

**SOLICITUD – CERTIFICADO SEGURO DE DESGRAVAMEN  
LÍNEA DE CRÉDITO DE FINANCIERA CONFIANZA**

**Esta Póliza de Seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.**

Código SBS: VI0507400419

**Póliza Dólares N° 11678139**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**Póliza Soles N° 11678138**

**El presente seguro presenta cargas y obligaciones a cargo del Asegurado, cuyo incumplimiento podría acarrear la pérdida de derechos indemnizatorios.**

**MODALIDAD DE COBERTURA: SALDO INSOLUTO DE LA LÍNEA DE CRÉDITO**

Fecha de inicio de vigencia: En la fecha de la primera disposición a través de préstamos, que realice el asegurado dentro de la Línea de Crédito que le otorgue Financiera Confianza

La contratación del seguro de desgravamen se mantendrá vigente durante el plazo de los préstamos otorgados al asegurado dentro de la línea de crédito. El asegurado podrá solicitar con cargo a la línea de crédito préstamos (disposición de la línea). La línea de crédito solo puede tener un préstamo vigente, para disponer del saldo disponible de la línea, ello implica la cancelación automática del préstamo vigente y su consolidación en una nueva operación (nuevo préstamo).

En base a lo señalado el pago de la prima se activará con la disposición de la línea a través de préstamos y la póliza se renovará de forma mensual, y se renovará sucesivamente hasta la fecha de cancelación de los préstamos otorgados dentro de la vigencia de la línea de crédito, o cuando el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.

Adicionalmente, la vigencia del Certificado de seguro culminará en caso la póliza matriz del seguro de desgravamen contratado por Financiera Confianza a Rimac Seguros, llegue a su fin de vigencia o sea resuelta.

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**TIPO Y N° DE DOCUMENTO:**

DNI  Carnet de Extranjería  Pasaporte  CPP

<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>SEXO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>TELÉFONO</b>

**DIRECCIÓN**

**Relación con el CONTRATANTE:** Económica (CRÉDITO QUE MANTIENE EL ASEGURADO CON EL CONTRATANTE)

**DATOS DEL ASEGURADO CONYUGE O CONVIVIENTE (solo aplica en caso de contratación de seguro de desgravamen mancomunado)**

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**TIPO Y N° DE DOCUMENTO:**

DNI  Carnet de Extranjería  Pasaporte  CPP

<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>SEXO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>TELÉFONO</b>

**DIRECCIÓN**

**Relación con el CONTRATANTE:** Económica (CRÉDITO QUE MANTIENE EL ASEGURADO CON EL CONTRATANTE)

**DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR**

**CONTRATANTE:** Financiera Confianza  
**Dirección:** Begonias N° 441, Int 238 C  
**Provincia:** Lima  
**Teléfono:** (51) 208-9000

**RUC:** 20228319768  
**Distrito:** San Isidro  
**Departamento:** Lima  
**Página Web:** www.confianza.pe

## DATOS DE LA ASEGURADORA

Rimac Seguros y Reaseguros  
**Dirección:** Las Begonias 475, Piso 3.  
**Provincia:** Lima  
**Teléfono:** 411-1000  
**Página Web:** www.rimac.com

**RUC:** 20100041953  
**Distrito:** San Isidro  
**Departamento:** Lima  
**Fax:** 421-0555  
**Correo electrónico:** atencionalcliente@rimac.com.pe

## RESUMEN DE LAS COBERTURAS

<b>Cobertura Principal (Básica)</b>	<b>Suma Asegurada (S/ o US\$)</b>
<b>Fallecimiento Natural y Accidental</b>	Hasta US\$ 100,000 o S/ 300,000
<b>Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Enfermedad</b>	Hasta US\$ 100,000 o S/ 300,000
<b>Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Accidente</b>	Hasta US\$ 100,000 o S/ 300,000

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 detallada en la TABLA DE ASEGURABILIDAD.

## MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO

El seguro de Desgravamen cubre el Saldo Insoluto de la deuda del crédito, a la fecha de fallecimiento del Asegurado por Muerte Natural y/o Accidental, así como también, en caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.

## DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS

### **Cobertura de Fallecimiento por muerte natural y muerte accidental:**

Si se produjera tu fallecimiento por cualquier causa que no esté excluida en tu póliza de seguro, RIMAC indemnizará al Beneficiario, de acuerdo a las condiciones, coberturas y límites contratados.

### **Cobertura de Invalidez total y permanente por enfermedad:**

En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, que surja como consecuencia de una enfermedad diagnosticada dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, RIMAC –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en la Póliza de Seguro.

Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual, definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6% de su capacidad total.

### **Cobertura de Invalidez total y permanente por accidente:**

En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO que surja como consecuencia de un accidente producido dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, LA ASEGURADORA –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro, de acuerdo a lo siguiente.

Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura, se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, a la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6%, de su capacidad total.

Definición de Accidente: Todo suceso violento, súbito, imprevisto, involuntario, y fortuito, causado por agentes externos, que causa o da lugar a daños o lesiones en el ASEGURADO.

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.

## PRIMA

La prima comercial cliente mensual del Seguro de Desgravamen será la resultante de aplicar la tasa comercial cliente mensual establecida en las condiciones particulares de la Póliza sobre el saldo deudor de cada uno de los créditos cubiertos por la Póliza. La prima comercial cliente mensual será determinada por las declaraciones mensuales que efectúe el CONTRATANTE.

Conceptos	Desgravamen
	Titular
Tasa Comercial mensual Cliente	0.135000%
Tasa neta mensual Cliente	0.131067%

La tasa comercial cliente mensual incluye gasto de emisión (3%). Tasas por ciento aplicada sobre el saldo insoluto. Cargos por la comercialización de Banca Seguros: Sesenta y seis punto setenta y ocho por ciento de la prima comercial descontando gasto de emisión (3%). En caso de que el Contratante y/o Asegurado decida no usar corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación. Esta póliza incluye el otorgamiento de Participación de Utilidades a favor del Comercializador y cuyo criterio de determinación es el cumplimiento de siniestralidad tomando en consideración el año de vigencia del contrato.

### INTERÉS ASEGURADO

**Descripción del Interés Asegurable:** Es el requisito esencial para que exista un Contrato de Seguro. Es el interés que debe tener el Contratante en obtener el beneficio de determinadas coberturas en caso se materialicen cualquier riesgo sobre el Asegurado, debido a que guarda una relación lícita con el mismo (Por el crédito del asegurado otorgado por el contratante). Si este interés asegurable no existe, este Certificado de Seguro será nulo bajo las condiciones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Desgravamen Premier.

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

**Lugar:** Oficinas del Contratante.

**Forma:** El pago de la prima es mensual, conforme al cronograma de pago del crédito.

**Fecha de vencimiento de pago de la prima:** Según el cronograma de pagos de crédito del asegurado otorgado por el contratante.

**Interés Moratorio:** No aplica

### BENEFICIARIOS

**El beneficiario es el Contratante / Comercializador por ambas coberturas.**

### 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 (después solo renovaciones)
Edad máxima de permanencia	=	80 años y 364 días

### REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Es elegible toda persona natural cliente del Contratante, siempre que haya ingresado a sus registros antes de cumplir 75 años y 364 días (después solo renovaciones) y que al momento de obtener el crédito se encuentre física y mentalmente capacitado para desempeñar sus actividades habituales y normales, conforme lo declarado en la Declaración de Salud.

Todo prestatario con solicitud de crédito igual o mayor a S/ 100,001 o su equivalente en dólares, estará obligado a llenar una declaración de salud.

Asimismo, la suma de dos o más créditos (en cúmulo) por prestatario que sea igual o mayor a S/ 100,001 o su equivalente en dólares, también deberán llenar la declaración de salud.

Las DPS solo pueden ser llenadas de puño y letra del ASEGURADO. No se considerarán DPS válidas aquellas que no cumplan con esta precisión y tampoco aquellas que sean completadas por terceros (representantes legales, apoderados u otros).

### 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/ 100,000 o su equivalente en dólares	Sin DPS	Sin DPS	Sin DPS	Sin DPS	Sin DPS	Sin DPS
Desde S/ 100,001 a S/ 300,000 o su equivalente en dólares	DPS	DPS	DPS	DPS	DPS	DPS Suma Asegurada Máxima hasta S/ 225,000 o US\$ 75,000

No aplican exámenes médicos por tabla de asegurabilidad, solo los que deriven de las respuestas de la DPS.

### EXCLUSIONES

Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan en, o a consecuencia de, los siguientes eventos o circunstancias. Las coberturas adicionales podrán contener exclusiones específicas las cuales se añadirán a las presentes exclusiones generales.

- Suicidio consciente y voluntario dentro de los dos (2) primeros años de vigencia completos e ininterrumpidos. La auto mutilación o autolesión.

- b. Pena de muerte, participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos, duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- c. Guerra, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- d. Detonación, reacción fisión o radiación nuclear, contaminación radiactiva (independientemente de la forma en que se haya ocasionado). Cualquier evento que haya sido causado por fisión nuclear o reactor nuclear o contaminación radioactiva.
- e. Accidente aéreo y marítimo de cualquier clase, en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales. No aplica la exclusión para vuelos y/o viajes comerciales sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f. Participación directa en los siguientes deportes o actividades riesgosas: carrera o entrenamiento para carreras, de automóviles, bicicletas, ciclismo, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas, caballos; inmersión submarina, artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí o tabla o skate acuático, sobre nieve o arena, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados, boxeo, cacería, tiro. Salvo que habiéndolo declarado en la Solicitud de Seguro o durante la vigencia de la Póliza de Seguro, RIMAC haya aceptado cubrirlo, previo pago de una prima adicional\*.
- g. Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). En caso de accidente de tránsito se presume la influencia de alcohol o drogas si el asegurado o beneficiario se niegan a someterse al examen toxicológico y/o de alcoholemia.
- h. Ejercicio de actividad, oficio o profesión de tripulante o piloto de vuelo comercial o no comerciales, marino mercante, chofer de camión, tráiler, volquete o maquinaria pesada, ingeniero civil, obrero de construcción, trabajador de mina, ingeniero electricista, policía, serenazgo, actividades de seguridad, ingeniero petrolero, mecánico, militar, arqueólogo, operador de planta de gas, miembro de las fuerzas armadas o que realice actividades militares, reportero, periodista, carpintero, técnico radiólogo, ingeniero químico, bombero, guardaespaldas, buzo, piloto de carrera, guía de turismo en rutas desconocidas, escaladas, alpinismo, montañismo, actividades en general con uso de explosivos. Salvo que habiéndolo declarado en la Solicitud de Seguros o durante la vigencia de la Póliza de Seguros, RIMAC haya aceptado cubrirlo previo pago de una prima adicional\*\*.
- i. Acto delictivo contra el Asegurado cometido por el Beneficiario o heredero, en calidad de autor o cómplice.
- j. Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

**(\*) Condición especial del acápite (f) referente a participación directa en los siguientes deportes o actividades riesgosas reemplazándose por la siguiente exclusión: 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 .**

**(\*\*) Condición especial del acápite (h) referente a actividades o deportes riesgosos reemplazándose por la siguiente exclusión: Buzo, piloto de carrera, guía de turismo en rutas desconocidas, escaladas, alpinismo, montañismo, actividades en general con uso de explosivos. Salvo que habiéndolo declarado en la Solicitud de Seguros o durante la vigencia de la Póliza de Seguros, RIMAC haya aceptado cubrirlo previo pago de una prima adicional.**

#### 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 decidas y sin necesidad de una justificación. Para ello debes enviar una comunicación escrita a RIMAC o solicitarlo por cualquiera de los medios que usaste para contratar la Póliza de Seguro. Ésta 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, tendrás derecho a que se te 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 de fallecimiento:**

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

**Para la cobertura de Fallecimiento (en caso de fallecimiento por enfermedad):**

**Para cúmulos menores o iguales a S/ 10,000 soles o \$ 3,333 dólares americanos:**

- Copia Certificada o Copia simple de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) o Copia simple del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

**Para cúmulos mayores S/ 10,000 soles o \$ 3,333 dólares americanos:**

- Copia Certificada o Copia simple de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) o Copia simple del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada por la institución de salud, en caso de fallecimiento por enfermedad.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

**En caso de fallecimiento por accidente:**

**Para cúmulos menores o iguales a S/ 10,000 soles o \$ 3,333 dólares americanos:**

- Copia Certificada o copia simple de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) o copia simple del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Original o Copia Certificada o Copia simple del Parte Policial y Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

**Para cúmulos mayores S/ 10,000 soles o \$ 3,333 dólares americanos:**

- Copia Certificada o copia simple de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) o copia simple del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.

- Original o Copia Certificada o copia simple del Parte Policial y Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Copia Certificada o copia simple del Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada o copia simple del Examen toxicológico, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada o copia simple del Dosaje Etílico, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

#### **Invalidez Total y Permanente por Accidente**

##### **Para cúmulos menores o iguales a S/ 10,000 soles o \$ 3,333 dólares americanos:**

- Copia simple de su Documento Oficial de Identidad.
- Copia Certificada o copia simple del Parte Policial o Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Original o copia simple del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, de la Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Se considera la fecha de ocurrencia del siniestro.

##### **Para cúmulos mayores S/ 10,000 soles o \$ 3,333 dólares americanos:**

- Copia simple de su Documento Oficial de Identidad.
- Copia Certificada o copia simple del Parte Policial o Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Original o copia simple del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, de la Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Se considera la fecha de ocurrencia del siniestro.
- Original o Copia Certificada o copia simple del Dosaje Etílico realizado al ASEGURADO, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada o copia simple del Examen toxicológico y/o de alcoholemia, en caso de haberse realizado.

#### **Invalidez Total y Permanente por Enfermedad**

##### **Para cúmulos menores o iguales a S/ 10,000 soles o \$ 3,333 dólares americanos:**

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Original o copia simple del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez.

##### **Para cúmulos mayores S/ 10,000 soles o \$ 3,333 dólares americanos:**

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Original o copia simple Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez.

**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 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).**

**Si el ASEGURADO no estuviese conforme con la decisión de RIMAC, podrá presentar un reclamo ante RIMAC de conformidad con la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios, o recurrir al mecanismo de solución de controversias que corresponda. En este caso, en caso de reclamo a RIMAC, la invalidez**

será evaluada por una junta médica compuesta por tres médicos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por RIMAC, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y tomando en consideración las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez”, según la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al ASEGURADO a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el ASEGURADO y RIMAC.

Los documentos serán entregados en las Plataformas de RIMAC descritas en el Resumen de la Póliza de Seguro, o en las oficinas de la Entidad Financiera que le otorgó el crédito y/o la tarjeta de crédito, según corresponda, o en las oficinas del Comercializador.

Recuerde que 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.

Autorización para acceder a Historia Clínica: El cliente asegurado autoriza expresamente a RIMAC, a través de la declaración contenida en la solicitud-certificado, 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 pro activamente en facilitar y/o agilizar la satisfacción de los documentos necesarios para la liquidación. 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 partida de defunción.

### **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 LA ASEGURADORA evaluará y se pronunciará aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura).

Dentro de los primeros 20 días LA ASEGURADORA 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).

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

### **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 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. El asegurado podrá solicitar copia de la póliza matriz a la aseguradora y esta última se obliga a remitirla en el plazo de 15 días calendarios desde la fecha de la solicitud.

## **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.

#### POLÍTICA DE PRIVACIDAD

**RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD** (en adelante, "RIMAC"), con domicilio en Calle El Parque N.º 149, piso 2, San Isidro, Lima, Perú; te informa que, de forma directa y/o a través de encargados (nacionales y/o extranjeros), tratará los datos que nos proporciones y/o aquellos a los que accedamos de manera legítima con la finalidad de preparar y/o ejecutar nuestra relación contractual, pudiendo para ello utilizar mecanismos automatizados o no (i) te envíen comunicaciones con información comercial que Rimac, sus socios comerciales y/o empresas del Grupo Brea tienen para ti; y/o, (ii) desarrollen estudios de mercado, perfiles, e información estadística, y compartan y enriquezcan tus datos personales e información derivada entre sí, con fines de publicidad y para desarrollar productos y/o servicios especializados.

Tus datos serán tratados en los términos previstos en nuestra Política de Privacidad y Consentimiento para Usos Adicionales, ubicados en [www.rimac.com](http://www.rimac.com). Podrás ejercer tus Derechos ARCO y/o revocar tu consentimiento en las Plataformas de Atención de RIMAC o enviando una solicitud al correo electrónico [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe)

¿Aceptas el tratamiento de sus datos para las finalidades detalladas? \*

Sí acepto

\* No es obligatorio brindar tu consentimiento para continuar.

## ACEPTACION DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

La aceptación y emisión de la presente Solicitud - 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.

Asimismo, el Asegurado declara conocer y aceptar que, el presente Certificado de Seguro consta de once (11) hojas y que mediante la firma manuscrita o electrónica incluida en el presente documento, se manifiesta su conformidad y aceptación respecto de las condiciones del Seguro.

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.

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.

“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 se genere en cada disposición de la Línea de Crédito que el Asegurado mantiene en La Financiera. El asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza matriz a la 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.**

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.

Lugar y fecha:



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

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO TITULAR

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO CÓNYUGE  
CONVIVIENTE Y/O TESTIGO A RUEGO  
(EN CASO CORRESPONDA)

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - SEGURO DESGRAVAMEN**

**DATOS DEL PRIMER TITULAR DEL CRÉDITO**

Nombre y Apellidos:		Sexo:
		Talla:      cm
		Peso:      kgs.
Documento de Identidad:	Fecha de Nacimiento:	
Ocupación y descripción de labores:		
Giro de la Empresa:		¿Realizas actividad laboral de riesgo?
Celular:	Teléfono:	Correo electrónico:

**DATOS DEL SEGUNDO TITULAR (solo si el crédito es mancomunado)**

Nombre y Apellidos:		Sexo:
		Talla:      cm
		Peso:      kgs.
Documento de Identidad:	Fecha de Nacimiento:	
Ocupación y descripción de labores:		
Giro de la Empresa:		¿Realizas actividad laboral de riesgo?
Celular:	Teléfono:	Correo electrónico:

**DATOS DEL CRÉDITO**

Importe del Préstamo:	Plazo:      meses
Oficina:	Funcionario:
Tipo de Préstamo:	Moneda:
Modalidad de Cobertura:	Deuda Actual (cúmulos)

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD**

	TITULAR 1	TITULAR 2
1. ¿Alguna de las siguientes afirmaciones se aplica a su situación de salud: durante los últimos 10 años estuvo hospitalizado, en rehabilitación, en cura de desintoxicación u operado por enfermedad o accidente, fue visto o tratado por algún especialista en oncología, cardiología, neurología, neumología, endocrinología o psiquiatría, tiene algún grado de discapacidad (física, mental o cognitiva), está bajo tratamiento / supervisión médica o consume cualquier tipo de medicación o drogas (recetadas o no por un médico) de forma regular o continua por más de 30 días?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Realiza alguna actividad (ocupación o profesión) y/o deporte de riesgo o peligroso? ¿Cuál? _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Fuma usted? Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique la cantidad de cigarrillos diarios _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Detalle respuestas afirmativas:			TITULAR 1	TITULAR 2
Enfermedades padecidas:				
Médico/Clínica tratante:				
Fecha último control:	Duración:	Estado Actual:		
Enfermedades padecidas:				
Médico/Clínica tratante:				
Fecha último control:	Duración:	Estado Actual:		
Enfermedades padecidas:				
Médico/Clínica tratante:				
Fecha último control:	Duración:	Estado Actual:		

**“Confirmando la exactitud y la sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy 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 mi parte implican la nulidad de la póliza de acuerdo al artículo N° 376 del Código de Comercio. Además, autorizo expresamente a cualquier médico y otra persona que me hubiese asistido en mis dolencias a revelar a la Aseguradora todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarme sus servicios.”**

El cliente autoriza a la Aseguradora, en caso de fallecimiento o invalidez, pueda recabar la información médica necesaria para poder determinar la cobertura del seguro contratado de forma complementaria al cumplimiento de los requisitos para la atención del siniestro.

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”.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Primer Titular

\_\_\_\_\_  
Firma del Segundo Titular  
y/o Testigo a Ruego  
(en caso corresponda)