

**SOLICITUD – CERTIFICADO SEGURO PROTECCIÓN TOTAL
FINANCIERA CONFIANZA**

Código SBS: RG0506100461

Póliza N° 9051500001

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

MODALIDAD DE COBERTURA: PRIMA RENOVABLE AUTOMÁTICA

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI / CE / CPP:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO:

CORREO ELECTRÓNICO:

ESTADO CIVIL:

TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

NACIONALIDAD:

PROVINCIA:

DEPARTAMENTO:

Relación con el CONTRATANTE: Económica

PLAN Y PRIMA COMERCIAL (INCLUYE IGV)

Plan Ahorristas: Plan Trimestral: S/ 29.70 Plan Semestral: S/ 54.50 Plan Anual: S/108.90

Plan Créditos Habientes S/ 9.90 por el plazo del crédito

Cargos por la comercialización de Banca Seguros: Treinta y uno punto cinco sobre la prima neta cliente

FORMA DE PAGO DE SEGURO

- En el caso del Plan Crédito Habientes, cargar y descontar del desembolso del crédito N° _____ otorgado por La Financiera la suma de S/ _____ por concepto de prima del seguro contratado con RIMAC Compañía de Seguros y Reaseguros (La Aseguradora). EL ASEGURADO declara que tiene conocimiento que puede en cualquier momento dejar sin efecto la contratación del seguro comunicando por escrito su decisión a La Financiera y/o La Aseguradora según las condiciones establecidas en la póliza, en cuyo caso, se liquidarán a su favor las primas por los meses de cobertura no devengados; o
- En el caso del Plan Ahorristas con Pago Trimestral o Semestral o Anual, cargar contra la Cuenta de Ahorro en Nuevos Soles N° _____ que mantienen La Financiera, la suma de S/ _____ por concepto de prima del seguro contratado con RIMAC Compañía de Seguros y Reaseguros (La Aseguradora). EL ASEGURADO declara que tiene conocimiento que puede en cualquier momento dejar sin efecto la presente instrucción, comunicando por escrito su decisión a la Financiera. Asimismo, EL ASEGURADO declara que en caso no cuente con saldo en la cuenta de ahorros antes indicada, la Financiera no se encuentra obligada al pago de la prima, por lo que la responsabilidad de la pérdida de la cobertura del seguro es de cuenta de EL ASEGURADO.

BENEFICIARIOS

Para la Cobertura de Muerte Accidental los beneficiarios son los declarados por el asegurado o en su defecto los herederos legales del asegurado, debidamente acreditados. En caso el ASEGURADO no indique los porcentajes de participación en el beneficio, el beneficio es por partes iguales.

Nombres y Apellidos	Tipo y N° Documento	Relación con el ASEGURADO	% de Participación en el beneficio

Asimismo, el Asegurado declara que ha recibido la presente Solicitud - Certificado de Seguros, la misma que consta de 11 hojas. Asimismo, mediante su firma manuscrita o electrónica al presente documento, manifiesta su conformidad y aceptación respecto de las condiciones de este seguro. El Asegurado declara conocer que la firma electrónica es la que este podría brindar a través de medios electrónicos, como por ejemplo, el ingreso de claves o contraseñas, clic en dispositivos, grabación de voz o video, datos biométricos (identificación dactilar, identificación facial, entre otros), firma o certificado digital, entre otros mecanismos.

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. 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 (en adelante el Crédito) que el asegurado mantiene en La Financiera".



GIOVANNI SCARSI NUÑEZ
Vicepresidente de Seguros Vida
y Pensiones División Seguros Personas
Rimac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO TITULAR

TESTIGO A RUEGO
(EN CASO CORRESPONDA)

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

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

El Asegurado mediante la firma de la presente solicitud/certificado, sea manuscrita o electrónica, autoriza expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda entregar directamente cualquier información solicitada por RIMAC, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

El Asegurado reconoce que cualquier siniestro que se produzca como consecuencia de una Enfermedad Preexistente a la fecha de contratación del seguro, constituye un evento excluido del presente Seguro, por lo que no tendrá cobertura.

EL ASEGURADO declara, 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.

El asegurado tiene derecho a solicitar copia a aseguradora y esta última se obliga a remitirla en el plazo de 15 días calendarios desde la fecha de la solicitud

El Asegurado tiene derecho a solicitar una copia de la Póliza de Seguro Matriz al Contratante o a RIMAC, la misma que le deberá ser entregada dentro de los próximos 30 días calendarios de haberse solicitado al correo electrónico del Asegurado indicado en el presente documento.

Lugar y fecha:

VIGENCIA DEL SEGURO

Los certificados de seguro se emiten de la póliza matriz, y su vigencia será correspondiente al plan elegido. La fecha de inicio de vigencia de los certificados de seguro es la fecha en que se firma el certificado de seguro por el ASEGURADO y se mantendrá vigente en tanto: (i) EL ASEGURADO haya realizado el pago del seguro, (ii) EL ASEGURADO se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en el certificado de seguros respectivo
INICIO DE LA COBERTURA: La cobertura del seguro se inicia con la aceptación de la Solicitud del Seguro por parte de la COMPAÑÍA y el pago de la Prima convenida por parte del ASEGURADO.
La Póliza inicia su cobertura y termina a las 12 del medio día de la fecha señalada en el presente Certificado de Seguro.

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

Contratante: Financiera Confianza	RUC: 20228319768
Dirección: Begonias N° 441, Int 238 C	Distrito: San Isidro
Provincia: Lima	Departamento: Lima
Teléfono: (51) 208-9000	Página Web: www.confianza.pe

DATOS DE LA ASEGURADORA

Rimac Seguros y Reaseguros	RUC: 20100041953
Dirección: Las Begonias 475, Piso 3.	Distrito: San Isidro
Provincia: Lima	Departamento: Lima
Teléfono: 411-1000	Fax: 421-0555
Página Web: www.rimac.com	Correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe

RESUMEN DE LAS COBERTURAS

<u>Cobertura Principal (Básica)</u>	<u>Suma Asegurada (S/ o US\$)</u>
Muerte Accidental S/. 20,000	
Renta Hospitalaria por accidente (*)	S/. 60 por día
(*) Aplica para un máximo de 30 días	

DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS

Cobertura Muerte accidental:

Si el ASEGURADO sufre un accidente que de lugar a su fallecimiento, siempre que su causa directa y única; o causa adecuada en caso esta difiera de la causa directa y única, fuera un accidente que no se encuentre excluido en la presente Póliza y se manifieste a más tardar dentro de los 30 (treinta) días calendarios contados desde la fecha del

accidente, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada por Muerte Accidental a los Beneficiarios del ASEGURADO según el plan escogido en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro.

Renta Hospitalaria por Accidente:

Si dentro de la vigencia de la póliza, el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su hospitalización por un periodo mínimo de 72 horas continuas, en un Establecimiento de Salud dentro del territorio peruano con autorización desde el Primer Nivel de Atención Categoría I-4, LA ASEGURADORA le pagará una suma de dinero (Renta) por cada día que se encuentre hospitalizado (desde el primer día de hospitalización siempre que cumpla con la condición del periodo mínimo) hasta por el número máximo de días de acuerdo a lo establecidos en la Póliza de Seguro.

Se deja constancia que esta cobertura deberá ser solicitada una vez que el ASEGURADO haya sido dado de alta en el Establecimiento de Salud antes indicado.

Definición de Categoría I-4: Agrupan los centros de salud y los centros médicos con camas de internamiento. No se consideran como accidentes las siguientes situaciones, ni sus consecuencias, ni los eventos o sucesos que se produzcan por o como consecuencia de: ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.

INTERÉS ASEGURADO

Descripción del Interés Asegurable: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el interés que debe tener el Asegurado en obtener la cobertura para determinado riesgo, lo cual refleja su deseo sincero para que el siniestro no se produzca, ya que, en caso de que se produzca, le generaría un perjuicio económico. Si este interés no existe, el contrato de seguro será nulo.

EDADES DEL ASEGURADO

Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

Edad mínima de ingreso	= 18 años
Edad máxima de ingreso	= 75 años y 364 días
Edad máxima de permanencia	= 75 años y 364 días

EXCLUSIONES

Queda excluido de la cobertura de esta Póliza el fallecimiento del Asegurado o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- Suicidio, auto mutilación o autolesión.
- Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de las normas vigentes; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del asegurado) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como participando activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario, dejando a salvo el derecho de acrecer de los restantes Beneficiarios. En caso no se hayan designado Beneficiarios, se le aplica la misma condición para los herederos legales.
- 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 adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- 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.
- Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, o en operaciones o viajes submarinos, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares.
- 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.
- Realización de actividades y/o deportes como escalamiento, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, inmersión o caza submarina, surf, windsurf, navegación en velero, canotaje, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, caza de fieras, rodeo, artes marciales, boxeo, lucha libre, squash, rugby, football Americano.
- Estar bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de

sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo al momento y como acto generador del siniestro.

- j. Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza.
- k. Las complicaciones médicas de embarazos o partos que no se hayan originado como consecuencia de un accidente

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la hospitalización, o la enfermedad y/o la lesión que motive la hospitalización, que sea consecuencia de:

- a. Cirugía estética o plástica o reconstructiva y/o sus complicaciones, a excepción de los casos necesarios a consecuencia del accidente.
- b. Lesiones o afecciones del estado de salud a consecuencia de accidente de tránsito cuando el Asegurado se encuentra conduciendo un vehículo motorizado sin contar con licencia de conducir o la que porta, no corresponde al tipo de vehículo según la normativa pertinente.
- c. Actos negligentes del ASEGURADO, o que perjudiquen su rehabilitación en curso. incluyendo los casos en que el ASEGURADO se auto medique por propia cuenta.
- d. Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo con los músculos, nervios y los relacionados con ellos, siempre que los mismos no guarden relación con el accidente cubierto por la presente póliza.
- e. Hospitalización en Establecimientos Médicos No autorizados o sin la categorización pertinente; u hospitalizaciones por convalecencia.
- f. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales de ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR)

COMUNICACIÓN DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DEL ASEGURADO

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

DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Cuando así lo decida el ASEGURADO y sin necesidad de una justificación. Para ello debe enviar una comunicación escrita a RIMAC o solicitarlo por cualquiera de los medios que usó para contratar la Póliza de Seguro. Esta quedará resuelta a los 30 días siguientes.

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

EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

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

QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO / SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO:

Paso 1: Dar aviso a RIMAC

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

Paso 2: Solicitar la Cobertura:

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

Para la cobertura de Muerte Accidental:

- Copia Certificada del Acta de Defunción.
- Certificación de Reproducción Notarial del Certificado de Defunción.
- Copia Certificada del Atestado policial, en caso de haberse realizado.
- Original del Informe elaborado por el empleador acerca de las circunstancias del accidente (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso de haberse realizado.
- Copia Certificada del Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, de acuerdo a las circunstancias, según corresponda.

- Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y en caso de que el Asegurado haya participado como conductor del vehículo).
- Copia simple del Documento de identidad de los Beneficiarios o Copia Certificada de la Partida de Nacimiento, en caso de que los Beneficiarios sean menores de edad y no cuenten con DNI).
- En caso de no contar con Beneficiarios, adjuntar el Testimonio y Copia Literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada, según corresponda.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Asimismo, se deberá presentar la solicitud de cobertura y adjuntar todos los documentos que se tenga disponible, exceptuando la resolución judicial que confirma el fallecimiento. Cuando la resolución judicial de muerte presunta sea expedida, deberá ser presentada a La Aseguradora junto con la correspondiente partida de defunción.

Se entenderá que los documentos que acreditan la muerte presunta del Asegurado están completos, cuando los beneficiarios presenten la Resolución Judicial y la Partida de Defunción, ambos indicados en el párrafo precedente, por lo que el pronunciamiento de La Aseguradora se encontrará suspendido hasta la recepción de dichos documentos.

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente:

- Original o Copia Fedateada y Foliada del Informe Médico emitido por el médico tratante del Establecimiento de Salud dentro del territorio peruano con autorización desde el Primer Nivel de Atención Categoría I-4 en el cual indique la fecha de ingreso, la fecha de alta del Asegurado así como el diagnóstico por cual se originó el internamiento.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la factura o boleta de pago, y del documento que acredite la hospitalización en el Establecimiento de Salud, en el que donde se verifique el nombre del ASEGURADO hospitalizado, el período y el motivo de la hospitalización.
- Copia Fedateada y foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO, desde el ingreso al internamiento.
- Copia simple del DNI del ASEGURADO.

La falta de cumplimiento de algunas o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en la presente sección, salvo que se demostrase la imposibilidad de cumplir, demora el proceso de evaluación del siniestro, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este Seguro, no pudiendo en caso alguno el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia de las obligaciones que imponen sus condiciones.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir la siguiente información adicional en caso las circunstancias específicas lo ameriten y dentro del plazo establecido.

- (i) Resultado de pruebas y exámenes realizados (tomografías, resonancias, radiografías, patologías entre otros).
- (ii) Informe médico ampliatorio.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura

Todo documento de procedencia extranjera debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

Paso 3: El pago de la Indemnización:

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya entregado toda la documentación y requisitos exigidos para la cobertura solicitada RIMAC evaluará y se pronunciará aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura). Dentro de los primeros 20 días RIMAC podrá solicitar aclaraciones o precisiones sobre de la documentación e información presentada, o podrá solicitar la prórroga del plazo original, al Asegurado o a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establecido en los Artículos 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros (Resolución SBS N° 3202-2013).

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

En caso de Beneficiarios menores de edad, la COMPAÑÍA procederá a la apertura de cuentas en custodia a favor de los mismos.

1. Solicitud de Cobertura Fraudulenta

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

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

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

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

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

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

CANALES DE ORIENTACIÓN / LUGARES AUTORIZADOS POR RIMAC PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

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

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

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

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

MEDIOS HABILITADOS POR RIMAC PARA PRESENTAR RECLAMOS

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

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

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

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

INFORMACIÓN ADICIONAL:

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

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

RIMAC remitirá comunicaciones escritas al domicilio del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en caso no se

consigne una dirección electrónica, o, a decisión expresa de RIMAC, en forma adicional a la comunicación electrónica o en caso la normatividad vigente lo exija. En caso el ASEGURADO no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-1111.

Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

Autorización para el 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"), mediante la firma del presente documento 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, 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 Calle Begonias N° 540, San Isidro, Lima, estando además inscrito 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, enviando una comunicación al correo electrónico atencionalcliente@rimac.com.pe. 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.

ANEXO 1 ASISTENCIAS PROTECCIÓN TOTAL

Este Beneficio de Asistencias es gestionado y operado por CARE 24, en adelante EL PROVEEDOR, quien es proveedor de servicios de RIMAC SEGUROS, para los asegurados que hayan aceptado la contratación del Seguro Protección Total de RIMAC. Conforme los términos y condiciones establecidos en el presente documento. Estos beneficios estarán vigentes siempre que el cliente mantenga vigente su Seguro Protección Total. Cada vez que en este documento se use la expresión AFILIADO, se entiende que, dentro de dicho término, y solo para efectos de estos Beneficios detallados en el presente Anexo, se incluye al ASEGURADO quien contrató un Seguro de Protección Total y sus Beneficiarios.

OBJETO

EL PROVEEDOR brindará al AFILIADO los servicios que se indican en el presente documento.

1. BENEFICIOS

SERVICIOS AMBULATORIOS	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS AL AÑO
Consulta telefónica	100%	SIN LÍMITE
Telemedicina (Medicina gral, Ginecología, Urología, Pediatría y Gastroenterología)	100%	6 EVENTOS
Atención Ambulatoria en Medicina Gral, ginecología, urología, cardiología, pediatría y gastroenterología	CO-PAGO S/ 40.00	HASTA 6 CONSULTAS
Ciclo oncológico mujer	100%	1 EVENTO
Asistencia Legal (Violencia Familiar)	100%	SIN LÍMITE
Asistencia Psicológica telefónica	100%	SIN LÍMITE
Asistencia gestante telefónica	100%	SIN LÍMITE
Asistencia sexual telefónica	100%	SIN LÍMITE
Medicamentos Genéricos (para telemedicina y atención ambulatoria)	100%	4 EVENTOS
Exámenes de Laboratorio (colesterol, triglicéridos, glucosa)	100%	2 EVENTOS
Ambulancia por emergencias	Hasta S/350.00	1 EVENTO

El número máximo de eventos es anual, incluye las atenciones del asegurado titular + beneficiarios.

BENEFICIARIOS DEL SERVICIO DE ASISTENCIA: ASEGURADO, cónyuge e hijos menores de 18 años (hasta 5 beneficiarios por ASEGURADO)

Para la afiliación, los familiares deberán llamar a la Central de EL PROVEEDOR al 01 613-1368 e indicar el número DNI del ASEGURADO que contrató el Seguro Protección Total y se procederá con la atención correspondiente.

2. DETALLE DE LAS ASISTENCIAS

2.1 CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA:

(Medicina General, Ginecología, Urología, Cardiología, Pediatría y Gastroenterología)

Cuando el AFILIADO requiera realizar una atención presencial en la red de clínicas afiliadas a nivel nacional, para una consulta médica en medicina general, ginecología, urología, cardiología, pediatría y gastroenterología), EL PROVEEDOR a través de su proveedor de servicios y a solicitud del AFILIADO coordinará en los centros médicos afiliados a su red la cita correspondiente para que el AFILIADO sea atendido.

Este servicio se brindará con un CO- PAGO DE S/.40.00 POR ATENCIÓN, con máximo 6 EVENTOS AL AÑO.

**** Solo se reembolsará S/ 15.00 por consulta y en aquellos casos donde no exista red de centros médicos afiliados hasta un máximo de 6 eventos por año. ****

2.2 EXÁMENES DE LABORATORIO DERIVADOS DE LA CONSULTA MEDICA AMBULATORIA

(colesterol, triglicéridos, glucosa)

En caso de que el AFILIADO requiera de exámenes de laboratorio (colesterol, triglicéridos, glucosa) luego de la consulta médica ambulatoria agendada por EL PROVEEDOR a través de su red médica, siempre que el médico tratante genere la orden, teniendo en cuenta el diagnóstico tratado. EL PROVEEDOR cubrirá el costo de estos exámenes.

Los exámenes deben ser ordenados por el médico que atendió la cita ambulatoria y validada previamente por EL PROVEEDOR. Asimismo, en caso de reembolso este debe de ser autorizado previamente por EL PROVEEDOR, la autorización y validación deberá de ser por medio de la receta entregada por el médico que atendió la cita y conforme a lo detallado en el punto 5 del presente Anexo.

El servicio aquí indicado se realizará con una cobertura del 100% POR EVENTO y como máximo 2 EVENTOS AL AÑO.

2.3 MEDICAMENTOS GENÉRICOS DERIVADOS DE LA CONSULTA AMBULATORIA Y TELEMEDICINA:

En caso de que el AFILIADO requiera de la entrega de medicamentos genéricos luego de la consulta médica ambulatoria y telemedicina, EL PROVEEDOR a través de su red médica, cubrirá la entrega o el reembolso de dichos medicamentos hasta por un tratamiento máximo de 15 días.

Los medicamentos derivados de la consulta ambulatoria y telemedicina son genéricos. Estos serán recetados por el médico dentro de la atención y el servicio abarca a medicamentos destinados a solucionar la urgencia del paciente, se brinda medicamentos para un máximo de hasta 15 (quince) días de tratamiento.

Por otro lado, no están en cobertura, así estén recetados, productos cuyo fin sea el inicio, continuidad o fin de tratamientos asociados a una preexistencia médica. Tanto para las atenciones ambulatorias, como de telemedicina, la central de atención al cliente, coordinará con el mismo la entrega de los medicamentos o el procedimiento para el reembolso si fuese el caso, como se detalla en el procedimiento detallado en el punto 5. El servicio aquí indicado se realizará: 100% de cobertura y como máximo 4 EVENTOS AL AÑO.

2.4 ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA:

El afiliado podrá solicitar a través de EL PROVEEDOR el apoyo vía telefónica de un psicólogo. Esta atención consiste en ofrecer una escucha activa centrada en la comprensión de las dudas y/o problemas expresados por el AFILIADO. No incluye la atención de situaciones de emergencia que puedan afectar la integridad física del AFILIADO por lo que en dicho supuesto se le guiará a contactarse con una línea de emergencia.

En este servicio no se brindará un diagnóstico. Cada orientación tendrá un tiempo máximo de 30 minutos.

El servicio aquí indicado se realizará: SIN COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS AL AÑO.

2.5 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA LAS 24 HORAS

En caso de que el AFILADO requiera de una consulta telefónica con un médico ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia y no implica un diagnóstico), o para descartar cualquier situación de riesgo, orientándolo en cuales pueden ser señales que deben generar alertas dependiendo del motivo de la consulta, guiándolo con recomendaciones, a fin de disminuir el riesgo o complicación de una enfermedad EL PROVEEDOR gestionará y coordinará un enlace telefónico inmediato con un médico especialista en medicina general para que absuelva su consulta. Este servicio se brindará las 24 horas del día.

El servicio aquí indicado se realizará: CON COBERTURA AL 100% Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.

2.6 ORIENTACIÓN AL GESTANTE (GINECOLOGIA) TELEFÓNICA LAS 24 HORAS

En caso de que el AFILADO requiera de una orientación telefónica con un médico ante cualquier consulta que requiera la gestante, sobre el seguimiento de su embarazo siempre y cuando no cuente con un diagnóstico que implique el seguimiento de su médico tratante o la atención de una emergencia que requiera acudir a un centro de atención médico. En caso que se identifique una situación que merezca atención especializada o monitoreo inmediato, se guiará a el AFILIADO a efecto de recurrir al centro de salud más cercano o al médico tratante

EL PROVEEDOR gestionará y coordinará un enlace telefónico con un Médico general, que atenderá en primera instancia y de ser necesario, derivará con Ginecólogo, Obstetra o emergencias según corresponda para que absuelva su consulta o sea debidamente atendida.

En la orientación no se brinda ningún diagnóstico. Este servicio se brindará las 24 horas del día, sujeto a disponibilidad de la red médica.

El servicio aquí indicado se realizará: CON COBERTURA AL 100% Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.

2.7 ORIENTACIÓN EN TEMAS DE SEXUALIDAD VIA TELEFÓNICA LAS 24 HORAS

En caso de que el AFILADO requiera de una consulta telefónica con un psicólogo para resolver consultas sobre salud sexual y reproductiva (situaciones que no sean emergencia), en la orientación no se brindará ningún diagnóstico.

EL PROVEEDOR gestionará y coordinará un enlace telefónico con un psicólogo para que absuelva su consulta.

Este servicio se brindará las 24 horas del día, sujeto a disponibilidad de la red médica. El servicio aquí indicado se realizará: CON COBERTURA AL 100% Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.

2.8 ASISTENCIA LEGAL TELEFONICA

En caso de que el AFILADO requiera de una consulta telefónica con un abogado para resolver consultas sobre materia civil, penal y familiar, EL PROVEEDOR gestionará y coordinará un enlace telefónico programado dentro del mismo día con un Abogado para que absuelva su consulta. La consulta no implica una asesoría, la determinación de una estrategia de defensa o la valoración de medios probatorias, es decir, no se lleva el seguimiento de un caso, pero se direcciona, sobre la entidad correspondiente y/o procedimiento conveniente de acuerdo a la naturaleza de la consulta. En caso el Afiliado opte por la interposición de acciones legales, deberá contratar y coordinar directamente con una abogado especialista bajo su costo y riesgo.

Este servicio se brindará las 24 horas del día, sujeto a disponibilidad de la red de abogados.

El servicio aquí indicado se realizará: CON COBERTURA AL 100% Y SIN LÍMITE DE EVENTOS POR AÑO.

2.9 TELEMEDICINA (Medicina General, Ginecología, Pediatría, Gastroenterología):

En caso de que el AFILIADO requieran de una consulta médica por video llamada ante cualquier molestia de baja complejidad que sufriera (situaciones que no sean emergencia). Se considera molestia o diagnóstico de baja complejidad a una condición médica caracterizada por síntomas leves o moderados que no presentan riesgo inmediato para la vida del paciente, y cuya evaluación y tratamiento pueden ser realizados de manera efectiva a distancia, sin la necesidad de procedimientos diagnósticos avanzados o intervenciones quirúrgicas. Por ejemplo:

- Infecciones respiratorias leves como el resfriado común o la faringitis.

- Dolores leves y comunes como cefaleas leves o dolores musculares menores.
- Trastornos gastrointestinales menores como la indigestión o la gastroenteritis leve.
- Reacciones alérgicas leves.
- Otros.

EL PROVEEDOR gestionará la habilitación de un consultorio virtual con un médico en las especialidades de Medicina General, Ginecología, Pediatría y Gastroenterología.

Este servicio se brindará las 24 horas del día. El servicio aquí indicado se realizará: 6 EVENTOS AL AÑO SIN COSTO. Si supera el límite de eventos dentro del año, cada consulta por telemedicina tendrá un co-pago de S/ 30.00. Para hacer uso de la telemedicina el AFILIADO deberá comunicarse previamente con la central de emergencias y solicitar la cita **IMPORTANTE:** el AFILIADO debe previamente llamar a la central de EL PROVEEDOR para que le envíen luego del triaje telefónico un link por mail o por sms para la videoconsulta.

2.10 AMBULANCIA POR EMERGENCIA:

En caso de que el AFILIADO sufra una emergencia o accidente tales que requieran su hospitalización o estabilización, EL PROVEEDOR gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de: S/ 350.00 SOLES POR CADA EVENTO Y CON NÚMERO MÁXIMO DE 1 EVENTO AL AÑO.

Las ambulancias habilitadas por la asistencia son Ambulancias tipo II

- Equipo de reanimación
- Equipo de oxigenoterapia
- Inmovilizadores
- Kits de primeros auxilios
- Equipo para control de hemorragias
- Medicación básica

2.11 ASISTENCIA DE DESPISTAJE ONCOLÓGICO: APLICA PARA EL AFILIADO O CONYUGE

A. DESPISTAJE - EVALUACION FISICA

En caso de que el AFILIADO requiera realizarse examen de despistaje oncológico, el cual incluye los siguientes exámenes: Neoplasia maligna de piel, Palpación de ganglios axilares, cervicales e inguinales, Examen de cavidad oral, Palpación de tiroides, EL PROVEEDOR gestionará con nuestra red médica para la atención de AFILIADO.

Dentro de la cobertura de despistaje el servicio incluye:

- **Hemograma completo, proteína y c- reactiva**
En caso de que el AFILIADO requiera realizar análisis clínicos (hemograma, proteína y c- reactiva), EL PROVEEDOR gestionará la coordinación previa de nuestro call center, a través de su red de proveedores de clínicas puedan referenciar algún centro para que el AFILIADO a través nuestra red de laboratorio realice la programación de análisis.
- **Lectura de informes y resultados de despistaje (Cita con Médico Oncólogo)**
En caso de que el AFILIADO requiera realizar la lectura de informes y resultado de despistaje, EL PROVEEDOR a través de su proveedor de servicios a solicitud del AFILIADO, coordinará y cubrirá el costo de la cita médica en los centros médicos afiliados a su red para que el AFILIADO sea atendido.

B. EXAMEN GINECOLÓGICO (PARA MUJERES):

En caso de que el AFILIADO requiera realizar examen de ginecología (mamografía, ecografía mamaria entre 30-39 años, Mamografía Bilateral entre 40-74 años, Papanicolau, cultivo de secreción vaginal, colonoscopia entre 50-75 años cada 10 años), EL PROVEEDOR coordinará a través de su proveedor de servicios, para que a través de su red de proveedores de clínicas puedan referenciar algún centro para el AFILIADO.

El servicio de chequeo oncológico aquí indicado se realizará: 100% EN COBERTURA Y 1 EVENTO AL AÑO.

3. EXCLUSIONES MÉDICAS

Están excluidos de esta cobertura las prestaciones y hechos siguientes:

1. Los servicios que el AFILIADO haya concertado por su cuenta, sin previa coordinación con EL PROVEEDOR.
2. La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
3. Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación en toda clase de competencias deportivas profesionales, es decir, prácticas amateurs son cubiertas.
4. Están también excluidas todas las enfermedades psicológicas mentales y/o afines, así como sus consecuencias, para las atenciones de ambulancia.
5. Están excluidas de la presente cobertura las pandemias, sospechas de pandemias y epidemias advertidas por la OMS o MINSA, para lo cual se deberá seguir el protocolo de atención según el MINSA haya notificado.

4. EXCLUSIONES GENERALES

No son objeto de los SERVICIOS, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

1. La mala fe del AFILIADO comprobada por el personal de EL PROVEEDOR.
2. Cuando el AFILIADO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
3. Cuando el solicitante por el servicio de asistencia no haya sido debidamente afiliado, de acuerdo con la definición de AFILIADO.

4. Cuando el AFILIADO incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
5. En caso de que el costo del servicio de exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el AFILIADO.

5. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS

Para las ciudades donde no exista infraestructura pública o privada para la prestación del servicio EL PROVEEDOR coordinará con el cliente la clínica más cercana a la ciudad donde viva el cliente y programará su cita. En caso de que EL PROVEEDOR no ubique proveedor disponible por disponibilidad o tiempos prolongados se realizará el reembolso correspondiente de la atención que no se pueda prestar, siempre que el cliente se contacte previamente a la central de emergencias. Para el reembolso, AFILIADO deberá enviar vía whatsapp o vía mail al PROVEEDOR la factura correspondiente, la factura debe estar a nombre de CARE 24: CARE SOCIEDAD ANÓNIMA con RUC 20606564946, el valor de desembolso debe ser acorde a los precios del mercado.

6. OBLIGACIONES DEL AFILIADO:

Con el fin de que el AFILIADO pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- Abstenerse de realizar gastos sin haber consultado previamente con EL PROVEEDOR.
- El AFILIADO deberá llamar a la Central de Emergencia: 01 613-1368
- Seguidamente, deberá identificarse con el nombre del ASEGURADO, DNI, teléfono y dirección para la validación respectiva.
- El SERVICIO se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables.

7. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias 51(1) 613-1368 para Lima y para provincias los 365 días del año. Los referidos servicios serán atendidos por EL PROVEEDOR con la mayor prontitud posible. Al momento de la solicitud de los servicios, el AFILIADO deberá indicar los siguientes datos:

- Nombre y Apellidos (*)
- DNI (*)
- Dirección y teléfono
- Tipo de servicio que precise

(*) Datos obligatorios del ASEGURADO para todo tipo de información o solicitud de asistencia.

Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, el PROVEEDOR le prestará al AFILIADO los servicios solicitados a los cuales tenga derecho según los términos, condiciones y limitaciones del presente documento. En caso de que el AFILIADO no cumpla con los requisitos indicados, el PROVEEDOR no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con los servicios relacionados con el presente contrato frente al AFILIADO. Para asegurar la calidad del servicio, toda llamada a la Central Telefónica del PROVEEDOR será registrada en forma automática, con el fin de que quede constancia de las solicitudes de los AFILIADOS, por lo que el AFILIADO autoriza expresamente al PROVEEDOR para dichos fines.

8. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

Las prestaciones mencionadas se realizarán por empresas profesionales o proveedores designados por EL PROVEEDOR. EL PROVEEDOR y RIMAC quedan relevados de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o caso fortuito ajenos a su voluntad, las prestaciones antes mencionadas no estén disponibles en el lugar en que se encuentre ubicado el ASEGURADO, o el inmueble del ASEGURADO. No obstante, en estos casos, EL PROVEEDOR quedará obligado a compensar los gastos que expresamente haya autorizado efectuar al ASEGURADO para obtener directamente las prestaciones garantizadas en el presente documento, siendo necesaria la presentación de los comprobantes de los gastos respectivos. Para el caso de las demás coberturas de Asistencia Médica donde no exista la INFRAESTRUCTURA pública o privada que permita la prestación de los servicios en el lugar correspondiente o se presenten causas de fuerza mayor o caso fortuito que no permitan las condiciones adecuadas para la prestación de los mismos, EL PROVEEDOR le ofrecerá al Asegurado la opción de solicitar por su cuenta y costo la contratación del servicio de un tercero, comprometiéndose EL PROVEEDOR a reembolsarle los gastos que haya efectuado hasta el monto máximo que brinda el programa. Para gozar de este beneficio el Asegurado deberá notificar a EL PROVEEDOR, antes de contratar, para que éste dé la conformidad respectiva, así como presentar el comprobante de pago correspondiente a dicho gasto. Para el reembolso, ASEGURADO deberá enviar vía whatsapp o vía mail al PROVEEDOR la factura correspondiente, la factura debe estar a nombre de CARE 24: CARE SOCIEDAD ANÓNIMA con RUC 20606564946, el valor de desembolso debe ser acorde a los precios del mercado.

9. ATENCIÓN DE RECLAMOS

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad en general cualquier o deficiencia en la satisfacción de un interés particular de las presentes asistencias, el AFILIADO podrá presentar el reclamo directamente al PROVEEDOR a través de los siguientes canales de Atención de Reclamos el número de la central 01 613-1368 o por correo electrónico a: gestiondereclamos@a365.com.pe

Queda entendido que CARE 24 podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad. Asimismo, cualquier acción legal (reclamo, denuncia, demanda, entre otros) relacionados a la prestación del servicio por parte de CARE 24, servicio deficiente, negligente o doloso incluyendo culpa inexcusable, deberá ser dirigido directamente a CARE 24 como responsable de la prestación del servicio.