

Código SBS: VI0507410063 Soles
 Código SBS: VI0507420064 Dólares
 Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

SEGURO DE DESGRAVAMEN FINANCIERA CONFIANZA SOLICITUD / CERTIFICADO DE SEGURO

N° PÓLIZA 11678138 NUEVOS SOLES

N° PÓLIZA 11678139 DÓLARES AMERICANOS

DATOS DEL ASEGURADO (titular del crédito)

Nombre:		
Teléfono celular:		Tipo y N° de Documento:
Fecha de nacimiento:		Dirección:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Correo Electrónico:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		Teléfono fijo:
Relación con el contratante: Crediticia, mantiene saldos deudores con el CONTRATANTE.		

DATOS DEL CÓNYUGE (solo aplica en caso de contratación de seguro de desgravamen conyugal)

Nombre:		
Teléfono celular:		Tipo y N° de Documento:
Fecha de nacimiento:		Dirección:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Correo Electrónico:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
		Teléfono fijo:

DATOS DEL CRÉDITO

Valor total asegurado:		Deuda actual (cúmulos):
Plazo:	Moneda: Soles <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	Modalidad cobertura: Saldo Insoluto

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS)

(Completar en caso la suma o cúmulo de saldo deudor, supere la suma de S/ 70,000 o US\$ 23,000)

Datos del Titular

Peso:	kg.	Talla:	cm.
-------	-----	--------	-----

Datos del Cónyuge (solo si es mancomunado)

Peso:	kg.	Talla:	cm.
-------	-----	--------	-----

Declaración Personal de Salud

	Titular	Cónyuge
1. ¿Fumas? En caso de responder "sí" indicar el número de cigarrillos al día: _____	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Consumes bebidas alcohólicas diariamente?	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Padeces o has padecido, recibes o has recibido tratamiento médico ambulatorio y/o hospitalario, estás tomando algún medicamento, te encuentras en proceso de estudios del diagnóstico de alguna enfermedad, tienes conocimiento de requerir tratamiento por enfermedades Neurológicas, cardiovasculares, respiratorias, reumáticas, tumorales, cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus, endocrinológicas, abdominales (gastroenterológicas), hepatitis, meningitis, gineco obstétricas, renales, urinarias, parálisis, enfermedades infecto contagiosas (VIH/SIDA, hepatitis, TBC), alcoholismo o drogadicción, secuelas de accidentes, enfermedades mentales, osteoarticulares, musculares u otra enfermedad no mencionada?	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Has recibido revisión médica preventiva, te has practicado algún examen por chequeo te encuentras en proceso de estudios o diagnóstico de alguna enfermedad?	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene algún defecto físico congénito o adquirido?	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Te encuentras embarazada? Indica mes de gestación: _____	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas, debe detallar su respuesta en el siguiente recuadro:

Preg.	Enfermedades Padecidas	T	C	Fecha	Duración	Médico/Clínica Tratante	Estado Actual

* T = TITULAR C = CÓNYUGE

Cualquier respuesta afirmativa de los solicitantes debe acompañarse de una completa información al respecto y se deberá entender que solo es una Solicitud de Seguro que esta sujeta a evaluación por parte de la ASEGURADORA. Ejemplos: Fecha, severidad, tratamiento, nro. de ataques y fecha del último si hubo, nombre del médico tratante, hospital o clínica, etc.

El otorgamiento de la copia de este documento, en caso se cumpla con la condición indicada en el párrafo anterior, no deberá entenderse como la aceptación del riesgo por parte de la ASEGURADORA hasta que ésta última se pronuncie formalmente mediante el envío de una comunicación por medio de carta de aceptación del área de suscripción de la ASEGURADORA.

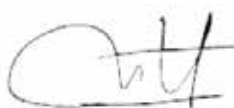
Los solicitantes declaran, mediante la suscripción de este documento, que la información brindada es exacta y que nada han ocultado, omitido o disimulado y que se da por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la ASEGURADORA y que una declaración falsa y reticencia de parte de los Solicitantes implicarían la nulidad de la Póliza de Seguro.

Asimismo, los Solicitantes autorizan expresamente a que, cualquier médico u otra persona que los hubiesen reconocido y/o asistido en sus dolencias, revelen a la ASEGURADORA, todos los datos y/o antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarles sus servicios.

Yo _____ identificado con DNI N° _____ intervengo en el presente documento, a solicitud de EL ASEGURADO, quien manifiesta ser iletrado y/o encontrarse impedido de suscribir documentos mediante la utilización de firma autógrafa o manuscrita, por lo que, en calidad de TESTIGO A RUEGO, con mi firma, dejo constancia y doy fe que he dado lectura a EL ASEGURADO del contenido de este documento, que consta de once (11) páginas. Asimismo, declaro que EL ASEGURADO ha sido debidamente informado de todos los términos y condiciones contractuales, EL ASEGURADO imprime su huella en el presente documento.

“EL ASEGURADO autoriza a Financiera Confianza (en adelante La Financiera) a incluir el monto de la prima del presente seguro contratado con la ASEGURADORA, al cronograma de pagos que detalla las cuotas del Crédito N° _____ (en adelante el Crédito) que el Asegurado mantiene en La Financiera”.

Lugar y fecha de emisión: _____, _____ de _____ de _____.



ASEGURADO
(en caso de ser una persona distinta del CONTRATANTE)

RODRIGO GONZÁLEZ MUÑOZ
Vicepresidente
División Seguros Personales
Rimac Seguros y Reaseguros

CÓNYUGE Y/O TESTIGO
A RUEGO
(en caso corresponda)

DATOS DE LA ASEGURADORA

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

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: Financiera Confianza	RUC: 20228319768
Dirección: Av. Galvez Barrenechea N° 190 Urb. Santa Catalina - La Victoria.	
Página Web: www.confianza.pe	

VIGENCIA DEL SEGURO

Inicio de Vigencia: Fecha de desembolso del Crédito.
Fin de Vigencia: Fecha en que el ASEGURADO cancele la totalidad del crédito otorgado por el CONTRATANTE o al término de la anualidad de la vigencia en la cual el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.

INTERÉS ASEGURADO

Cancelación del saldo de capital (saldo insoluto) del crédito asegurado en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.

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.

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 lesionado. 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.

COBERTURA DEL SEGURO

Cobertura(s) Principal(es)	Valor Total ASEGURADO
Muerte Natural	Saldo Insoluto 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	

MONTO A ASEGURAR: Créditos hasta S/ 300,000 o \$100,000 Dólares Americanos por ASEGURADO, hasta la cancelación total del crédito.

Si un asegurado tiene dos o más créditos asegurados bajo la presente póliza, RIMAC Seguros en caso de siniestro indemnizable solo asumirá hasta la suma máxima de S/ 300,000.00 o \$100,000 Dólares Americanos por la sumatoria de todos los créditos del asegurado.

Se cubre amas de casa hasta S/ 225,000.00 o \$ 75,000 Dólares Americanos.

Para el producto Línea de Crédito: La suma asegurada será el saldo de capital del último préstamo desembolsado dentro de la vigencia de la línea de crédito a la fecha del fallecimiento por muerte natural o accidental del asegurado o al momento que se produzca la invalidez total y permanente del asegurado, ya sea por accidente o por enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

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

- * Edad mínima Ingreso: 18 años.
- * Edad máxima de Ingreso: 74 años, 11 meses y 29 días.
- * Edad máxima de permanencia: 80 años, 11 meses y 29 días.

Tabla de Asegurabilidad:

	De 18 a 30 años	De 31 a 40 años	De 41 a 50 años	De 51 a 60 años	De 61 a 69 años	De 70 a 75 años
Desde S/0 a S/ 70,000 o \$ 23,000	Sin DPS	Sin DPS	Sin DPS	Sin DPS	Sin DPS	Sin DPS
Desde S/ 70,001 o \$ 23,001 a S/ 150,000 o \$ 50,000	DPS	DPS	DPS	DPS	DPS	DPS
Desde S/ 150,001 o \$ 50,001 a S/ 300,000 o \$ 100,000	DPS	DPS	DPS	DPS	DPS	DPS suma Asegurada Máxima hasta S/ 225,000 o \$ 75,000

* DPS: Declaración Personal de Salud.

AVISO DE CONDICIONES DE CONTRATACIÓN DE SEGURO DE DESGRAVAMEN

La activación de la cobertura del Certificado de Seguro de Desgravamen de Financiera Confianza, está condicionada a que la compañía aseguradora apruebe el riesgo, luego de la evaluación de la correspondiente Declaración Personal de Salud y/o exámenes médicos requeridos al potencial asegurado, requeridos en su oportunidad.

En virtud de lo antes indicado, en caso que, luego de la evaluación de los documentos citados en el párrafo precedente por parte de la compañía aseguradora, se produce el rechazo del riesgo, el correspondiente Certificado de Seguro y/o formularios contractuales relacionados a la Solicitud de Seguro entregados al potencial asegurado son nulos, es decir, nunca surtirán efectos legales.

No obstante, es necesario indicar que el potencial asegurado, podrá contratar directamente un seguro de vida con cualquier compañía de seguros, para así, endosar sus derechos indemnizatorios a Financiera Confianza. Esta Póliza de Seguro de Vida deberá contar con las mismas condiciones del seguro ofrecido directamente por Financiera Confianza, conforme lo informado en la página web www.confianza.pe.

El endoso de la póliza a favor de Financiera Confianza se deberá realizar en el plazo de cinco (05) días posteriores a su contratación, a efecto de proceder a su inmediato registro y vinculación.

EXCLUSIONES

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

- a. Como Consecuencia de enfermedades graves y/o crónicas preexistentes a la contratación de la Póliza de Seguro de Vida Desgravamen.
- b. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- c. 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 Desgravamen.
- 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. 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.
- f. 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.
- g. 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.
- h. 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 o en el Certificado de Seguro, previo pago de la extra prima correspondiente.
- i. Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o por quien pudiere verse beneficiado con la cobertura.
- j. 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 .
- k. Los accidentes o fallecimiento que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentra bajo influencia de drogas (sin importar su grado o 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.

DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES

No Aplica

PRIMA

La prima mensual del Seguro de Desgravamen será el importe que resulte de aplicar la tasa mensual indicada a continuación, sobre el saldo deudor de cada uno de los créditos cubiertos por la Póliza. El saldo deudor será determinada por las declaraciones mensuales que efectúe el CONTRATANTE.

Tasa Mensual	Titular %	Titular y Cónyuge %
Tasa Mensual Comercial Total	0.0914%	0.1183%

CARGOS POR LA COMERCIALIZACIÓN DE BANCA SEGUROS

Titular: Setenta y cuatro punto sesenta y tres por ciento de la Prima Comercial Cliente.
 Titular + Cónyuge: Sesenta y cinco punto noventa y tres de la Prima Comercial Cliente.

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 plazo de treinta (30) días antes indicado, la COMPAÑÍA comunica de manera cierta al CONTRATANTE y ASEGURADO que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima. Asimismo, indicará el plazo del que se dispone para pagar la Prima antes de que se produzca la suspensión de la cobertura.

Cuando se haya pagado parte de la Prima, se mantendrá la cobertura hasta la fecha en que dicha Prima, calculada proporcionalmente a prorrata, efectivamente alcance para cubrir el riesgo.

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

RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

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

Se deja expresa constancia que si la COMPAÑÍA 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 Certificado 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 el Certificado de Seguro.

REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA

Una vez producida la suspensión de la cobertura del Certificado de Seguro, y siempre que la COMPAÑÍA no haya expresado su decisión de resolver el Certificado de Seguro y que el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá optar por rehabilitar la cobertura de dicho Certificado de Seguro, previo pago de la totalidad de las Primas impagas, los intereses pactados por su fraccionamiento, los impuestos y, en caso de que se haya convenido en el convenio de pago, los respectivos intereses moratorios. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la COMPAÑÍA responsable por Siniestro alguno ocurrido durante el periodo de cobertura suspendido.

RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA POR PARTE DEL CONTRATANTE

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. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

Se podrá resolver el certificado 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 usó para la contratación del seguro. 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.

La ASEGURADORA 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.

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 Certificado de Seguros) los siguientes documentos:

Muerte Natural:

Para cúmulos menores o iguales a S/ 10,000 nuevos soles o \$ 3,300 dólares americanos:

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO.
- Certificado de defunción, en original o copia simple o copia certificada.
- Acta o partida de defunción, en original o copia simple o copia certificada.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Copia simple certificado de desgravamen.

Para cúmulos mayores a S/ 10,000 nuevos soles o \$ 3,300 dólares americanos:

- Ampliación médica o historia clínica foliada y fedateada del ASEGURADO de ser necesaria, en original o copia simple o copia certificada.
- Copia simple de DPS (a partir de créditos o cúmulos mayores a S/ 70,000 o \$ 23,000 dólares americanos).

Muerte Accidental:

Para cúmulos menores o iguales a S/ 10,000 nuevos soles o \$ 3,300 dólares americanos:

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO.
- Certificado de defunción, en original o copia simple o copia certificada.
- Acta o partida de defunción, en original o copia simple o copia certificada.
- Copia del parte y atestado policial, en original o copia simple o copia certificada de haberse realizado.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Copia simple certificado de desgravamen.

Para cúmulos mayores a S/ 10,000 nuevos soles o \$ 3,300 dólares americanos:

- Certificado y protocolo de necropsia, de haberse realizado, en original o copia simple o copia certificada.
- Resultado de examen toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado, en original o copia simple o copia certificada.
- Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito, en original o copia simple o copia certificada.
- Copia simple de DPS (a partir de créditos o cúmulos mayores a S/ 70,000 o \$ 23,000 dólares americanos).

Invalidez Total y Permanente por Accidente:**Para cúmulos menores o iguales a S/ 10,000 nuevos soles o \$ 3,300 dólares americanos:**

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO.
- Dictamen de Invalidez de la comisión médica evaluadora de incapacidades emitido por MINSA, ESSALUD o EPS en original o copia simple o copia certificada.
- Copia certificada del parte o atestado policial, de haberse realizado.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Copia simple del certificado de desgravamen.

Para cúmulos mayores a S/ 10,000 nuevos soles o \$ 3,300 dólares americanos:

- Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito, en original o copia simple o copia certificada.
- Resultado de examen toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado, en original o copia simple o copia certificada.
- Copia simple de DPS (a partir de créditos o cúmulos mayores a S/ 70,000 o \$ 23,000 dólares americanos).

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:**Para cúmulos menores o iguales a S/ 10,000 nuevos soles o \$ 3,300 dólares americanos:**

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO.
- Dictamen de Invalidez de la comisión médica evaluadora de incapacidades emitido por MINSA, ESSALUD o EPS en original o copia simple o copia certificada.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Copia simple del certificado de desgravamen.

Para cúmulos mayores a S/ 10,000 nuevos soles o \$ 3,300 dólares americanos:

- Historia clínica foliada y fedateada (en caso de que el Formato de Declaración Médica no fuese suficiente), en original o copia simple o copia certificada.
- Copia simple de DPS (a partir de créditos o cúmulos mayores a S/ 70,000 o \$ 23,000 dólares americanos).

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. La ASEGURADORA empleará su red de auditoría médica, sobre esta autorización, actuando proactivamente en facilitar y/o agilizar la satisfacción de los documentos necesarios para la liquidación.

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 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.

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 o BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse respecto de la procedencia del siniestro, 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, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, 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 Único 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 o BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, 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 o BENEFICIARIO O HEREDERO, según corresponda, 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: Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima.

Plataformas de Atención al Cliente:

Lima: Av. Paseo de la República 3505, San Isidro.
Av. Paseo de la República 3082, San Isidro.
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.

Trujillo: Av. América Oeste N° 750 Locales A-1004 y A-1006 – Mall Aventura Plaza – Urb. El Ingenio.
Telf. (044)-485200

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

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

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: reclamos@rimac.com.pe

Página Web: www.rimac.com.pe

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

Defensoría del Asegurado:	www.defaseg.com.pe Teléfono: (01) 446-9158 LIMA: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro.
Indecopi:	www.indecopi.gob.pe 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.
Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS), solo 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 200-1930

INFORMACIÓN ADICIONAL

- En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:
 - 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.
 - 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.
 - Las comunicaciones cursadas por los CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a la ASEGURADORA.
 - Las comunicaciones escritas se dirigirán al domicilio declarado por el ASEGURADO en la presente Solicitud-Certificado, salvo que los herederos al momento de acreditar su condición, luego de producido un siniestro, indiquen otra dirección domiciliaria para las comunicaciones.
 - 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.

AUTORIZACIÓN DE ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO

Autorizo para que la Póliza de Seguro que solicito sea remitida a la dirección de correo electrónico aquí consignada. Asimismo, declaro conocer y aceptar que:

- La "Póliza de Seguro" comprende los documentos que forman parte de ella, así como cualquier comunicación relacionada a ella de cualquier índole.
- La Póliza de Seguro será enviada por correo electrónico: (i) Incluyendo un link donde podré visualizar la Póliza en PDF o un documento adjunto en PDF o (ii) Direccionándome a la parte privada de la web www.rimac.com.pe, donde crearé mi usuario y contraseña para el ingreso.
- Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
- La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un certificado digital (firma digital).

5. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente son las ventajas de este procedimiento.
7. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo.

Consideraciones básicas:

En caso no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o a la Central Aló RIMAC 411-1111. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, archivos y links adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de “no deseados”), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a atencionalcliente@rimac.com.pe.

La ASEGURADORA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia. La ASEGURADORA remitirá comunicaciones escritas al domicilio del ASEGURADO, en caso la normatividad vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la ASEGURADORA en forma adicional a la comunicación electrónica.

Ley 29733 – Ley De Protección De Datos Personales Y Su Reglamento

Al firmar este documento doy mi consentimiento a Rimac Seguros y Reaseguros para (i) el tratamiento y transferencia de mis datos personales, (ii) que los incluya en su banco de datos, (iii) los trate con la finalidad de gestionar y manejar la contratación de seguros, remitir información o publicidad sobre productos y servicios que pudieran ser de mi interés y evaluar la calidad del servicio y (iv) transferir mis datos, con las mismas finalidades, a miembros del Grupo Económico de Rimac y/o terceros con los que ésta tenga una relación contractual. Tengo conocimiento que de no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de Rimac Seguros y Reaseguros y que como titular de la información estoy facultado a ejercitar los derechos que la Ley N° 29733 me confiere, mediante comunicación dirigida a Rimac Seguros y Reaseguros.

Acepto No Acepto

En caso de marcar “No Acepto” Rimac Seguros solo utilizará sus Datos Personales para cumplir con sus obligaciones relacionadas al otorgamiento de la cobertura de esta Póliza, y demás actividades relacionadas a ella.