

Código SBS: VI0507410063 Soles
Póliza: 0049701132

SOLICITUD - CERTIFICADO DESGRAVAMEN COMPRA DEUDA

DATOS DE LA ASEGURADORA

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

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: BANCO RIPLEY S.A. RUC: 20259702411
Dirección: Av. Paseo de la República Nro. 3118 (Piso 11) Página web: www.bancoripley.com.pe

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido: N° de Documento: Sexo: M F
Fecha de Nacimiento: Dirección: Provincia:

INTERÉS ASEGURADO

Cancelación de la suma asegurada (Saldo Insoluto) en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.

VIGENCIA

Vigencia mensual de renovación automática.

COBERTURA DEL SEGURO

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s)*
Muerte Natural	Saldo Insoluto del crédito 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.
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	

MONTO A ASEGURAR: Créditos hasta S/ 50,000 por ASEGURADO.

Si un asegurado tiene dos o más líneas de crédito aseguradas bajo la presente póliza, la Compañía de Seguros en caso de siniestro indemnizable solo asumirá hasta la suma máxima de S/ 50,000 por los saldos insolutos de las líneas de crédito.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente de edades

COBERTURA	LÍMITE INGRESO	LÍMITE PERMANENCIA
Fallecimiento	69 años y 364 días	74 años y 364 días
ITP por Accidente o enfermedad	69 años y 364 días	74 años y 364 días

Es elegible toda persona natural cliente de "EL CONTRATANTE" que al momento de obtener el crédito se encuentre física y mentalmente capacitado para desempeñar sus actividades habituales y normales.

EXCLUSIONES

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

- Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del Seguro de Vida Desgravamen.
- 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.
- Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o Heredero.
- Guerra, invasión u operaciones bélicas, actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva;
- Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo 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.
- 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.
- Realización de alguna de las siguientes actividades o deportes riesgosos: 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 o en el Certificado de Seguro, previo pago de la extra prima correspondiente.
- Los accidentes o fallecimiento que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentra bajo influencia de drogas (sin importar su grado de presencia en la sangre) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) siempre que el accidente sea consecuencia directa de estos estados y esta situación sea acto generador del siniestro. Para efectos de esta exclusión, siempre y cuando el siniestro se haya producido como consecuencia de un accidente de tránsito y que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o drogas, si el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- A consecuencia de enfermedades, lesiones o defectos que se consideren pre existentes al inicio del seguro y que los mismos hayan sido de conocimiento del asegurado; en caso contrario el siniestro se encontrará cubierto.

Exclusiones adicionales aplicables a la cobertura Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

- Abuso de alcohol o de drogas.
- Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- Pelears o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa. Se considera legítima defensa el derecho de todo ciudadano a responder por medio de la violencia a una agresión e infracción actual, inminente e inmediata, injusta y dirigida contra el otro.

PRIMA

Prima Comercial Cliente: S/.25 mensuales

RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA POR PARTE DEL ASEGURADO

Se podrá resolver el criticado por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, 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 Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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.

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:

Muerte Natural y Accidental:

- Copia certificada de la partida de defunción expedida por RENIEC. (Ambas)
- Copia legalizada del certificado médico o defunción. (Ambas)
- Copia foliada y fedateada de la historia clínica y del informe médico suscrito por el médico tratante. (M. Natural)
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro. (Ambas)
- Atestado policial completo o diligencias fiscales, según corresponda, en caso de haberse realizado. (M. Accidental)
- Copia certificada del protocolo de necropsia completo, en caso de haberse realizado. (M. Accidental)
- Copia certificada de análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado. (M. Accidental)
- Copia certificada del dosaje etílico en caso de accidente de tránsito. (M. Accidental)

Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

- Historia clínica e informe del médico tratante (Ambas)
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro. (Ambas)
- Dictamen de invalidez de la comisión médica evaluadora de incapacidades emitida por MINSALUD, ESSALUD o EPS (Ambas) para la invalidez por enfermedad se tomará en cuenta la fecha de la emisión del dictamen de invalidez, para la invalidez accidental se tomará en cuenta la fecha de ocurrencia del siniestro.
- Copia fedateada de la Historia Clínica del ASEGURADO. (Ambas)
- Copia Certificada del parte o atestado policial, de haberse realizado. (Accidente)
- Dosaje etílico realizado al ASEGURADO, siempre que sea la persona activa que ocasionó el siniestro, en el caso de accidente de tránsito. (Accidente)

Para todos los casos siempre se deberá presentar la Solicitud y Certificado de Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO, este documento debe ser entregado por el CONTRATANTE. En caso no se cuente con dicho documento, el monto del siniestro no será asumido por la ASEGURADORA - Invalidez Total y Permanente por Enfermedad (Ambas)

En los casos en que las instancias correspondientes no pudieran determinar las condiciones de invalidez permanente en un periodo superior a los 06 meses, se considerará como total y permanente la invalidez declarada por un Médico Auditor de Rimac Seguros.

Autorización para acceder a Historia Clínica: El cliente asegurado autoriza expresamente a la compañía, 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. 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 o hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y/o desaparición forzosa y partida de defunción. Desaparición forzosa: situación en la que el juez emite un acta de defunción, cuando el hecho es sumario.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCIÓN OFICIAL del mismo. 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. La COMPANIA se reserva el derecho de requerir al o los Beneficiario(s) cualquier documento o información adicional en original o copia legalizada, en caso las circunstancias específicas así lo ameriten.

PAGO DE SINIESTRO

Dentro de los quince (15) 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 COMPANIA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro. En caso LA COMPANIA 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 document citada.

En caso que LA COMPANIA 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 COMPANIA para consentir o rechazar el siniestro. Una vez consentido el siniestro, LA COMPANIA cuenta con el plazo de quince (15) 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

Dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza La solicitud de cobertura debe ser comunicado por el Contratante, Asegurado o Beneficiario a la Aseguradora en las Plataformas de Atención al Cliente:
Oficina Principal: Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima / 411-3000

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 las Plataformas 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: eclamos@rimac.com.pe / Página Web: www.rimac.com

Código SBS: VI0507410063 Soles
Póliza: 0049701132

SOLICITUD - CERTIFICADO DESGRAVAMEN COMPRA DEUDA

DATOS DE LA ASEGURADORA

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

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: BANCO RIPLEY S.A. RUC: 20259702411
Dirección: Av. Paseo de la República Nro. 3118 (Piso 11) Página web: www.bancoripley.com.pe

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido: N° de Documento: Sexo: M F
Fecha de Nacimiento: Dirección: Provincia:

INTERÉS ASEGURADO

Cancelación de la suma asegurada (Saldo Insoluto) en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.

VIGENCIA

Vigencia mensual de renovación automática.

COBERTURA DEL SEGURO

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s)*
Muerte Natural	Saldo Insoluto del crédito 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.
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	

MONTO A ASEGURAR: Créditos hasta S/ 50,000 por ASEGURADO.

Si un asegurado tiene dos o más líneas de crédito aseguradas bajo la presente póliza, la Compañía de Seguros en caso de siniestro indemnizable solo asumirá hasta la suma máxima de S/ 50,000 por los saldos insolutos de las líneas de crédito.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente de edades

COBERTURA	LÍMITE INGRESO	LÍMITE PERMANENCIA
Fallecimiento	69 años y 364 días	74 años y 364 días
ITP por Accidente o enfermedad	69 años y 364 días	74 años y 364 días

Es elegible toda persona natural cliente de "EL CONTRATANTE" que al momento de obtener el crédito se encuentre física y mentalmente capacitado para desempeñar sus actividades habituales y normales.

EXCLUSIONES

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

- Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del Seguro de Vida Desgravamen.
- 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.
- Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o Heredero.
- Guerra, invasión u operaciones bélicas, actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva;
- Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo 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.
- 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.
- Realización de alguna de las siguientes actividades o deportes riesgosos: 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 o en el Certificado de Seguro, previo pago de la extra prima correspondiente.
- Los accidentes o fallecimiento que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentra bajo influencia de drogas (sin importar su grado de presencia en la sangre) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) siempre que el accidente sea consecuencia directa de estos estados y esta situación sea acto generador del siniestro. Para efectos de esta exclusión, siempre y cuando el siniestro se haya producido como consecuencia de un accidente de tránsito y que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o drogas, si el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- A consecuencia de enfermedades, lesiones o defectos que se consideren pre existentes al inicio del seguro y que los mismos hayan sido de conocimiento del asegurado, en caso contrario el siniestro se encontrará cubierto.

Exclusiones adicionales aplicables a la cobertura Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

- Abuso de alcohol o de drogas.
- Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- Pelears o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa. Se considera legítima defensa el derecho de todo ciudadano a responder por medio de la violencia a una agresión e infracción actual, inminente e inmediata, injusta y dirigida contra el otro.

PRIMA

Prima Comercial Cliente: S/.25 mensuales

RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA POR PARTE DEL ASEGURADO

Se podrá resolver el criticado por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, 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 Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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.

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:

Muerte Natural y Accidental:

- Copia certificada de la partida de defunción expedida por RENIEC. (Ambas)
- Copia legalizada del certificado médico o defunción. (Ambas)
- Copia foliada y fedateada de la historia clínica y del informe médico suscrito por el médico tratante. (M. Natural)
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro. (Ambas)
- Atestado policial completo o diligencias fiscales, según corresponda, en caso de haberse realizado. (M. Accidental)
- Copia certificada del protocolo de necropsia completo, en caso de haberse realizado. (M. Accidental)
- Copia certificada de análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado. (M. Accidental)
- Copia certificada del dosaje etílico en caso de accidente de tránsito. (M. Accidental)

Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

- Historia clínica e informe del médico tratante (Ambas)
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro. (Ambas)
- Dictamen de invalidez de la comisión médica evaluadora de incapacidades emitida por MINSALUD, ESSALUD o EPS (Ambas) para la invalidez por enfermedad se tomará en cuenta la fecha de la emisión del dictamen de invalidez, para la invalidez accidental se tomará en cuenta la fecha de ocurrencia del siniestro.
- Copia fedateada de la Historia Clínica del ASEGURADO. (Ambas)
- Copia Certificada del parte o atestado policial, de haberse realizado. (Accidente)
- Dosaje etílico realizado al ASEGURADO, siempre que sea la persona activa que ocasionó el siniestro, en el caso de accidente de tránsito. (Accidente)

Para todos los casos siempre se deberá presentar la Solicitud y Certificado de Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO, este documento debe ser entregado por el CONTRATANTE. En caso no se cuente con dicho documento, el monto del siniestro no será asumido por la ASEGURADORA - Invalidez Total y Permanente por Enfermedad (Ambas)

En los casos en que las instancias correspondientes no pudieran determinar las condiciones de invalidez permanente en un periodo superior a los 06 meses, se considerará como total y permanente la invalidez declarada por un Médico Auditor de Rimac Seguros.

Autorización para acceder a Historia Clínica: El cliente asegurado autoriza expresamente a la compañía, 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. 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/o desaparición forzosa y partida de defunción. Desaparición forzosa: situación en la que el juez emite un acta de defunción, cuando el hecho es sumario.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCIÓN OFICIAL del mismo. 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. La COMPANIA se reserva el derecho de requerir al o los Beneficiario(s) cualquier documento o información adicional en original o copia legalizada, en caso las circunstancias específicas así lo ameriten.

PAGO DE SINIESTRO

Dentro de los quince (15) 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 COMPANIA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro. En caso LA COMPANIA 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 document citada.

En caso que LA COMPANIA 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 COMPANIA para consentir o rechazar el siniestro. Una vez consentido el siniestro, LA COMPANIA cuenta con el plazo de quince (15) 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

Dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza La solicitud de cobertura debe ser comunicado por el Contratante, Asegurado o Beneficiario a la Aseguradora en las Plataformas de Atención al Cliente:
Oficina Principal: Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima / 411-3000

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 las Plataformas 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: eclamos@rimac.com.pe / Página Web: www.rimac.com

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 detalló a continuación:

Verbal: Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas.

Escrito: Mediante carta dirigida a Rimac Seguros o a través de la página web o correo electrónico.

Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-3000 / Correo Electrónico: eclamos@rimac.com.pe / Página Web: www.rimac.com

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

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO: www.defaseg.com.pe / Teléfono: (01) 421-0614 LIMA: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro.

INDECOP: www.indecopi.gob.pe / Teléfono 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 y Seguros y AFP (SBS) sólo para consultas y/o denuncias: 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: 0800-10840 | (511) 630-9000 y 2001930.

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 Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado de Usuarios 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 la ASEGURADORA.
- IV. Los pagos efectuados al comercializador, se considerarán abonados a la ASEGURADORA.

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 evalúe 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, 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.

Declaro haber recibido y haber sido informado que este Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro (Coberturas, Exclusiones, Procedimiento en caso de siniestros, etc).

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



Richard Mauricci
Vicepresidente
División Seguros Personales
RimacSeguros y Reaseguros

CONTRATANTE

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 detalló a continuación:

Verbal: Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas.

Escrito: Mediante carta dirigida a Rimac Seguros o a través de la página web o correo electrónico.

Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-3000 / Correo Electrónico: eclamos@rimac.com.pe / Página Web: www.rimac.com

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

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO: www.defaseg.com.pe / Teléfono: (01) 421-0614 LIMA: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro.

INDECOP: www.indecopi.gob.pe / Teléfono 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 y Seguros y AFP (SBS) sólo para consultas y/o denuncias: 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: 0800-10840 | (511) 630-9000 y 2001930.

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 Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado de Usuarios 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 la ASEGURADORA.
- IV. Los pagos efectuados al comercializador, se considerarán abonados a la ASEGURADORA.

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 evalúe 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, 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.

Declaro haber recibido y haber sido informado que este Certificado resume las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza al momento de solicitar el seguro (Coberturas, Exclusiones, Procedimiento en caso de siniestros, etc).

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



Richard Mauricci
Vicepresidente
División Seguros Personales
RimacSeguros y Reaseguros

CONTRATANTE