

**SOLICITUD – CERTIFICADO SEGURO DE DESGRAVAMEN
FINANCIERA EFECTIVA PARA HIPOTECARIO**

Código SBS: VI0507400419

N° PÓLIZA 8738500002 Soles

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

8738500003 Dólares

El presente seguro presenta cargas y obligaciones a cargo del Asegurado, cuyo incumplimiento podría acarrear la pérdida de derechos indemnizatorios.

MODALIDAD DE COBERTURA: SALDO INSOLUTO

MONEDA, FECHA DE EMISIÓN, DEUDA TOTAL (CÚMULO), VALOR TOTAL ASEGURADO, PLAZO:

Se consigna en la Constancia de Contratación del Producto

La vigencia es mensual de renovación automática e inicia con la aceptación y firma de la Constancia de Contratación del Producto; y su fin de vigencia será como máximo hasta la fecha de cancelación del crédito o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero. Adicionalmente, la vigencia del Certificado de seguro culminará en caso la póliza matriz del seguro de Desgravamen contratado por Financiera Efectiva a Rimac Seguros, llegue a su fin de vigencia o sea resuelta.

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (Se consigna en la constancia de contratación del producto)

Relación con el CONTRATANTE: Económica

DATOS DEL ASEGURADO CONYUGE (Se consigna en la constancia de contratación del producto, y solo aplica en caso de contratación de seguro de desgravamen conyugal)

Relación con el CONTRATANTE: Económica

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

CONTRATANTE: Financiera Efectiva S.A.

RUC: 20441805960

Dirección: Jirón Santorin N°167, Urbanización el Vivero

Distrito: Santiago de Surco

Provincia: Lima

Departamento: Lima

Teléfono: (51) 6412412

Página Web:

DATOS DE LA ASEGURADORA

Rimac Seguros y Reaseguros

RUC: 20100041953

Dirección: Las Begonias 475, Piso 3.

Distrito: San Isidro

Provincia: Lima

Departamento: Lima

Teléfono: 411-1000

Fax: 421-0555

Página Web: www.rimac.com

Correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe

RESUMEN DE LAS COBERTURAS

Cobertura Principal

Fallecimiento Natural y Accidental

Suma Asegurada

Hasta **S/. 400,000** o su equivalente en moneda nacional (*)

Coberturas Adicionales

Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Enfermedad

Hasta **S/. 400,000** o su equivalente en moneda nacional (*)

Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Accidente

Hasta **S/. 400,000** o su equivalente en moneda nacional (*)

SUMA ASEGURADA MÁXIMA POR ASEGURADO:

Si un asegurado tiene dos o más créditos asegurados bajo la presente póliza, RIMAC Seguros en caso de siniestro indemnizable solo asumirá hasta la suma máxima de S/ 400,000.00 o su equivalente en moneda nacional(*) por la sumatoria de todos los créditos del asegurado.

(*) Al tipo de cambio venta promedio ponderado publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP en el Diario El Peruano

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO

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

DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS

Cobertura de Fallecimiento por muerte natural y muerte accidental:

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

Cobertura de Invalidez total y permanente por enfermedad:

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

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

Cobertura de Invalidez total y permanente por accidente:

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

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

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

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

PRIMA

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

	TITULAR	TITULAR + 1
Tasa Comercial Cliente mensual	0.05‰	0.088‰
% Comisión del Comercializador sobre Tasa Neta*	22.40%	22.16%

*La Tasa Neta se obtiene luego de descontar los gastos de emisión (3%) a la Tasa Comercial Cliente Mensual.

Tasas por mil aplicada sobre el saldo insoluto

En caso de que el Contratante y/o Asegurado decida no usar corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

INTERÉS ASEGURADO

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

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar: Oficinas del Contratante.

Forma: El pago de la prima es mensual, conforme al cronograma de pago del crédito.

Fecha de vencimiento de pago de la prima: 30 días desde el inicio de vigencia y/o renovación.

Interés Moratorio: No aplica

BENEFICIARIOS

El beneficiario es el Contratante / Comercializador por ambas coberturas.

EDADES DEL ASEGURADO

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

Para fallecimiento:

Edad mínima de ingreso	= 18 años
Edad máxima de ingreso	= 78 años y 364 días
Edad máxima de permanencia	= 79 años y 364 días

Para Invalidez Total y Permanente:

Edad mínima de ingreso	= 18 años
Edad máxima de ingreso	= 68 años y 364 días
Edad máxima de permanencia	= 69 años y 364 días

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Es elegible toda persona natural cliente del Contratante, siempre que haya ingresado a sus registros antes de cumplir 74 años y que al momento de obtener el crédito se encuentre física y mentalmente capacitado para desempeñar sus actividades habituales y normales, conforme lo declarado en la Declaración de Salud.

Todo prestatario con solicitud de crédito entre S/ 20,001 y S/ 400,000, estará obligado a llenar una Declaración Personal de Salud (DPS).

Declaración de Salud

- Toda solicitud de crédito o cúmulo entre S/ 20,001 y S/ 400,000 obliga al prestatario a llenar una Declaración de Salud (DPS).
- Enviar a Suscripción todas las Declaraciones de Salud que presenten al menos una respuesta positiva en el cuestionario y/o un Índice de Masa Corporal igual o mayor a 28 y menor o igual a 18 y/o profesión o actividad o deporte riesgoso. Se revisarán los casos de manera puntual cuando el asegurado salga de estos parámetros.
- Las solicitudes que no tienen ninguna observación y no contienen ninguna respuesta positiva, ni ningún requerimiento adicional por monto y plazo (considerar cúmulos por préstamos anteriores), serán aceptadas automáticamente.
- Las DPS solo pueden ser llenadas de puño y letra del ASEGURADO. No se considerarán DPS válidas aquellas que no cumplan con esta precisión y tampoco aquellas que sean completadas por terceros (representantes legales, apoderados u otros).
- Los asegurados no deberán dejar ningún recuadro de información requerida en blanco.
- Los asegurados no deberán usar distinta letra ni distinto color de tinta en la DPS. Asimismo, esta no deberá tener correcciones ni borrones.
- La solicitud y la DPS tienen que ser firmadas por el asegurado con la misma firma que figura en el DNI.
- Cualquier respuesta afirmativa, deberá ser acompañada con la información necesaria (pregunta, enfermedades padecidas, fecha, duración, nombre del médico tratante, nombre de clínica y/o hospital, estado actual), lo que servirá para la evaluación del riesgo con mayor precisión.
- La DPS y toda la documentación adicional debe ser llenada con letra clara y legible y consignar siempre la fecha de llenado y firma del (la) cliente
- En el caso de los cuestionarios adicionales este deberá estar totalmente completo y sin contener ningún recuadro en blanco. Así mismo, deberá consignar la fecha de llenada, la firma y el sello de los médicos tratantes.
- El Contratante será responsable del correcto archivo de las Declaraciones Personales de Salud que no requieran ser remitidas para Suscripción, poniendo a disposición de LA COMPAÑIA estos documentos en cualquier momento en que sean solicitados, con un plazo de entrega no mayor a 48 horas.
- Si después de realizar los exámenes solicitados inicialmente por Suscripción de LA COMPAÑIA, se detectara indicio de alguna enfermedad o dolencia, LA COMPAÑIA podrá requerir exámenes adicionales cuyo costo será cubierto en un 100% por el ASEGURADO. Igualmente, se podrá solicitar que el ASEGURADO complete otro tipo de cuestionario relacionados a su profesión o deportes.
- RIMAC deberá brindar una respuesta en los siguientes plazos:
 - 24 horas: Solicitudes sin observaciones ni requerimientos adicionales.
 - 72 horas: Los clientes con un recargo mayor al 125% serán enviados al Reasegurador.
- Para la evaluación de los nuevos créditos se tomará en cuenta la acumulación de créditos vigentes del/los ASEGURADOS. (Cúmulos)

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL

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

- a. Suicidio consciente y voluntario dentro de los dos (2) primeros años de vigencia completos e ininterrumpidos. La

- auto mutilación o autolesión.
- b. Pena de muerte, participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos, duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
 - c. Guerra, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
 - d. Detonación, reacción fisión o radiación nuclear, contaminación radiactiva (independientemente de la forma en que se haya ocasionado). Cualquier evento que haya sido causado por fisión nuclear o reactor nuclear o contaminación radioactiva.
 - e. Accidente aéreo y marítimo de cualquier clase, en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales. No aplica la exclusión para vuelos y/o viajes comerciales sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
 - f. Participación directa en los siguientes deportes o actividades riesgosas: carrera o entrenamiento para carreras, de automóviles, bicicletas, ciclismo, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas, caballos; inmersión submarina, artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí o tabla o skate acuático, sobre nieve o arena, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados, boxeo, cacería, tiro. Salvo que habiéndolo declarado en la Solicitud de Seguro o durante la vigencia de la Póliza de Seguro, RIMAC haya aceptado cubrirlo, previo pago de una prima adicional*.
 - g. Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). En caso de accidente de tránsito se presume la influencia de alcohol o drogas si el asegurado o beneficiario se niegan a someterse al examen toxicológico y/o de alcoholemia.
 - h. Acto delictivo contra el Asegurado cometido por el Beneficiario o heredero, en calidad de autor o cómplice.
 - i. Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro.
 - j. Participación en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, o que ponga en grave peligro la vida o integridad física de la persona.
 - k. Operaciones o viajes submarinos.
 - l. Fallecimiento a consecuencia de Invalidez Total y Permanente (causada por enfermedad o accidente) configurada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

COMUNICACIÓN DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DEL ASEGURADO

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

DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Cuando así lo decidas y sin necesidad de una justificación. Para ello debes enviar una comunicación escrita a RIMAC o solicitarlo por cualquiera de los medios que usaste para contratar la Póliza de Seguro. Ésta quedará resuelta a los 30 días siguientes.

RIMAC tiene derecho a conservar y/o cobrar las primas por el período de vigencia transcurrido. En el caso que se hayan pagado primas por adelantado, tendrás derecho a que se te reembolse la prima por el período de vigencia que no ha transcurrido. Este reembolso se realizará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de la resolución.

EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

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

QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO:

Paso 1: Dar aviso a RIMAC

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

Paso 2: Solicitar la Cobertura de fallecimiento:

Para ello se deberán entregar a RIMAC o a las oficinas de la Entidad Financiera que otorgó el crédito o del Comercializador.

Para la cobertura de Fallecimiento por enfermedad:**Para cúmulos menores o iguales a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (*):**

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

Para cúmulos mayores a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (*):

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

En caso de fallecimiento por accidente:**Para cúmulos menores o iguales a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (*):**

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

Para cúmulos mayores a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (*):

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

Invalidez Total y Permanente por Accidente**Para cúmulos menores o iguales a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (*):**

Para solicitar la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por accidente, el ASEGURADO deberá presentar:

- Copia simple de su Documento Oficial de Identidad.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSALUD, ESSALUD, de la Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición.

Para cúmulos mayores a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (*):

Para solicitar la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por accidente, el ASEGURADO deberá presentar:

- Copia simple de su Documento Oficial de Identidad.
- Copia Certificada del Parte Policial o Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Original o Copia Certificada del Dosaje Etilico realizado al ASEGURADO, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Examen toxicológico y/o de alcoholemia, en caso de haberse realizado.
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, de la Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad**Para cúmulos menores o iguales a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (*):**

Para solicitar la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por enfermedad, el ASEGURADO deberá presentar:

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

Para cúmulos mayores a \$ 3,000 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional (*):

Para solicitar la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por enfermedad, el ASEGURADO deberá presentar:

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

(*) Al tipo de cambio venta promedio ponderado publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP en el Diario El Peruano

Para efectos de la evaluación de la documentación presentada, el ASEGURADO declara que se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite RIMAC, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y a la vez autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda entregar directamente cualquier información solicitada por RIMAC, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

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

La junta médica evaluará la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en este documento y tomando en consideración las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez”, según la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al ASEGURADO a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el ASEGURADO y RIMAC.

Los documentos serán entregados en las Plataformas de RIMAC descritas en el Resumen de la Póliza de

Seguro, o en las oficinas de la Entidad Financiera que le otorgó el crédito y/o la tarjeta de crédito, según corresponda, o en las oficinas del Comercializador.

Recuerde que todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

Autorización para acceder a Historia Clínica: El cliente asegurado autoriza expresamente a RIMAC, a través de la declaración contenida en la solicitud-certificado, en los casos de fallecimiento e invalidez total y permanente a causa de accidente y/o enfermedad a obtener y acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera. La aseguradora empleará su red de auditoría médica, sobre esta autorización, actuando pro activamente en facilitar y/o agilizar la satisfacción de los documentos necesarios para la liquidación.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

Paso 3: El pago de la Indemnización:

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

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

RIMAC pagará la indemnización dentro de los 30 días siguientes de haber consentido o aceptado la cobertura.

Solicitud de Cobertura Fraudulenta

En caso cualquiera de las coberturas de esta Póliza sea solicitadas en forma fraudulenta, los Beneficiarios pierden el derecho a ser indemnizados.

Una solicitud de cobertura será considerada fraudulenta cuando se apoya total o parcialmente en declaraciones o documentos falsos o inexactos, o se emplea medios falsos para probarlos, o se exagera los daños producidos.

LA ASEGURADORA está autorizada a realizar las investigaciones y solicitar la información necesaria al CONTRATANTE para evaluar esta circunstancia.

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

LA ASEGURADORA se obliga a emitir un certificado individual de cobertura, debidamente numerado y registrado en la póliza, conteniendo un resumen de las coberturas, exclusiones y procedimientos para acceder a las indemnizaciones que otorga la misma; además de los datos de cada prestatario, quien devolverá una copia debidamente suscrita, en señal de conformidad, las que permanecerán en poder del CONTRATANTE. El formato será coordinado con EL CONTRATANTE y deberá emitirse en estricto cumplimiento de las disposiciones vigentes de la SBS.

En caso se tenga que enviar comunicaciones a los clientes informando por algún cambio en sus condiciones de sus pólizas ya contratadas, este costo será asumido íntegramente por EL CONTRATANTE.

LUGARES AUTORIZADOS POR RIMAC PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO en las oficinas del CONTRATANTE, a nivel nacional.

Adicionalmente, podrá presentarse a RIMAC en sus Plataformas de Atención de Cliente:

Oficina Principal: Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima / **Lima:** Av. Paseo de la República 3082, San Isidro. Av. Comandante Espinar 689, Miraflores. Telf. 411-3000 / **Arequipa:** Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700.

Las solicitudes de cobertura presentadas al CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR del seguro, de corresponder, tienen los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a RIMAC.

MEDIOS HABILITADOS POR RIMAC PARA PRESENTAR RECLAMOS

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita como se detalla a continuación:

Verbal: Presencial o vía telefónica a través de los Plataformas de Atención al Cliente en Lima y Provincias y Central de Consultas y Reclamos. / **Escrito:** Mediante carta dirigida a RIMAC Seguros o a través de la página web o correo electrónico / **Central de Consultas y Reclamos:** (01) 411-1111 / **Correo Electrónico:** reclamos@rimac.com.pe / **Página Web:** www.rimac.com

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

No aplica.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

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

INFORMACIÓN ADICIONAL:

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

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

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

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

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

Lugar y fecha:



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

ASEGURADO

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - Seguro Desgravamen

DATOS DEL TITULAR

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		Sexo	
						F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
DNI <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento		Peso		Talla	
Ocupación		Giro de la Empresa		Su trabajo es 100% administrativo?		Si	No
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL CÓNYUGE (solo si el crédito es mancomunado):

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		Sexo	
						F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
DNI <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento		Peso		Talla	
Ocupación		Giro de la Empresa		Su trabajo es 100% administrativo?		Si	No
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL CRÉDITO

Importe del Préstamo		Plazo		Oficina		Funcionario	
Tipo de Préstamo		Moneda		Mail		Teléfono	
		Soles <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>				

Deuda Actual (cúmulos)

<p>1. ¿Padece o has padecido, recibes o has recibido tratamiento médico ambulatorio y/o hospitalario, estás tomando algún medicamento, te encuentras en proceso de estudios del diagnóstico de alguna enfermedad, tienes conocimiento de requerir tratamiento por enfermedades Neurológicas, cerebrovasculares, cardiovasculares, respiratorias, reumáticas, oncológicas, tumorales, cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus, endocrinológicas, abdominales (gastroenterológicas / aparato digestivo), meningitis, gineco obstétricas, aparato reproductor, renales, urinarias, enfermedad de la sangre, enfermedades infecto contagiosas (SIDA, HIV, hepatitis, TBC, meningitis, entre otras), parálisis, enfermedades mentales, enfermedades de los ojos u oídos, COVID (coronavirus), enfermedades crónicas del corazón, de los pulmones, leucemia, enfisema, neumonía, asma o recibe tratamiento con inmunosupresores, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, Enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, secuelas de accidentes, enfermedades osteoarticulares, reumáticas, musculares o alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente? ¿Tienes algún defecto físico congénito o adquirida e invalidante?</p>	Titular	Titular 2
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	<p>2. ¿Has padecido o padeces cualquier otra enfermedad no mencionada anteriormente?</p>	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<p>3. ¿Fumas más de 10 cigarrillos diarios? Cantidad diaria _____ ¿Tienes consumo diario de alcohol o consumo de drogas? Cantidad diaria _____</p>		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

4. ¿Le han realizado trasplante de algún órgano?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Realizas alguna actividad y/o deporte de riesgo o peligroso? ¿Cuál?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina tos o dolor de garganta junto con fiebre, dolores musculares, fatiga?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha viajado durante los últimos 28 días a países de alto riesgo afectados por el coronavirus (por ejemplo China, EEUU, Japón, Corea del Sur, Irán, Italia, España) o tiene pensado viajar a tales países en los próximos 3 meses?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Te encuentras embarazada? Indica mes de gestación: _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Si usted marcó SI por favor especifique y/o amplíe su respuesta

Detalle de las respuestas afirmativas

Preg.	Enfermedades Padecidad	T	C	Fecha	Duración	Médico / Clínica tratante	Estado Actual

“Confirmando la exactitud y la sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Aseguradora y que una declaración falsa y reticencia de mi parte implican la nulidad de la póliza de acuerdo al artículo N° 376 del Código de Comercio. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias a revelar a la Aseguradora todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarme sus servicios.”

El cliente autoriza a que en caso de Fallecimiento o Invalidez, la compañía de seguros pueda acceder a la información médica necesaria para poder determinar la cobertura del seguro contratado.

() *Cliente prefiere mantener la confidencialidad de la información.*

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del Afiliado _____

Firma del Cónyuge _____