

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 Sí NO se renueva automáticamente.

Lugar y fecha de emisión: Lima ____ de _____ de _____



RICHARD MAURICCI 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.

PRIMA

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

- Comisión del Comercializador : 2.20%
- En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no usar comercializadores seguros, 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 Temporal).

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 / FRANQUICIAS O SIMILARES

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.

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

La COMPAÑÍA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza pactados 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 COMPAÑÍA. 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.

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE, quien tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

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 letra a) del numeral 1 del Artículo 19° de las presentes Condiciones Generales.
 - a) Empleados del sector privado, regidos bajo la Ley de Productividad y Competitividad Laboral, Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo 728.
 - a.1) Detrimiento en la facultad física o mental o la ineptitud sobrevenida determinante para el desempeño de sus tareas (Artículo 23° 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° Ley de Productividad y Competitividad Laboral).
 - a.3) Despido Arbitrario, sólo después que se haya materializado el pago de indemnización a la que tiene derecho el trabajador.
 - 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 mínimo definido en las Condiciones Particulares.
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.

Sin perjuicio de lo anterior, la COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares de la Póliza podrá extender la cobertura a casos no previstos por este condicionado.

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
- n) ASEGURADO al momento de contratar el Seguro o durante su vigencia.
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
- o) ASEGURADO al momento de contratar el Seguro o durante su vigencia.
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
- p) puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras.
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
- q) practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
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
- r) para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción,
- s) radiación nuclear o contaminación radiactiva.
Daños o pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o de cualquier riesgo
- t) atómico.
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
- u) como miembro de una institución de carácter civil o militar.
Lesiones o afecciones padecidas con motivo de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones guerreras (sea que haya sido declarada o
- v) no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar, naval o usurpado.
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,
- w) apoplejía u otras incapacidades físicas de similar índole.
- x) Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas en la columna vertebral.
La incapacidad temporal debida a la misma enfermedad o accidente por la cual el
- y) ASEGURADO ha recibido una indemnización por esta misma Póliza.
Los llamados 'Accidentes Médicos', tal como pero no limitado a apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos; así
- z) como los casos de negligencia o impericia médica.
Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el
- aa) beneficiario o heredero.
Servicios o tratamientos prestados por cualquier persona contratada por el ASEGURADO que
- bb) no cuente con la acreditación profesional correspondiente.
- cc) Procedimientos médicos experimentales.
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, descritos en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo la COMPAÑÍA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del

siniestro.

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.

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 COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

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

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
- **Página Web:** 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
Teléfono: (01) 446-9158
Lima: Arias Araguez 146, San Antonio, Miraflores.

Indecopi:

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
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 Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
 - 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.
- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante/Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.
 - El Contratante y/o 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 consignada en el presente documento. En caso el Contratante y/o 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 411-3000. 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.

LEY 29733 – LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS ("La Aseguradora"), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con La Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.