

Código SBS: RG0505700301

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**SEGURO DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL**  
**SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO N° \_\_\_\_\_**  
**POLIZA DE SEGURO N° 1703-500001**

### DATOS DE LA COMPAÑÍA

**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 1315, Lambayeque, Chiclayo.

**Teléfono:** (074) 274867 - 223680

### 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

Para la Cobertura de Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal por enfermedad o Accidente, el BENEFICIARIO es el CONTRATANTE.

Para la Cobertura de Renta Hospitalaria el BENEFICIARIO es el ASEGURADO TITULAR.

### VIGENCIA DEL SEGURO

Vigencia desde:        /        /        a 12:00 m.

Vigencia hasta:        /        /        a 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 2 del presente Certificado de Seguro.

## 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**

## COBERTURA DEL SEGURO

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s)
Cobertura de Desempleo Involuntario para trabajadores dependientes:	Hasta 4 cuotas efectivas de la deuda contraída (Valor máximo de cuota igual S/ 600).
Cobertura de Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente para trabajadores independientes:	Hasta 4 cuotas efectivas de la deuda contraída (Valor máximo de cuota igual S/ 600).
Renta Hospitalaria por accidente:	Hasta S/ 50 diarios, máximo 30 días por asegurado.

### CONDICIONES PARA SER ASEGURADO BAJO LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO (TRABAJADORES DEPENDIENTES):

Serán asegurables los trabajadores personas naturales que se encuentren ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia para un empleador, en virtud de un contrato de trabajo, remunerados con sueldo y cumpliendo las normas que correspondan a un contrato de trabajo legalmente celebrado.

Se considerarán como trabajadores dependientes los trabajadores que tengan:

- Contrato de trabajo a tiempo indefinido, verbal o escrito, y necesariamente se encuentren registrados en la planilla del empleador.
- Contrato de trabajo sujeto a modalidad, siempre que estén debidamente inscritos en el Ministerio de Trabajo y perciban un ingreso mensual producto de este contrato, y necesariamente se encuentren registrados en la planilla de empleados.

La cobertura que otorga este Certificado de Seguro se activa en caso que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario. En dicho caso, la COMPAÑÍA otorgará al BENEFICIARIO, la suma asegurada descrita en el cuadro precedente. Si el trabajador dependiente tiene más de un (1) empleador, se considerará cubierto por esta Póliza si se ve afectado por una situación de Desempleo Involuntario de la empresa que represente más del 50% de sus ingresos totales, lo que será verificado con el certificado de cotizaciones de la AFP.

La presente cobertura podrá ser activada para cubrir el riesgo de Desempleo Involuntario por un sólo evento durante la vigencia del crédito.

Para que un siniestro esté cubierto deberá tener su origen en alguna de las siguientes causales de término de relación laboral:

#### a) Empleados del sector privado, regidos bajo la Ley de Productividad y Competitividad Laboral, Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo 728.

- a.1) Las deficiencias físicas, intelectuales, mentales o sensoriales sobrevenidas cuando, realizados los ajustes razonables correspondientes, impiden el desempeño de sus tareas, siempre que no exista un puesto vacante al que el trabajador pueda ser transferido y que no implique riesgos para su seguridad y salud o la de terceros (Artículo 23° del D.S. N° 003-97-TR T.U.O de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral).
- a.2) El rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo condiciones similares (Artículo 23° del D.S. N° 003-97-TR T.U.O de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral).
- a.3) Despido Arbitrario.
- a.4) Despido Colectivo, sólo después de que el Cese Colectivo se haya materializado, lo anterior debidamente acreditado en cumplimiento del trámite establecido en los Artículos 46° al 52° de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral.
- a.5) Mutuo Disenso entre las Partes, así se haya firmado documento de renuncia, pero siempre y cuando el ASEGURADO acredite haber percibido una indemnización equivalente al monto establecido en la normativa vigente.

**b) Trabajadores Formales con Contrato Especial:**

Solo se cubrirá el desempleo proveniente del término de los siguientes Tipos de Contratos Especiales de Trabajo:

- b.1) Contrato por inicio o lanzamiento de una nueva actividad.
- b.2) Contrato por necesidad de mercado.
- b.3) Contrato por Reconvención Empresarial.

Asimismo, en caso que un Contrato Especial, o de plazo fijo, se transforme en Contrato Indefinido, se sujetará a las normas definidas en la letra anterior, manteniendo para efectos del Seguro la antigüedad laboral original, siempre y cuando exista continuidad laboral con el mismo empleador.

**c) Respeto de Empleados Públicos:**

Cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del empleado o funcionario público ni por término natural del plazo previsto en el contrato de trabajo.

**d) Empleados del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado:**

Suspensión absoluta o cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del docente o personal administrativo regido bajo esta Ley.

**e) Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales:**

Solo se cubrirá el desempleo involuntario en los siguientes casos:

- e.1) Causal de retiro temporal o absoluto contemplada en sus respectivas Leyes Orgánicas, Estatutos y Reglamentos de Personal, pero única y exclusivamente en la medida que la causal de cesantía invocada cumpla con los siguientes requisitos:
  - Que el retiro o baja se deba a causa no imputable a la voluntad o a la conducta del miembro de las Fuerzas Armadas o Policial.
  - Que el retiro o baja NO implique para el integrante retirado o dado de baja el pago de una pensión o jubilación por dicho concepto.
- e.2) Invitación al Retiro por renovación administrativa.
  - Queda establecido y convenido que el Beneficio percibido corresponderá al pago definido en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro, correspondiente a aquellos meses en que el ASEGURADO acredite encontrarse en Desempleo o mantenerse en tal situación, por el número máximo de meses y con los límites del Beneficio que se definan en las mencionadas Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

**CONDICIONES PARA SER ASEGURADO BAJO LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES:**

No pueden ser aseguradas, las personas afectadas de una incapacidad física grave, como ceguera, sordera, parálisis y apoplejía, que agraven el riesgo notoriamente. En caso de producirse una de estas situaciones durante el período contractual, se suspenden automáticamente los efectos del Seguro.

En el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Incapacidad Temporal por enfermedad o accidente que obligue a su hospitalización, la COMPAÑÍA otorgará al BENEFICIARIO, una indemnización que consistirá en el pago de cuotas mensuales de la deuda del ASEGURADO contraída con el CONTRATANTE amparada en la presente póliza, y hasta el máximo de cuotas detallado en este documento.

La presente cobertura podrá ser activada para cubrir el riesgo de Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente por un sólo evento durante la vigencia del crédito.

**COBERTURA DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE:**

En el evento que el ASEGURADO sufra un accidente que dé lugar a su hospitalización, siempre que su causa directa y única fuera un accidente que no se encuentre excluido en la presente póliza, recibirá una renta, conforme lo establecido en el presente documento, por cada día que se encuentre hospitalizado, en cualquier Institución Hospitalaria legalmente establecida dentro y fuera del territorio nacional.

## PRIMA

Prima	Monto S/
Prima Comercial	S/ 72.03
Prima Comercial Total (Incluye IGV)	S/ 85.00

- **Comisión del Comercializador:** Cuarenta y cuatro por ciento sobre la Prima Neta. La Prima Neta es la Prima Comercial descontando el 3% del Gasto de Emisión.
- En caso que el ASEGURADO decida no usar comercializadores, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

## CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

- **Periodo de carencia para cobertura de Desempleo Involuntario e Incapacidad temporal:** 60 días.
- **Antigüedad Laboral:** Mínima 1 año (Solo para Desempleo Involuntario).
- **Periodo Activo Mínimo:** (6) seis meses (Para desempleo involuntario e Incapacidad).

Concurrencia de Seguros: El Asegurado podrá contratar este seguro un número ilimitado de veces, siempre y cuando cada seguro esté asociado a un solo crédito.

## EDADES LÍMITE

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.

## DEDUCIBLES

Se considera 1 mes de deducible aplicable a las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente (Primer mes consecutivo al Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente).

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

**Forma de pago:** Se realiza en una sola cuota.  
**Lugar de pago:** Financiera Efectiva.  
**Vencimiento de la prima:** La prima se paga por única vez.  
**Periodicidad del pago:** Prima Única por la vigencia del crédito.

## DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación del presente Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el ASEGURADO haya suscrito y recibido este Certificado de Seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas y/o beneficios contenidas en la misma. En caso el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima, la COMPAÑÍA procederá a la devolución total del importe pagado.

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 de RIMAC, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza, o en los establecimientos del Contratante / Comercializador.

## DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

El ASEGURADO podrá resolver sin expresión de causa el presente Certificado, sin más requisito que una comunicación por escrito a la COMPAÑÍA con una anticipación no menor de treinta (30) Días a la fecha en que surtirá efectos la resolución. Le corresponde a la COMPAÑÍA la Prima por el período efectivamente cubierto. En el caso que el asegurado hubiera pagado la totalidad de la prima por adelantado, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima por el periodo de vigencia no corrido.

## EXCLUSIONES

### Condición Especial:

La exclusión descrita en el literal (f) (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) no resulta aplicable para el presente producto.

Estarán excluidos de la cobertura y la COMPAÑÍA no estará obligada al pago del Seguro en los siguientes casos:

### 1. Desempleo Involuntario:

El desempleo cuya causa directa esté relacionada con:

#### a) Trabajadores del Sector Privado.

1. Cuando el siniestro se produzca por alguna causal de Desempleo distinta a las previstas en la descripción de la cobertura indicado en el presente documento.
2. Cuando el Ex – Empleador del ASEGURADO no tenga Oficina registrada en Perú o no esté afecto a las leyes sociales y previsionales determinadas por la legislación peruana del trabajo.
3. Cuando no exista Documentación Formal que permita acreditar la existencia de un vínculo laboral único con un Ex – Empleador y/o la culminación del mismo.
4. Despido por Causas justas relacionadas con la conducta del trabajador.
5. Despido por Faltas Graves del Trabajador.
6. Renuncia del Trabajador.
7. Jubilación, obligatoria u opcional, del Trabajador.

#### b) Respecto a Empleados Públicos.

##### 1. Término de la relación del Empleo Público:

- 1.1 Renuncia.
- 1.2 Cese definitivo.
- 1.3 Destitución.

##### 2. Faltas de carácter disciplinarias.

##### 3. La condena penal privativa de la libertad por delito doloso cometido por un servidor público.

##### 4. Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público:

- 4.1 Pérdida de la nacionalidad.
- 4.2 Incapacidad permanente física o mental.
- 4.3 Ineficiencia o ineptitud comprobadas para el desempeño del cargo.

##### 5. Por término del plazo convenido en el contrato de trabajo.

#### c) Respecto a Empleados del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado.

##### 1. Cese por las siguientes causas:

- 1.1 Solicitud del empleado.
- 1.2 Abandono injustificado del cargo.
- 1.3 Incapacidad Física o mental permanente debidamente comprobada.
- 1.4 Aplicación de sanción disciplinaria.
- 1.5 Voluntariamente por tiempo de servicios: 25 años para mujeres y 30 para varones incluyendo los estudios de formación profesional.

#### d) Respecto a Miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.

1. Por sanción disciplinaria.
2. Por solicitud del propio miembro de las Fuerzas Armadas o Policiales.

## 2. Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente y Renta Hospitalaria por Accidente:

No pueden ser aseguradas, las personas afectadas de una incapacidad física grave, como ceguera, sordera, parálisis y apoplejía, que agraven el riesgo notoriamente. En caso de producirse una de estas situaciones durante el período contractual, se suspenden automáticamente los efectos del Seguro.

También queda excluido de la cobertura de esta Póliza la Incapacidad Temporal del ASEGURADO o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Toda aquella Incapacidad Temporal que no genere hospitalización.
- b) 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.
- c) Enfermedades o lesiones diagnosticadas en forma previa al inicio de vigencia de la cobertura otorgada por este Seguro (Patologías Pre – Existentes).
- d) Consecuencia de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de este seguro.
- e) Enfermedades mentales o nerviosas.
- f) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
- g) Las consecuencias no accidentales de embarazos y partos.
- h) Duelos, suicidios, tentativas de suicidios, auto lesión y auto mutilación.
- i) Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, inhalación de gases, intoxicaciones y envenenamientos sistemáticos.
- j) Cirugía Plástica o Cosmética.
- k) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo. Se considera la participación del ASEGURADO ya sea como autor o cómplice.
- l) Lesiones a consecuencia de la participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquéllas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- m) Lesiones a consecuencia de la práctica de deportes riesgosos tales como: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otros deportes riesgosos, que no hayan sido declarados por el ASEGURADO al momento de contratar el Seguro o durante su vigencia.
- n) Lesiones o afecciones padecidas con motivo de la práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el ASEGURADO al momento de contratar el Seguro o durante su vigencia.
- o) Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como pero no limitado a, 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.
- p) Bajo la influencia del alcohol y/o drogas y/o alucinógenos (sin importar su grado de presencia en la sangre) o en estado de sonambulismo. Para efectos de esta exclusión, se entiende que una persona se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si se niega a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- q) Lesiones a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- r) 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.
- s) Daños o pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o de cualquier riesgo atómico.
- t) Lesiones o afecciones padecidas con motivo de la intervención del ASEGURADO en motines o tumultos tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar.
- u) Lesiones o afecciones padecidas con motivo de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones guerreras (sea que haya sido declarada o no

- la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar, naval o usurpado.
- v) Personas afectadas de incapacidad física anterior al inicio de la cobertura de este seguro. La incapacidad física a la que se refiere esta exclusión comprende: ceguera, sordera, parálisis, apoplejía u otras incapacidades físicas de similar índole.
  - w) Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas en la columna vertebral.
  - x) La incapacidad temporal debida a la misma enfermedad o accidente por la cual el ASEGURADO ha recibido una indemnización por esta misma Póliza.
  - y) Los llamados 'Accidentes Médicos', tal como pero no limitado a apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos; así como los casos de negligencia o impericia médica.
  - z) Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o heredero.
  - aa) Servicios o tratamientos prestados por cualquier persona contratada por el ASEGURADO que no cuente con la acreditación profesional correspondiente.
  - bb) Procedimientos médicos experimentales.
  - cc) Cirugía cosmética o cualquier procedimiento cosmético, a excepción de cirugía reconstructiva para la corrección de un desorden físico originado a consecuencia del Asalto materia de cobertura de la presente póliza.

## AVISO DE SINIESTRO

El siniestro será comunicado a la COMPAÑÍA dentro de los tres (3) 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 el certificado de seguro del presente documento, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a La COMPAÑÍA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro.

## SOLICITUD DE COBERTURA

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la COMPAÑÍA, 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 presente certificado de seguros) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- Aplicable a la Cobertura de Desempleo Involuntario:

**Trabajadores del Sector Privado:**

- a) Copia del Documento Oficial de Identidad.
- b) Liquidación de beneficios sociales y comprobante de pago de Indemnización por Tiempo de Servicio.
- c) En el caso de Contratos sujetos a modalidad, copia del Contrato de Trabajo.

**Trabajadores del Sector Público y del Sector Educativo:**

- a) Copia del Documento Oficial de Identidad.
- b) Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador no imputable a los casos no cubiertos por la Póliza.
- c) Liquidación de beneficios sociales y comprobante de pago de Indemnización por Tiempo de Servicio.

**Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales:**

- a) Copia del Documento Oficial de Identidad.
- b) Resolución de cese o documento expedido por el Ministerio de Defensa.
- c) Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por su Institución).

**Trabajadores Formales con Contrato Especial:**

- a) Copia del Documento Oficial de Identidad.
- b) Copia de Contrato de Trabajo firmado e inscrito en el Ministerio de Trabajo.
- c) Liquidación de Aportación al SNP emitida por el ex – empleador.
- d) Copia del comprobante de pago de la CTS, si existiese derecho a este beneficio.



## **Acreditación de la continuidad del Desempleo:**

- Para el caso de trabajadores que aporten al Sistema Privado de Pensiones, se deberá acreditar la continuidad del estado de desempleo mediante la presentación del Certificado de Cotizaciones a la AFP, con fecha de emisión posterior a la fecha de vencimiento de la cuota mensual reclamada. Se deberá presentar también una Declaración Jurada donde se afirme la continuidad del Desempleo.
- Para el caso de trabajadores que aporten al Sistema Nacional de Pensiones bastará una Declaración Jurada donde se afirme la continuidad del Desempleo.

## **- Aplicable a la cobertura de Incapacidad Temporal:**

- a) Copia del Documento Oficial de Identidad.
- b) Presentar la factura correspondiente por cada 30 días de gastos de hospitalización, o presentar una factura total al final del periodo de hospitalización.
- c) Certificado médico en el que conste información sobre los días requeridos de reposo por incapacidad Temporal, detallando:
  1. Causas de la incapacidad.
  2. Diagnóstico definitivo.
  3. Tratamiento realizado.
  4. Días de Incapacidad Temporal.
  5. Pronóstico.
  6. Número de historia médica.
  7. Clínica u Hospital donde recibió la atención.
  8. Médico tratante.
  9. Fecha de atención.

El asegurado deberá presentar mensualmente previo a la indemnización, una declaración jurada o informe médico que sustente que aun sigue incapacitado.

## **- Aplicable a la cobertura de Renta Hospitalaria por accidente:**

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses de expedidos:

- a) Factura o boleta del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del paciente hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización.
- b) Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados.
- c) Documento Nacional de Identidad del asegurado.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir la siguiente información adicional en caso las circunstancias específicas lo ameriten:

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

**Autorización para acceder a Historia Clínica:** El ASEGURADO autoriza expresamente a la compañía a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

La compañía empleara su red de auditoría médica, sobre esta autorización, actuando pro activamente en facilitar y/o agilizar la satisfacción de los documentos necesarios para la liquidación. Estas gestiones serán informadas formalmente.

## **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.

No serán procedentes las solicitudes de devolución de documentos sea que se apruebe o rechace la cobertura.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por EL ASEGURADO, deberá solicitarla dentro de los primeros 20 días del plazo de 30 días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

## 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 COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso que la COMPAÑÍA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el párrafo del precedente, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga.

Una vez consentido el siniestro, la COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por el Contratante, Asegurado o Beneficiario a la COMPAÑÍA en las Plataformas de Atención al Cliente:

- **Oficina Principal:** Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima.

### Plataformas de Atención al Cliente:

- **Lima:**  
Av. Paseo de la República N° 3505, San Isidro.  
Av. Paseo de la República N° 3082, San Isidro.  
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.
- **Arequipa:**  
Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito.  
Telf. (054)-381700
- **Chiclayo:**  
Av. Salaverry 560, Urb. Patazca.  
Telf. (074)- 481400
- **Huancayo:**  
Jr. Áncash 125, Huancayo.  
Telf. (064)-223233
- **Trujillo:**  
C. C. Mall Aventura Plaza- Locales  
N° A1004. Av. América Oeste N° 750,  
Urb. El Ingenio.  
Telf. (044)-485200
- **Piura:**  
Calle Libertad 450.  
Telf. (073)-284900

Las solicitudes de cobertura presentadas al comercializador del seguro, tienen los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA.

## MEDIOS HABILITADOS POR LA COMPAÑÍA 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 Centros de Atención en Lima y provincias y central de consultas.

**Escrito:** Mediante carta dirigida a RIMAC 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

### DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

[www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)  
Teléfono: (01) 446-9158  
Lima: Arias Araguez 146, San Antonio, Miraflores.

### INDECOPI:

[www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)  
Teléfono: (01) 224-7777  
Teléfono 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](http://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

## INFORMACIÓN ADICIONAL

- 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. La Aseguradora es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Banca seguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, 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.