÍCCI GARRIDO**  
Vicepresidente  
División Seguros Personales  
Rímac Seguros y Reaseguros

**FIRMA ASEGURADO**

## 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 Rimac 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 411-11111. 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.

## CONSIDERACIONES BÁSICAS

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.

La ASEGURADORA remitirá comunicaciones escritas al domicilio del ASEGURADO, en caso la normatividad vigente o exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la ASEGURADORA en forma adicional a la comunicación electrónica.