

## SEGURO DE DESGRAVAMEN - CREDITO A PROVEEDORES SOLICITUD - CERTIFICADO

**Código SBS: VI0507400314**  
Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

### DATOS DE LA ASEGURADORA

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

### DATOS DEL CONTRATANTE

**Razón Social:** Financiera Efectiva S.A.      **RUC:** 20441805960  
**Dirección:** Av. Luis Gonzales N° 1315 Int. 302, Chiclayo  
**Departamento:** LAMBAYEQUE      **Teléfono:** (074) 274867 – 223680

### DATOS DEL ASEGURADO

**Nombre y Apellido:**  
**Fecha de Nacimiento:**      **Teléfono:**      **Sexo:**  
**Dirección:**  
**Correo Electrónico:**      **Tipo y N° de Documento:**  
**Relación con el CONTRATANTE:** ECONÓMICA

### DATOS DEL BENEFICIARIO

En caso de fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por accidente o por enfermedad del ASEGURADO, la ASEGURADORA indemnizará el Saldo Insoluto del Crédito al CONTRATANTE, como único BENEFICIARIO.

### VIGENCIA

Inicio de Vigencia:   /  /        Hora: 12:00m.  
Inicio de Vigencia:   /  /        Hora: 12:00m. o la fecha en que el asegurado alcance la edad  
Esta Póliza SÍ  NO  se renueva automáticamente.      límite de permanencia, lo que ocurra primero.

Lugar y fecha de emisión: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Mediante la firma del presente documento, el asegurado declara conocer los términos en los cuales RIMAC realizara el uso y tratamiento de mis datos personales para la ejecución de la presente póliza de seguro, cuyo detalle se encuentra en la página 8 del presente Certificado de Seguro.

El asegurado declara conocer los términos y condiciones particulares y generales de la póliza de seguro y confirma que a la firma de este documento ha recibido una copia completa fiel del original suscrito (Pag. 1 a la 8).



Richard Mauricci  
Vicepresidente  
División Seguros Personales  
Rimac Seguros y Reaseguros

Firma del Asegurado Titular

### INTERÉS ASEGURADO

Cancelación de la Suma Asegurada en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.

### RIESGOS CUBIERTOS

**MUERTE NATURAL:** Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado en el caso de muerte accidental.  
**MUERTE ACCIDENTAL:** Fin de la vida del ASEGURADO, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.  
**INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Accidente, el hecho que el ASEGURADO antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra

una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual (no se considera factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Accidente.

- En caso de accidente se considerará configurada la Invalidez Total y Permanente por Accidente cuando se presenten las situaciones previstas a continuación:
  - Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
  - Lesión incurable de la médula espinal que determinase la Invalidez Total y Permanente.
  - Pérdida total de la visión bilateral.
  - Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de los dos brazos o de ambas manos.
  - Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de las dos piernas o de ambos pies.
  - Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.
  - Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionados.

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

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

Podrán ser asegurados bajo la presente Póliza, los miembros de las Fuerzas Armadas (Marina de Guerra del Perú, Ejército Peruano y Fuerza Aérea del Perú); sin embargo, las coberturas que serán otorgadas por esta Póliza de Seguro a estos asegurados, sólo se activarán en tanto el siniestro no haya sido causado por el desempeño de sus funciones militares, y en tanto no se hallen dentro de las exclusiones establecidas en la Póliza de Seguro.

## COBERTURA DEL SEGURO

**SUMA ASEGURADA MÁXIMA POR ASEGURADO:** Hasta S/ 300,000 por Asegurado (cúmulo).

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s)
Muerte Natural	Saldo Insoluto del crédito sin incluir intereses ni moras, por operaciones activas, hasta un límite máximo de suma asegurada por asegurado a la fecha del fallecimiento por muerte natural o accidental del ASEGURADO o al momento en que se produzca la invalidez total y permanente del ASEGURADO, ya sea por accidente o por enfermedad.
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	

Determinación de la invalidez: Corresponde al ASEGURADO dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la ASEGURADORA los antecedentes que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la ASEGURADORA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

## CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

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:**

- De S/ 0 a S/ 20,000, sin DPS.
- De S/ 20,001 a S/ 300,000 completar la DPS.

## EXCLUSIONES

La ASEGURADORA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento o invalidez del (os) ASEGURADO (s) ocurra en las siguientes circunstancias:

- A. Suicidio, automutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del Seguro de Vida Desgravamen.
  - B. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, tumulto popular, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
  - C. Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el BENEFICIARIO o HEREDERO.
  - D. Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiriera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
  - E. 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.
  - F. Lesiones o fallecimiento 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.
  - G. Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la ASEGURADORA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra Prima correspondiente.
  - H. Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como pero no limitado a, inmersión submarina, 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; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la ASEGURADORA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra Prima correspondiente.
  - I. Los accidentes o fallecimiento que se produzcan en situación de embriaguez o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas o en estado de sonambulismo.
  - J. Fallecimiento como consecuencia de enfermedades graves y/o crónicas preexistentes a la contratación de la Póliza de Seguro de Desgravamen.
  - K. Las consecuencias de insolaciones, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
  - L. Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- Exclusiones aplicables a Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:
- a) Abuso de alcohol o de drogas.
  - b) A consecuencia de los riesgos comprendidos en esta Póliza referidos a "Exclusiones".

## DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES

No aplica.

## PRIMA

TASA	%	% COMISIÓN DEL COMERCIALIZADOR
Tasa Comercial Mensual	0.5%	Cuatro punto setenta y cinco por ciento

La comisión del comercializador se calcula sobre la Prima Neta. La Prima Neta se obtiene luego de descontar los gastos de emisión (3%) a la Prima Comercial Total Mensual luego de realizar el cálculo descrito en el párrafo precedente.

Monto Inicial del Crédito x Tasa Comercial Mensual.

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

Mensualmente todas las Primas deberán pagarse por intermedio del CONTRATANTE a la ASEGURADORA, sin necesidad de requerimiento previo.

## SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago, señalado en el Convenio de Pago, origina la suspensión de la cobertura otorgada por esta Póliza una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al periodo corrido del Contrato de Seguro.

La ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

En caso que la presente Póliza contemple el Derecho de Reducción, y este sea ejercido, la suspensión de cobertura no procederá en caso hayan transcurrido dos (02) años o menos, según se haya pactado en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro.

## RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la Prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la Prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la Prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la Prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la Prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

## REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro o el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos.

**En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.**

## DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

Para estos fines, el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente Póliza o en el certificado de seguro según corresponda.

## DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

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

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

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

## AVISO DE SINIESTRO

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

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

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

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

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

## SOLICITUD DE COBERTURA

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

### Muerte Natural:

- **Copia Simple del Documento Oficial de Identidad (D.O.I.) del Asegurado.**
- **Certificado de Defunción, en original o copia certificada.**
- **Acta o partida de Defunción, en original o copia certificada.**
- **Certificado de seguro firmado por el ASEGURADO.**
- **Informes Médicos adicionales y/o ampliatorios a requerimiento de la ASEGURADORA para aquellos casos que el monto de la indemnización sea igual o superior a US\$ 3,000 dólares o su equivalente en moneda nacional al tipo de cambio venta promedio ponderado publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP en el Diario El Peruano.**
- **Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.**
- **Historia Clínica foliada y fedateada del ASEGURADO.**

### Muerte Accidental:

- **Copia simple del Documento Oficial de Identidad (D.O.I.) del ASEGURADO.**
- **Certificado de Defunción, en original o copia certificada.**
- **Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada.**
- **Copia Certificada del parte y atestado policial.**
- **Certificado y protocolo de necropsia, de haberse realizado.**
- **Resultado de examen toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado.**
- **Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.**
- **Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.**
- **Certificado de seguro firmado por el ASEGURADO.**

### Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- **Copia simple del Documento Oficial de Identidad (D.O.I.) del ASEGURADO.**
- **Copia Certificada del parte y atestado policial.**
- **Resultado del examen toxicológico, de haberse realizado.**
- **Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.**
- **Dosaje etílico, en caso de un accidente de tránsito.**
- **Resultado del examen toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado.**
- **Dictamen de Invalidez de la comisión medica evaluadora de incapacidades emitido por MINSA, ESSALUD, EPS O COMEC.**
- **Certificado de seguro firmado por el ASEGURADO.**



## Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

- **Copia simple del Documento de identidad del ASEGURADO.**
- **Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.**
- **Dictamen de Invalidez de la comisión medica evaluadora de incapacidades emitido por MINSA, ESSALUD, EPS O COMEC.**
- **Historia Clínica foliada y fedateada del ASEGURADO.**
- **Certificado de seguro firmado por el ASEGURADO.**

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

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCIÓN OFICIAL del mismo.

## PAGO DE SINIESTRO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Oficina Principal:** Las Begonias N° 475, Piso 3, 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 N° 689, Miraflores.

**Arequipa:** Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito.  
Telf. (054)-381700

**Chiclayo:** Av. Salaverry 560, Urb. Patazca.  
Telf. (074)- 481400

**Cusco:** Calle Humberto Vidal Unda G-5,  
Urbanización Magisterial, 2da. Étapea, Cusco.  
Telf. (084)-229990 / (084)-227041

**Iquitos:** Jirón Putumayo 501.  
Telf. (065)-242107

**Cajamarca:** Jr. Belén 676-678. Telf. (076)-369635

**Huancayo:** Jr. Ancash 125, Huancayo.  
Telf. (064)-223233

**Piura:** Calle Libertad 450. Telf. (073)-284900

**Trujillo:** C.C. Mall Aventura Plaza - Local 1004.  
Av. América Oeste 750, Urb. El Ingenio.  
Telf. (044)-485200

## MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA PARA PRESENTAR RECLAMOS

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

**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 ASEGURADORA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

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

<b>Defensoría del Asegurado:</b>	<a href="http://www.defaseg.com.pe">www.defaseg.com.pe</a> Teléfono: (01) 446-9158 LIMA: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores.
<b>INDECOPI:</b>	<a href="http://www.indecopi.gob.pe">www.indecopi.gob.pe</a> Teléfono: (01) 224-7777 / Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040 SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima. SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.
<b>SUPERINTENDENCIA DE BANCA Y SEGUROS Y AFP (SBS).</b>	<a href="http://www.sbs.gob.pe">www.sbs.gob.pe</a> Los Laureles 214, San Isidro, Lima. LIMA: Jr. Junín N° 270, Lima 01. AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. PIURA: Jr. Prócer Merino 101, Urb. Club Grau. IQUITOS: Calle Putumayo N° 464 HUANCAYO: Pasaje Comercial N° 474, El Tambo. 0800-10840   (511) 428-0555

## INFORMACIÓN ADICIONAL

- **En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:**
  - I. La ASEGURADORA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
  - II. La ASEGURADORA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
  - 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.
- El ASEGURADO autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al CONTRATANTE.
- 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](mailto: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.

## 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