

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES EFECTIVA
SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO
PÓLIZA DE SEGURO N° 500000**

Código SBS: RG0506100461
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

CONTRATANTE: Financiera Efectiva S.A. Dirección: Av. Luis Gonzales N° 1315 Int. 302 Provincia: Chiclayo Teléfono: (074) 274867 - 223680	RUC: 20441805960 Distrito: Chiclayo Departamento: Chiclayo
--	---

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
--	--

DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DE PAGO

Los datos del asegurado son los que se consignan en el CCP, el cual está vinculado a un número de préstamo especificado en dicho documento.

DATOS DEL BENEFICIARIO

En el caso de las Coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Reembolso por gastos de curación, el beneficiario es el ASEGURADO.
En el caso de la Cobertura de Muerte Accidental los beneficiarios son los designados en la póliza de seguro.
En caso de que los BENEFICIARIOS sean menores de edad bastará con señalar el nombre y apellidos completos.
En caso de que el ASEGURADO no haya designado BENEFICIARIOS, los BENEFICIARIOS serán los Herederos Legales.
Si se designaron varios BENEFICIARIOS, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

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) la póliza matriz de Sepelio suscrita con RIMAC se mantenga vigente; y, (iii) 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.

Esta póliza no se renueva automáticamente.

Lugar y Fecha de emisión: La fecha y hora considera desde la aceptación y firma de CCP, así como la ciudad que señala dicho documento.



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

ASEGURADO

RESUMEN DE LAS COBERTURAS

<u>Cobertura Principal</u>	<u>Suma Asegurada (S/ o US\$)</u>
Fallecimiento (Muerte Accidental)	Hasta S/. 12,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Hasta S/. 12,000

<u>Coberturas Adicionales</u>	<u>Suma Asegurada (S/ o US\$)</u>
Reembolso por gastos de curación por accidente (*)	Hasta S/. 1,500 (*)

(*)Aplica deducible de S/. 50 por evento bajo modalidad de reembolso.

DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS

A. Cobertura de 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.

B. Invalidez Total y Permanente por Accidente

Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su invalidez total permanente 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.

La COMPAÑÍA pagará el porcentaje de la Suma Asegurada, dependiendo del Plan escogido en las Condiciones Particulares y de la Invalidez Total Permanente por Accidente, según lo establecido en la tabla de indemnizaciones incorporada en el ANEXO A de las Condiciones Generales.

En caso de Accidente se considerará configurada la Invalidez Total y Permanente por Accidente cuando se presenten las situaciones previstas a continuación:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- Lesión incurable de la médula espinal que determinase la invalidez total y permanente
- Pérdida total de la visión bilateral
- Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de los dos brazos o de ambas manos
- Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de las dos piernas o de ambos pies
- Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de un brazo o de una pierna o de una mano y una pierna
- Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de una mano, de un pie o de un brazo o de un pie.

Descripción coberturas adicionales

C. Reembolso de Gastos de curación por Accidente

Se entiende por gastos de curación a todos los gastos incurridos por el ASEGURADO por concepto de honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, gastos odontológicos (curación y reposición de piezas dentales dañadas exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza), pruebas y exámenes médicos, en caso el ASEGURADO sufra un accidente durante la vigencia de la póliza y que sus causas no se encuentren excluidas por la póliza, hasta el límite fijado como Suma Asegurada

Importante:

- No aplica reembolsos por gastos respecto de aparatos ortopédicos.
- Los honorarios médicos son exclusivamente los que devengan de profesionales médicos de diferentes especialidades debidamente reconocidas y acreditadas por facultades de medicina y por el Colegio Médico del Perú o sus similares en el extranjero, quedando excluidos de cobertura la facturación directa de honorarios de otro tipo de profesionales.
- La suma asegurada es por año de vigencia, no siendo acumulable
- Aplica un deducible por evento, el cual será indicado en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro, según corresponda.
- Los gastos serán reembolsados tomando como monto máximo la Tarifa B según tarifario de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú. La información de la Tarifa B puede revisarse en <https://www.rimac.com/vida/familia/accidentes-personales-banca-seguro>.

PLAN (Marcar con una x)

Opciones de Plan: 1 año y 2 años

El plan contratado por parte del asegurado se encuentra especificado en el CCP

Máximo de pólizas a contratar por cliente: Máximo 3 pólizas activas. En caso de que se supere el máximo de Solicitudes – Certificados de Seguro contratados, dichos certificados de seguro contratados en exceso serán nulos.

PRIMA COMERCIAL ANUAL (NO CONTIENE IGV)

AP	Plan 1 – 1 Año	Plan 2 – 2 Año
Prima I Neta Cliente	S/90.51	S/181.02
IGV + DE	S/19.50	S/39.00
Prima Bruta Cliente	S/110.00	S/220.00

Comisión del comercializador: cincuenta y dos punto ocho por ciento sobre la prima neta anual recaudada. La cobertura inicia con la aceptación y firma del CCP (constancia de contratación del producto aprobado), y culmina con la fecha de vencimiento que señala el plan consignado en el CCP.

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 (en este caso, una relación económica entre el Contratante y Asegurado). 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.

Interés Moratorio: No aplica

FORMA DE PAGO

Ten en cuenta que el pago de la prima lo realizarás mensualmente (fraccionada) al momento de pagar las cuotas de tu crédito, el cual te ha otorgado el Contratante (Financiera Efectiva).

En caso que el ASEGURADO no realice el pago de la cuota de la prima del seguro, y este incumpliendo se extienda por noventa (90) días calendarios, la presente Solicitud – Certificado de Seguro se considerará extinguida, sin necesidad de comunicación previa alguna por parte de RIMAC.

EDADES DEL ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

Para las coberturas Muerte Accidental:

Edad máxima de ingreso = 64 años y 364 días

Edad máxima de permanencia = 69 años y 364 días

Para las coberturas Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Edad máxima de ingreso = 64 años y 364 días

Edad máxima de permanencia = 69 años y 364 días

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL

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:

1. Suicidio, auto mutilación o autolesión.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Las complicaciones médicas de embarazos o partos que no se hayan originado como consecuencia de un accidente.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS DE CURACION POR ACCIDENTE

Para esta cobertura adicional aplican las siguientes exclusiones particulares en adición a las Exclusiones Generales descritas precedentemente:

1. Actos infractores de leyes o reglamentos, siempre que estos se encuentren tipificados como delitos o que los actos infractores constituyan la causa del siniestro.
2. Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
3. Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, cuadros clínicos de insolación, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales;
4. Cirugía plástica o estética y tratamiento de cicatrices queloides.
5. Implantes dentales que no se hayan generado producto de un accidente
6. Las lesiones producidas con anterioridad al inicio de la vigencia de la presente póliza.
7. Los gastos, que según las leyes vigentes, deben ser cubiertos por los seguros obligatorios de ley; en cuyo caso, la cobertura de la presente Póliza se aplicará para los gastos o exceso de los gastos no cubiertos por los seguros obligatorios vigentes, siempre que dichos gastos no estén expresamente excluidos o no cubiertos según los términos y condiciones de esta Póliza.

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:

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 Invalidez Total Permanente por Accidente:

- 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 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 del ASEGURADO.
- Copia Fedateada del Informe Médico de Invalidez e Historia Clínica completa.

Para la cobertura adicional de Reembolso por gastos de curación por accidente:

Los siguientes documentos deben ser presentados a la Aseguradora en original, dentro de los 60 días siguientes a la fecha en la que se haya incurrido el gasto:

- Factura a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (RUC 20100041953) y/o Recibo por Honorarios a nombre del Asegurado. Ambos documentos deben contar con el sello de cancelado.
- Ticket no es documento válido para reembolso.
- La Boleta de Venta no es un documento válido para reembolso, sin embargo, sólo podrán ser aceptados los gastos sustentados con boletas de venta, siempre y cuando estos documentos hayan sido emitidos por contribuyentes que pertenezcan al Régimen Único Simplificado (RUS) y estén a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.
- Formato de la Aseguradora "Reclamo de Accidentes" debidamente llenado, que contenga la fecha y hora del accidente, nombre, apellidos, edad y dirección de la persona que sufrió el accidente, el lugar y la circunstancia en que ocurrió el accidente. Este documento debe ser llenado y firmado por el médico tratante.
- Los documentos detallados a continuación están sujetos a evaluación por LA ASEGURADOS:
 - a. Si es por accidente de tránsito, copia certificada de: (i) la Denuncia Policial o Parte (ii) del Dosaje Etílico para que sea evaluado por el médico.
 - b. Si es por robo, adjuntar copia certificada de la Denuncia Policial.
 - c. Certificado del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima expresado las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
 - d. Si se realizaron exámenes presentar orden firmada por el médico y resultados de los mismos.
 - e. Medicinas: recetas con firma del médico.

- f. Detalle con costos de todos los gastos realizados (farmacia, curaciones, consultas médicas, exámenes, insumos, etc)
- g. Copia Fedateada y foliada del Informe del médico tratante o de la Historia Clínica del ASEGURADO.
- h. Copia Certificada del Resultado de Análisis Toxicológico y Alcoholemia.
- i. Copia Simple del Documento de Identidad del Asegurado.

En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reembolso de los gastos será realizado a los herederos legales del ASEGURADO, para lo cual deberán presentar copia literal actualizada de la partida donde consta inscrita – en forma definitiva – la Sucesión Intestada o el Testamento en Registros Públicos.

La falta de cumplimiento de algunas o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, 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.

- A. Resultado de pruebas y exámenes realizados (tomografías, resonancias, radiografías, patologías entre otros).
- B. 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 primero 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.

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.

LAASEGURADORA 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 LAASEGURADORA pueda recibir a causa de este.

LAASEGURADORA 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.

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

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

No aplica.

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.
- 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.

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.