

**SOLICITUD – CERTIFICADO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE
TARJETAS BANCO GNB PERÚ S.A**

Código SBS: RG0504100305.

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

CERTIFICADO N° _____ PÓLIZA DE SEGURO N° 1104-500003

DATOS DEL ASEGURADO QUIEN MANTIENE UNA RELACIÓN ECONÓMICA CON EL CONTRATANTE

| | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|---|
| Apellido Paterno: | <input type="text"/> | Apellido Materno: | <input type="text"/> |
| Nombre(s): | <input type="text"/> | Tipo de D.O.I.: | <input type="text"/> |
| Dirección: | <input type="text"/> | N° D.O.I.: | <input type="text"/> |
| Provincia: | <input type="text"/> | Distrito: | <input type="text"/> |
| Celular: | <input type="text"/> | Departamento: | <input type="text"/> |
| Correo Electrónico: | <input type="text"/> | Teléfono: | <input type="text"/> |
| | | Nacionalidad: | <input type="text"/> |
| | | Sexo: | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |

DATOS DE LA COMPAÑÍA

Vigencia desde: _____ Vigencia hasta: _____, Hora 12:00 p.m.
Aseguradora: RIMAC Seguros y Reaseguros **RUC:** 20100041953
Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima **Provincia:** Lima
Departamento: Lima **Página web:** www.rimac.com **Teléfono:** 411-3000 / Fax: 421-0555

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: BANCO GNB PERÚ S.A., en adelante EL CONTRATANTE
Dirección: Calle las Begonias N°415 – San Isidro. Lima. **RUC:** 20513074370
Teléfono: 616-3000

DATOS DEL VENDEDOR

| | |
|------------------|----------------------|
| Nombre Completo: | <input type="text"/> |
| Firma: | <input type="text"/> |
| Código: | <input type="text"/> |
| Canal o Agencia: | <input type="text"/> |

AUTORIZACIÓN DE CARGO

Por medio de la presente autorizo a RIMAC Seguros y Reaseguros (en adelante la “COMPAÑÍA”) a realizar los cargos mensuales/anuales en la Tarjeta de Crédito o Débito BANCO GNB detallada a continuación según el plan contratado. En caso se realice un cambio de plástico de la Tarjeta de Crédito o Débito BANCO GNB, autorizo a la COMPAÑÍA a continuar cargando el monto de la Prima en el nuevo plástico que se emita. En caso no se pueda realizar el cobro en la tarjeta indicada, el ASEGURADO autoriza al CONTRATANTE a realizar el cobro en otras tarjetas que el ASEGURADO tenga emitidas por el CONTRATANTE.

Nota: Es responsabilidad del cliente, en caso efectúe algún cambio de número de Tarjeta de Crédito comunicarlo al Banco o a la COMPAÑÍA.

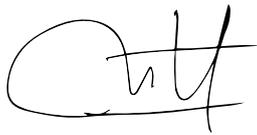
Vía de Cobro: Tarjeta de Crédito Tarjeta de Débito **Moneda:** Nacional Extranjera

N° de tarjeta de Crédito y/o Cuenta de Ahorros:

Fecha de Vencimiento:

ACEPTACIÓN 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 la Aseguradora, en tanto el ASEGURADO hubiera proporcionado información veraz.
- El ASEGURADO suscribe la presente Solicitud – Certificado de Seguro, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.



Rodrigo González
Gerente de División Unidad Negocios Vida

Lugar y Fecha de la
Solicitud

Firma del
Solicitante

TIPO DE PLAN CONTRATADO

Tarjeta de Crédito y Débito BANCO GNB y otras Tarjetas de Crédito de otras entidades financieras.

Plan Mensual*: Prima S/.9.50

Plan Anual*: Prima S/.95.00

* Los montos de la Prima incluyen gastos e impuestos

BENEFICIARIOS

En caso de la Cobertura por Muerte Accidental, y si el ASEGURADO no ha designado Beneficiarios en el presente certificado, los Beneficiarios serán los Herederos Legales, quienes recibirán el beneficio en partes iguales.

| Nombre y Apellidos | Tipo y N° de Documento | Dirección | Relación con el Asegurado | % de Participación en el beneficio |
|--------------------|------------------------|-----------|---------------------------|------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

En caso que los Beneficiarios sean menores de edad bastará con señalar el nombre y apellidos completos. Si se designaron varios beneficiarios, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Para las coberturas de **Uso indebido de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito, Uso Forzado de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito, Robo y/o Hurto del dinero retirado de un Cajero Automático / Ventanilla, Compras Fraudulentas por Internet y Transferencias desde la cuenta corriente de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito** el BENEFICIARIO es el CONTRATANTE.

Para las Coberturas de **Compra Protegida de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Reembolso de Gastos de Hospitalización, Reembolso por Trámite de Documentos, Reembolso de Gastos de Reposición de Llaves y Chapas** el Beneficiario es el ASEGURADO.

INTERÉS ASEGURADO

Protección de la Tarjeta de Crédito y/o Débito cuya titularidad le pertenece al ASEGURADO. Cancelación de la Suma Asegurada en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.

RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURAS DEL ASEGURADO

Se otorgarán las coberturas, por el número máximo de eventos, durante un período de 365 días. En caso de haberse otorgado las coberturas en su totalidad antes de la culminación del plazo de vigencia, no se otorgarán más eventos de los señalados dentro de un mismo año calendario.

Suma Asegurada

1) Uso indebido de la Tarjeta de Crédito y/o Débito por Robo, Secuestro, Asalto, Extravío, Hurto en Cajeros Automáticos y casas comerciales que deriven en defraudaciones, estafas o malversaciones cometidas por terceros, dentro o fuera de los límites del territorio de la República del Perú.

2) Uso forzado por parte del ASEGURADO de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito en un Cajero Automático a consecuencia de Secuestro, y que derive en Robo del dinero extraído del Cajero Automático, dentro o fuera de los límites del territorio de la República del Perú.

3) Cobertura al Robo y/o del dinero retirado de un Cajero Automático, cubriendo hasta (2) horas después de efectuada la transacción y en un radio no mayor a 200 metros del Cajero Automático.

4) Cobertura solo aplicable a las tarjeta(s) de crédito o débito emitidas por el contratante: Cobertura de Compras fraudulentas vía Internet. Cobertura retroactiva de hasta (60) días desde la fecha y hora de aviso al CONTRATANTE de la compras fraudulentas vía Internet o desde el conocimiento por parte del ASEGURADO, el que sea previo y a partir del cual el ASEGURADO puede realizar el bloqueo de la Tarjeta de Crédito y/o Débito.

5) Cobertura solo aplicable a las tarjeta(s) de crédito y/o débito emitidas por el contratante: Cobertura por transferencias desde la cuenta corriente del ASEGURADO. Transferencias de fondo remotas que provengan del uso indebido o fraudulento, por parte de terceros no autorizados, de las identificaciones con las cuales el ASEGURADO está autorizado para realizar transferencias (Cobertura nacional e internacional).

6) Cobertura solo aplicable a las tarjeta(s) de crédito o débito: Compra protegida contra Robo: Cobertura dentro o fuera de los límites del territorio de la República del Perú, ante el Robo y/o Asalto de los productos comprados con la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito asegurada(s) y emitida(s) por el CONTRATANTE, dentro de los (20) días siguientes a la fecha de la compra.

7) Cobertura solo aplicable a las tarjeta(s) de crédito o débito emitidas por el contratante: Retiro protegida (ventanilla), cubre hasta (2) horas después de efectuada la transacción y en un radio no mayor a 200 metros del lugar donde se efectuó la transacción (el retiro de dinero de ventanilla).

Límite Agregado Anual
S/. 25,000 Límite Agregado
Anual por ASEGURADO (hasta
2 eventos al año)

Hasta S/. 3,000 por
ASEGURADO.
Monto mínimo de compra S/. 300)
(Límite Agregado Anual,
Máximo 2 eventos al año)

Hasta S/. 2,000 por
ASEGURADO.
(Límite Agregado Anual,
Máximo 1 evento al año)

| | |
|---|--|
| <p>8) Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de Robo y/o Secuestro: Si la lesión al ASEGURADO al producirse el Robo y/o Secuestro del ASEGURADO con la finalidad de apropiarse de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito asegurada(s), causaran la muerte o invalidez total y permanente por accidente del mismo, a más tardar dentro de los (180) días desde la fecha de ocurrencia del citado evento, se indemnizará a los Beneficiarios por única vez con el máximo monto por ASEGURADO.</p> | <p>S/.30,000 por ASEGURADO</p> |
| <p>9) Reembolso de Gastos Médicos por Hospitalización a consecuencia del Robo y/o Secuestro del ASEGURADO con la finalidad de apropiarse de las Tarjetas de Crédito y/o Débito asegurada(s). Obliga hospitalización mínima de (24) horas.</p> | <p>Hasta S/. 450 diarios, máximo 30 días por ASEGURADO (Suma Asegurada por año de vigencia del seguro)</p> |
| <p>10) Reembolso por Trámites de Documentos debido a Robo y/o Secuestro y/o Pérdida y/o Hurto de los mismos junto con la Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito asegurada(s).</p> | <p>S/. 750 (Límite Agregado Anual, Máximo 2 Eventos al Año) Monto mínimo de reembolso de S/. 10 por evento</p> |
| <p>11) Reembolso por los Gastos de reposición de llaves y chapas a causa de Robo cuando las llaves de su domicilio, declarado en el Certificado de Seguro, sean robadas y en conjunto con alguna de las Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito asegurada(s).</p> | |

PRIMA

| | |
|--|------------------------|
| <p>Prima Neta Mensual</p> | <p>S/.7.82</p> |
| <p>Prima Bruta Mensual (Incluye IGV)</p> | <p>S/.9.50</p> |
| <p>Prima Neta Anual</p> | <p>S/.78.16</p> |
| <p>Prima Bruta Anual (Incluye IGV)</p> | <p>S/.95.00</p> |
| <p>El cálculo del monto que reciban los comercializadores de seguros se realizará sobre la Prima neta.</p> | |

DENUNCIA EL SINIESTRO

Ocurrido el siniestro debe denunciar en forma inmediata el mismo, al teléfono 0-800-15064 ó 203-0216. Igualmente será atendido en caso de consultas y reclamos respecto del Seguro de Protección de Tarjetas GNB Perú S.A.

VIGENCIA DE SEGURO

Fecha de inicio de vigencia: Se tomará como inicio de vigencia de la póliza anual a las (24) horas siguientes contadas a partir de la fecha de suscripción del Certificado de Seguro por parte del ASEGURADO; y permanecerá vigente mientras el ASEGURADO se encuentre al día en los pagos de la Prima mensual o anual, de acuerdo a las condiciones de la póliza. Para estos efectos la Tarjeta de Crédito o Débito en donde el ASEGURADO autoriza el cargo deberá estar emitida, correctamente consignada y activada, de lo contrario esta solicitud quedará sin efecto.

CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO:

- Periodo de Carencia: No aplica al presente Seguro.
- Deducible: No aplican al presente Seguro.
- Lugar y forma de pago de la prima: Se cargará mensualmente el importe de la prima en la cuenta de Ahorros o Tarjeta de Crédito y/o Débito determinada por el ASEGURADO el último día de vencimiento de la(s) obligación (es) siempre que existan fondos y/o línea disponible. No obstante, la realización del primer cargo mediante este servicio dependerá del proceso, periodo(s) de corte y de fecha(s) de facturación de la tarjeta afiliada.
- Concurrencia de Seguros: Se podrá contratar un solo Seguro de Protección de Tarjetas GNB Perú S.A. por cada ASEGURADO.
- Fecha de término de vigencia: Seguro Anual Renovable.

EDADES LÍMITE

Edad Mínima para la contratación del seguro: 18 años.

Edad Máxima para la contratación del seguro: 74 años y 364 días (Después solo renovaciones).

Edad Máxima de permanencia en el seguro: Hasta 79 años y 364 días.

Al cumplir los 80 años de edad, se dará por terminado el Seguro de Protección de Tarjeta GNB Perú S.A. y la COMPAÑÍA queda liberada de cualquier tipo de responsabilidad respecto de la Póliza del Seguro.

IMPORTANTE

- La vigencia del seguro será anual con renovación automática y se iniciará en la fecha del primer cargo de la Prima en la cuenta de Tarjeta de Crédito o la cuenta de ahorros asociada a la Tarjeta de Débito, indicada por el ASEGURADO y permanecerá vigente mientras se encuentre al día en los pagos de la prima mensual, de acuerdo a las condiciones de la póliza. Sin perjuicio de ello, el CONTRATANTE o el ASEGURADO podrán ponerle término en cualquier momento, para lo cual deberán cursar una comunicación escrita a la COMPAÑÍA, con un plazo mínimo de treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha que tendrá efecto la cancelación.
- El ASEGURADO autoriza al CONTRATANTE a cargar en su Cuenta de Ahorros, Tarjeta de Crédito o Débito el cargo del importe de la Prima antes indicada mensualmente.
- Es causal de terminación de contrato, una vez que el ASEGURADO haya recibido el Beneficio de alguna de las Coberturas hasta el número máximo de eventos posibles.
- La Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Hospitalización a consecuencia del Robo, Asalto, Secuestro del ASEGURADO, con la finalidad de apropiarse de las Tarjetas de Crédito y/o Débito asegurada(s) obliga a la Hospitalización del ASEGURADO por un tiempo mínimo de (24) horas consecutivas a partir de la fecha de Robo y/o Secuestro.
- Las coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente y Reembolso por Gastos Médicos por Hospitalización son excluyentes entre sí, pudiendo el ASEGURADO o BENEFICIARIOS (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) presentar la denuncia de siniestro sólo por una de ellas durante la vigencia de Seguro.

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago, señalado en el Convenio de Pago, origina la suspensión de la cobertura otorgada por esta Póliza una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

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

Cuando se haya pagado parte de la Prima, se mantendrá la cobertura hasta la fecha en que dicha Prima, calculada proporcionalmente a prorrata, efectivamente alcance para cubrir el riesgo. Para establecer la cantidad de días de cobertura efectiva y, por lo tanto, la fecha de inicio efectivo de la suspensión de cobertura, se sigue el siguiente procedimiento:

1. Se divide la Prima neta de toda la vigencia de la Póliza entre el número de días de dicho periodo de vigencia, obteniéndose así la Prima por día de cobertura.
2. La Prima neta efectivamente pagada se divide entre la Prima por día de cobertura, establecida según lo estipulado en el numeral 1 precedente, obteniéndose, así, los días de cobertura efectiva.
3. Así, el amparo efectivo otorgado por la Póliza rige desde las doce (12:00) horas de la fecha señalada en esta como inicio de vigencia, continúa por el número de días de cobertura efectiva establecido conforme a los numerales precedentes, y concluye a las doce (12:00) horas del último día de dicha cobertura efectiva.
4. Esta última fecha, a partir de las doce (12:00) horas, es la fecha efectiva de suspensión de cobertura.

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

RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

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

Se deja expresa constancia que si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la Prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la Prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la Prima. Le corresponde a la COMPAÑÍA la Prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la COMPAÑÍA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro o el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las (00:00) horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la COMPAÑÍA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la Prima o parte de la misma, la COMPAÑÍA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente Póliza o en el certificado de seguro según corresponda. En caso que la comercialización del presente producto se haya hecho a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el ASEGURADO deberá utilizar el mismo medio para invocar el presente derecho de arrepentimiento.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Se podrá resolver el contrato por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la COMPAÑÍA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. Le corresponde a la COMPAÑÍA la Prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La COMPAÑÍA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la COMPAÑÍA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

EXCLUSIONES**Aplicable a todas las Coberturas**

- 1) Todo uso indebido de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito del ASEGURADO en el que participe directa o indirectamente, en calidad de autor, cómplice o encubridor:
 - a) El propio ASEGURADO.
 - b) Cualquier pariente del ASEGURADO, por consanguinidad o afinidad, hasta el cuarto grado en toda la línea recta y colateral inclusive.
 - c) El o la cónyuge del ASEGURADO.
- 2) Bajo los términos del amparo de Robo, Hurto, Extravío o Secuestro, no se reembolsará al ASEGURADO por la pérdida de cualquier otro documento negociable, incluyendo cheques, cheques de viajero, como tampoco cualquier otro dinero en la posesión del ASEGURADO en el momento de ocurrir el Robo, Hurto, Extravío o Secuestro.
- 3) Actos delictivos o cualquier intento de los mismos por parte del ASEGURADO.
- 4) Robo, Hurto, Extravío, Secuestro o Uso Indebido de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito adicionales emitidas a favor de dependientes del ASEGURADO, si es que estos no han tomado el Seguro de Protección de Tarjetas del CONTRATANTE.
- 5) Los daños o perjuicios ocasionados al ASEGURADO que derivaren directa e inmediatamente de un uso fraudulento dado a su(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito, Robada(s), Asaltada(s), Hurtada(s), Extraviada(s), o Transferencias desde la cuenta corriente con anterioridad a la fecha de suscripción de la Póliza por parte del ASEGURADO.
- 6) Perjuicios derivados de actos fraudulentos de la Entidad Emisora de la Tarjeta de Crédito y/o Débito, sus empleados o dependientes.
- 7) Solicitudes de coberturas realizadas por el mismo ASEGURADO luego de haber sido indemnizado por el número de siniestros descritos en el Condicionado Particular o en el Certificado de Seguro (según corresponda), durante un periodo de un año calendario. El año calendario se computará a partir de la fecha en que se inició la vigencia de la primera Póliza de Seguro Protección de Tarjeta contratada por el ASEGURADO.
- 8) Los perjuicios o pérdidas que estén cubiertas por otra Compañía de Seguros con la cual haya contratado también un Seguro de Protección de Tarjeta, salvo que el monto a indemnizar por el siniestro sea insuficiente, en cuyo caso la Aseguradora (en caso le corresponda) asumirá la cobertura por el importe diferencial.

Para la Cobertura de Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente y Reembolso de Gastos Médicos por Hospitalización:

- 1) Gastos Médicos por Robo o Secuestro que no conlleven a la Hospitalización del ASEGURADO.
- 2) Suicidio, siempre que hayan transcurrido más de (2) años de vigencia ininterrumpida de la Póliza de Seguro; autolesión independientemente del estado mental de la persona.
- 3) Enfermedad, padecimiento o infección bacterial de cualquier tipo, a excepción de infecciones que surgen a consecuencia de una lesión ocurrida en el robo.
- 4) Hernia, independientemente de la causa.
- 5) Cualquier acto intencional por parte de un BENEFICIARIO del ASEGURADO o persona que habita en casa del ASEGURADO que ocasiona lesión corporal o amenaza al ASEGURADO incluyendo actos realizados en defensa propia o en la defensa de un tercero. Se considera intencional cualquier lesión a consecuencia de un arma de fuego o arma punzo cortante o cualquier otro instrumento letal, que ocurre durante dicho acto.
- 6) Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) o a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados sin tener licencia de conducir vigente para hacerlo. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o drogas, si el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS se negarán a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.

- 7) Servicios o tratamientos prestados por cualquier persona contratada por el ASEGURADO que no cuente con la acreditación profesional correspondiente y procedimientos médicos experimentales.
- 8) Cirugía cosmética o cualquier procedimiento cosmético, a excepción de cirugía reconstructiva para la corrección de un desorden físico originado a consecuencia del Robo o Secuestro materia de cobertura del presente Seguro.
- 9) Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; actos imprudentes, riesgo profesional como, servicio militar y servicio policial; así como en la participación activa de huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 10) Guerra, invasión u operaciones bélicas, actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, actos en contra del orden público, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- 11) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- 12) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- 13) 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.
- 14) Realización de las actividades o deportes riesgoso que se describen a continuación: 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.
- 15) Fallecimiento como consecuencia de enfermedades graves y/o crónicas preexistentes a la contratación de la Póliza. Siempre que hayan sido de conocimiento del ASEGURADO o diagnosticadas con anterioridad.
- 16) Los siniestros derivados de fenómenos de la naturaleza como son terremotos, inundaciones, huaycos, etc.
- 17) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

Para la Cobertura de Reembolso por Trámites de Documentos y Gastos de Reposición de llaves y chapas:

Los gastos de Reembolso por Trámites de Documentos que no resulten del Robo, Hurto, Secuestro, Pérdida de una de las Tarjeta(s) de Crédito, Débito Asegurada(s) bajo el presente seguro.

Para la Cobertura de Compra Protegida:

En caso no se trate del Robo de productos comprados con una de las Tarjetas de Crédito y/o Débito asegurada(s) y emitida(s) por el CONTRATANTE dentro de los (20) días siguientes a la fecha de la compra.

AVISO DE SINIESTRO

El siniestro será comunicado a la COMPAÑÍA dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las condiciones particulares del presente documento o certificado de seguro, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a la COMPAÑÍA pudiendo recibir el comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, descritos en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo la COMPAÑÍA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la COMPAÑÍA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

SOLICITUD DE COBERTURA

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir al o los Beneficiario(s) cualquier documento o información adicional en original o copia legalizada, en caso las circunstancias específicas así lo ameriten.

Para tener derecho a la aplicación del presente Seguro, el ASEGURADO deberá dar aviso del siniestro al CONTRATANTE, acompañando según el siniestro que se haya presentado, la totalidad de los documentos que se detallan a continuación.

La COMPAÑÍA, por su parte, pagará los beneficios que procedan al BENEFICIARIO definido, contando para ello con un plazo máximo de (30) días hábiles contados desde la fecha en que se entreguen a la COMPAÑÍA el 100% de los documentos solicitados por cada cobertura.

La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas hace perder todo derecho a la indemnización, 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 ASEGURADO o sus Beneficiarios, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Póliza o del desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones, salvo que se hubieran presentado imponderables que se encuentran fuera de su control y se encuentran en el ámbito de la "fuerza mayor" y tornan inimputable el incumplimiento del procedimiento en caso de siniestro.

NOTA: TODOS LOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN ORIGINAL O COPIA LEGALIZADA.

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la COMPAÑÍA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado o certificado de seguros) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

1. En caso de Robo, Asalto, Secuestro de las Tarjetas de Crédito y/o Débito asegurada(s), Uso forzado por parte del ASEGURADO de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito asegurada(s) en un Cajero Automático y Robo del dinero retirado de un Cajero Automático / Ventanilla:

El ASEGURADO deberá presentar la solicitud por escrito en las oficinas del CONTRATANTE mediante carta simple adjuntando lo siguiente:

- a) Bloquear de inmediato la(s) Tarjeta(s) sustraídas mediante la llamada al número de Denuncia de Siniestros indicado en el Certificado de Seguro, y, de ser el caso, a las centrales correspondientes a las Tarjetas emitidas por otras Entidades Financieras; y obtener el(los) código(s) de bloqueo correspondiente(s) dentro de un plazo no mayor de (4) horas de ocurrido el robo, asalto o secuestro. En caso de secuestro se consideran las (4) horas a partir de la hora de la liberación.
- b) Presentar la denuncia policial en la delegación donde ocurrieron los hechos dentro de un plazo no mayor a (24) horas de ocurrido el robo, asalto o secuestro. En caso de secuestro se consideran las (24) horas a partir de la hora de la liberación.
- c) El ASEGURADO o la persona que está actuando en su representación, deberá llamar al teléfono indicado en el Certificado de Seguro e ingresar el siniestro, y posteriormente deberá presentar en las oficinas del CONTRATANTE, un formulario de siniestros que indique el monto de los consumos realizados indebidamente. A estos efectos deberá adjuntar lo siguiente:
 - Copia de la Denuncia Policial.
 - El(los) código(s) de bloqueo con fecha y hora.
 - Vale(s) donde figura la Fecha, Hora, Monto y Lugar de los consumos indebidos.
 - Estados de cuenta o extractos de movimientos donde figuren los consumos indebidos en establecimientos comerciales o los retiros indebidos en cajeros automáticos.
 - Dirección y Teléfono del ASEGURADO.

IMPORTANTE: Adicional a lo indicado en los literales a), b) y c); la COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir al ASEGURADO lo siguiente:

- Copia Certificada de las conclusiones del Atestado Policial o el resultado de las investigaciones policiales.
- Declaración Jurada de no haber recibido indemnización de parte de otras Compañías de Seguros por el mismo siniestro reportado a la COMPAÑÍA, salvo lo establecido en la exclusión en el numeral 8 de las

Exclusiones Generales aplicables a todas las Coberturas indicadas en el presente Condicionado General de Contratación.

- En caso de haber presentado solicitud de cobertura a otra Compañía de Seguros por el mismo siniestro reportado a la COMPAÑÍA, deberá presentar copia simple de dicha solicitud.
- Cualquier otro documento o información adicional en caso las circunstancias específicas así lo ameriten.

2. En caso Extravío, Hurto y Compras fraudulentas vía Internet con las Tarjetas de Crédito y/o Débito aseguradas:

- a) Bloquear de inmediato la(s) Tarjeta(s) sustraídas mediante la llamada al número de Denuncia de Siniestros indicado en el Certificado de Seguro, y, de ser el caso, a las centrales correspondientes a las Tarjetas emitidas por otras entidades financieras; y obtener el(los) código(s) de bloqueo correspondiente(s) dentro de un plazo no mayor de (4) horas de que el ASEGURADO se ha percatado de que ha ocurrido el extravío, hurto de crédito o débito, compras fraudulentas vía Internet y en las retenciones de las Tarjetas de Crédito y/o Débito en los Cajeros Automáticos.
- b) Presentar la denuncia policial, en la delegación correspondiente dentro de un plazo no mayor de (24) horas de que el ASEGURADO se ha percatado de que ha ocurrido el extravío, hurto de crédito o débito, compras fraudulentas vía Internet y en las retenciones de las Tarjetas de Crédito y/o Débito en los Cajeros Automáticos.
- c) El ASEGURADO o la persona que está actuando en su representación, deberá llamar al teléfono indicado en el Certificado de Seguro e ingresar el siniestro, y posteriormente deberá presentar en las oficinas del CONTRATANTE, un formulario de siniestros que indique el monto de los consumos realizados indebidamente. A estos efectos deberá adjuntar lo siguiente:
 - Copia de la Denuncia Policial.
 - El(los) código(s) de bloqueo con fecha y hora.
 - Vale(s) donde figura la Fecha, Hora, Monto y Lugar de los consumos indebidos.
 - Estados de cuenta o extractos de movimientos donde figuren los consumos indebidos en establecimientos comerciales o los retiros indebidos en cajeros automáticos.
 - Dirección y Teléfono del ASEGURADO.

3. En caso de Muerte Accidental a consecuencia del Robo y/o Asalto y/o Secuestro del ASEGURADO con la finalidad de apropiarse de las Tarjetas de Crédito y/o Débito aseguradas:

El(los) BENEFICIARIO(S) o la persona que esté actuando en su representación deberá presentar el reclamo por escrito en las oficinas del CONTRATANTE mediante carta simple adjuntando los siguientes documentos para cada persona fallecida:

- a) Copia simple del Atestado Policial.
- b) Código(s) de Bloqueo.
- c) Copia del Documento Oficial de Identidad (D.O.I) del ASEGURADO.
- d) Certificado(s) Médico(s) de defunción.
- e) Partida(s) de defunción.
- f) Dosaje etílico en caso de accidente de tránsito.
- g) Atestado policial completo, detallando fecha y circunstancia del accidente.
- h) Examen(es) toxicológico(s) emitido(s) por la morgue.
- i) Protocolo(s) de autopsia completo(s).
- j) Documentos que acrediten la calidad de BENEFICIARIO(S) de la indemnización.
- k) Copia del Documento Oficial de Identidad (D.O.I) de los BENEFICIARIOS, o partida de nacimiento para menores de edad.

NOTA: TODOS LOS DOCUMENTOS DEBERAN SER ENTREGADOS EN ORIGINAL O COPIA LEGALIZADA.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar documentos complementarios a los ya citados, para el análisis de los siniestros.

- 4. En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia del Robo y/o Asalto y/o Secuestro del ASEGURADO con la finalidad de apropiarse de las Tarjetas de Crédito y/o Débito aseguradas:**

El(los) BENEFICIARIO(S), o la persona que esté actuando en su representación deberá presentar el reclamo por escrito en las oficinas del CONTRATANTE mediante carta simple adjuntando los siguientes documentos:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO.
- b) Copia simple del Atestado policial.
- c) Dosaje etílico en caso de accidente de tránsito.
- d) Informe Médico completo.
- e) Dictamen de Invalidez de la Comisión Medica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD o EPS.
- f) Documentos que acrediten la calidad de BENEFICIARIO(S) de la indemnización.
- g) Copia del Documento Oficial de Identidad (D.O.I) de los BENEFICIARIOS, o partida de nacimiento para menores de edad.

NOTA: TODOS LOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN ORIGINAL O COPIA LEGALIZADA.

- 5. En caso de Reembolso de gastos médicos por Hospitalización a consecuencia de Robo y/o Asalto y/o Secuestro del ASEGURADO con la finalidad de apropiarse de las Tarjetas de Crédito y/o Débito aseguradas:**

El ASEGURADO o la persona que esté actuando en su representación deberán realizar la denuncia del Siniestro y presentar el reclamo por escrito en las oficinas del CONTRATANTE mediante carta simple adjuntando lo siguiente:

- a) Copia de la Denuncia Policial.
- b) Código de Bloqueo.
- c) Facturas de los gastos médicos hospitalarios incurridos durante la hospitalización.
- d) Sustentos médicos de los gastos hospitalarios que la COMPAÑÍA requiera para poder evaluar la atención recibida.
- e) Dirección y Teléfono del ASEGURADO.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir que el ASEGURADO se someta a un examen por parte de un médico seleccionado por ella las veces que razonablemente sean necesarias, mientras sigue pendiente una reclamación o mientras se esté pagando una indemnización. Del mismo modo, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar antecedentes complementarios a los ya citados, para el análisis de los siniestros.

- 6. En caso de Reembolso de gastos para la obtención de duplicado de documentos por Robo, Asalto, Secuestro, Pérdida y Hurto de los mismos junto con las Tarjetas de Crédito y/o Débito aseguradas:**

El ASEGURADO o la persona que esté actuando en su representación deberán llamar, realizar la denuncia del Siniestro y presentar el reclamo por escrito en las oficinas del CONTRATANTE mediante carta simple adjuntando lo siguiente:

- a) Copia de la Denuncia Policial.
- b) Documentos que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores de los correspondientes documentos de identificación personal del ASEGURADO.
- c) Comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos.
- d) Dirección y Teléfono del ASEGURADO.

7. En caso de Compra Protegida por Robo y/o Asalto de bienes comprados con Tarjetas emitidas por el CONTRATANTE:

- a) Bloquear de inmediato la(s) Tarjeta(s) sustraídas mediante la llamada al número de Denuncia de Siniestros indicado en el Certificado de Seguro, y, de ser el caso, a las centrales correspondientes a las Tarjetas emitidas por otras entidades financieras; y obtener el(los) código(s) de bloqueo correspondiente(s) dentro de un plazo no mayor de (4) horas de ocurrido el robo o asalto.
- b) Presentar la denuncia policial, en la delegación donde ocurrieron los hechos dentro de un plazo no mayor a (24) horas de ocurrido el robo o asalto.
- c) El ASEGURADO o la persona que está actuando en su representación, deberá llamar al teléfono indicado en el Certificado de Seguro e ingresar el siniestro, y posteriormente deberá presentar en las oficinas del CONTRATANTE, un formulario de siniestros que indique el monto de los consumos realizados indebidamente. A estos efectos deberá adjuntar lo siguiente:
 - Copia de la Denuncia Policial.
 - Copia del Documento Oficial de Identidad (D.O.I) del ASEGURADO.
 - Vale(s) donde figura la Fecha, Hora, Monto y Lugar de las compras sustraídas a causa de Robo y/o Asalto, dentro de los (20) días posteriores a su compra.
 - Dirección y Teléfono del ASEGURADO.

8. En caso de gastos extraordinarios para la obtención de duplicado de llaves y chapas nuevas a causa de Robo y/o Asalto de las mismas junto con las Tarjetas de Crédito y/o Débito aseguradas:

El ASEGURADO o la persona que está actuando en su representación deberán presentar el reclamo por escrito en las oficinas del CONTRATANTE mediante carta simple adjuntando lo siguiente:

- a) Copia de la Denuncia Policial.
- b) Copia del Documento Oficial de Identidad (D.O.I) del ASEGURADO.
- c) Comprobantes de bloqueo de las tarjetas de Crédito y/o Débito siniestradas.
- d) Documentos que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores de los correspondientes documentos de identificación personal del ASEGURADO.
- e) Comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de estos documentos, llaves o chapas.
- f) Dirección y Teléfono del ASEGURADO.

9. En caso de Transferencias desde la cuenta corriente del ASEGURADO:

El ASEGURADO deberá presentar la solicitud de cobertura por escrito en las oficinas descritas para tal efecto, en el Condicionado Particular o en el Certificado de Seguro, según corresponda, y deberá adjuntar lo siguiente:

- a) Formulario de siniestro donde indique el monto de las transacciones no reconocidas.
- b) Copia simple del DNI del ASEGURADO.
- c) Breve relato de los hechos en original, debidamente firmado por el ASEGURADO.
- d) Copia simple de los Estados de cuenta donde figuren las transacciones no reconocidas.
- e) Copia simple de documentos donde figure la hora real de cada una de las transacciones reclamadas.
- f) Copia simple del reclamo formal presentado ante el Banco, correspondiente a las transferencias indebidas. Este documento debe contener el sello de recepción del banco.

No obstante lo antes indicado, el incumplimiento de lo establecido en el presente artículo, no afecta el derecho del ASEGURADO a solicitar la cobertura a través de otras instancias, interponiendo las acciones que correspondan de acuerdo al marco normativo vigente.

Los plazos establecidos para la comunicación que debe cursar el ASEGURADO a la Compañía para informar de la denuncia ante un siniestro no limita que el ASEGURADO pueda acudir a la vía judicial en caso pretenda reclamar la indemnización si dio aviso del siniestro luego de vencido el mencionado plazo; asumiendo en forma expresa e incondicional las consecuencias que su demora en la comunicación pudiera conllevar.

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.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

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

PAGO DE SINIESTRO

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que la COMPAÑÍA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro.

Cuando la COMPAÑÍA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la COMPAÑÍA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento 91º establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al ASEGURADO en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la COMPAÑÍA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro, la COMPAÑÍA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicado por el **CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO** a la **COMPAÑÍA** en las Plataformas de Atención al Cliente:

Oficina Principal: Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima.

• **Lima:**

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

• **Arequipa:**

Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito.
Telf. (054)-381700

• **Cajamarca:**

Jr. Belén 676-678.
Telf. (076)-369635

• **Cusco:**

Calle Humberto Vidal Unda G-5, Urbanización
Magisterial, 2da. Etapa. Cusco.
Telf. (084)-229990 / (084)-227041

• **Huancayo:**

Jr. Ancash 125, Huancayo.
Telf. (064)-223233

• **Trujillo:**

Av. América Oeste N° 750, locales A-1004 y
A-1005 – Mall Aventura Plaza – Urbanización
El Ingenio.
Telf. (044)-485200

• **Chiclayo:**

Av. Salaverry 560, Urb. Patazca.
Telf. (074)- 481400

• **Iquitos:**

Jirón Putumayo 501.
Telf. (065)-242107

• **Piura:**

Calle Libertad 450.
Telf. (073)-284900

MEDIOS HABILITADOS POR LA COMPAÑÍA PARA PRESENTAR RECLAMOS

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

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

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

Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-3000

Correo Electrónico: reclamos@rimac.com.pe

Página Web: www.rimac.com

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo ASEGURADO.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del ASEGURADO: www.defaseg.com.pe
Lima: (01) 446-9158
Arias Aragüez 146, San Antonio Miraflores, 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 Y SEGUROS (SBS):**

www.sbs.gob.pe
Los Laureles 214, San Isidro, Lima
Lima: Jr. Junín N° 270, Lima 01
Arequipa: Los Arces 302, Urb. Cayma
Piura: Jr. Prócer Merino 101, Urb. Club Grau
Iquitos: Calle Putumayo N° 464
Huancayo: Pasaje Comercial N° 474, El Tambo
0800-10840 | (511) 428-0500

INFORMACIÓN ADICIONAL

- En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:
 - i. La COMPAÑÍA 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. La COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
 - iii. Las comunicaciones cursadas por los ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA.
 - iv. Los pagos efectuados por los Asegurados o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la COMPAÑÍA.
- El ASEGURADO autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.
- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.
- 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. 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 411-3000. 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.

Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (“La COMPAÑÍA”), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con la COMPAÑÍA, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la COMPAÑÍA utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que la COMPAÑÍA considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC

SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la COMPAÑÍA.

Conforme a ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

TEXTOS DE AUTORIZACIÓN DE ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO

Otorgo mi consentimiento para que la presente Póliza de Seguro y las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en el presente documento, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de Póliza Electrónica:

1. Cuando RIMAC se refiera a la Póliza de Seguro, esta comprende a los documentos que forman parte de la misma, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones.
2. Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza de Seguro debe entenderse como Certificado de Seguro. El envío de la Póliza de Seguro a través de correo electrónico, podrá ser bajo cualquiera de las modalidades siguientes:
 - Incluyendo un link donde podré visualizar la Póliza de Seguros en PDF.
 - Incluyendo un documento adjunto en PDF.
 - Direccionándome a la parte privada de la web www.rimac.com, donde deberé crear un usuario y contraseña para el ingreso. En dicha web, podré visualizar los documentos enviados, inclusive todas mis Pólizas de Seguro.
3. Es obligatorio que cuente con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se podrá acreditar a través de un certificado digital.
5. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica, la cual registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. Ventajas: forma de envío inmediato, seguro, eficiente, reducción de papel, acreditación del momento de envío y confirmación de identidad del suscriptor de la Póliza de Seguro.
7. Riesgo: el uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad. Para evitar este riesgo, no deberé compartir mi clave, utilizaré niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.
8. Instrucciones de uso:
 - En caso que no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifique / anule mi dirección de correo electrónico, deberé informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicarlo a la Central Aló RIMAC 411-1111.

Abriré y leeré detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisaré constantemente mis bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, verificaré la política de filtro o bloqueo de mi proveedor de correo electrónico a efectos que no tenga problemas con los envíos electrónicos, mantendré activa mi cuenta de correo y no bloquearé nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.

El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza de Seguro, la cual será entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.

La entrega del presente Certificado implica la aceptación del riesgo ASEGURADO por parte de la COMPAÑÍA en los términos y condiciones de la Póliza.

EI ASEGURADO declara haber recibido el presente Certificado de Seguro, dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente, y tener conocimiento del presente documento, el cual asimismo ha comprobado que se encuentra registrado en la Página Web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (www.sbs.gob.pe); con código de producto RG0504110298; pudiendo acceder a él de forma gratuita.