

**SEGURO DE PROTECCIÓN DE TARJETAS  
BANCO GNB CONDICIONES PARTICULARES**

Solicitud de Afiliación N° \_\_\_\_\_  
 Póliza de Seguro N° \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA Y DE LA POLIZA**

**FECHA DE EMISION:** \_\_\_\_\_ **Código SBS:** \_\_\_\_\_  
**VIGENCIA DESDE:** XX-XX-XXXX, **HORA:** XX:XX AM/PM  
**VIGENCIA HASTA:** XX-XX-XXXX, **HORA:** 12:00 PM o la fecha en que el asegurado alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.  
**ASEGURADORA :** RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS  
**DOCUMENTO :** RUC 20100041953  
**DIRECCIÓN :** LAS BEGONIAS N° 475, PISO 3 **DISTRITO :** SAN ISIDRO  
**PROVINCIA :** LIMA **DEPARTAMENTO:** LIMA  
**TELEFONO :** (01) 411-1111  
**PAGINA WEB :** www.rimac.com  
 Esta póliza SI  NO  se renueva automáticamente.

**DATOS DEL ASEGURADO:**

**NOMBRE :** \_\_\_\_\_ **TIPO DE D.O.I. :** \_\_\_\_\_  
**N° D.O.I. :** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN :** \_\_\_\_\_ **DISTRITO :** \_\_\_\_\_  
**PROVINCIA :** \_\_\_\_\_ **NACIONALIDAD :** \_\_\_\_\_  
**DEPARTAMENTO:** \_\_\_\_\_ **OCUPACIÓN :** \_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO :** \_\_\_\_\_  
**RELACION CON EL CONTRATANTE:** ECONÓMICA

**Contratante:** \_\_\_\_\_ **RUC:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Autorización de Cargo:** \_\_\_\_\_ **TIPO DE TARJETA:** \_\_\_\_\_  
**VISA**  **CUENTA DE AHORROS**   
**MASTERCARD**   
**MONEDA:** \_\_\_\_\_  
**NACIONAL**  **EXTRANJERA**

**Número de Tarjeta de Crédito y/o** \_\_\_\_\_  
**Cuenta de Ahorros:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Vencimiento:**        
 (Sólo para Tarjetas de Crédito)

**BENEFICIARIOS**

En caso de la Cobertura por Muerte Accidental los Beneficiarios serán los siguientes:

Nombre / Razón Social	Tipo y N° de Documento	Dirección	Relación con El Asegurado	% de Participación en el beneficio

En caso que no se haya(n) designado Beneficiario(s), se considerará como Beneficiario(s) al / a los Heredero(s) Legal(es) del Asegurado.

En caso los datos de identificación del Beneficiario designado sean incorrectos y/o incongruentes entre sí (nombre - DOI), tal designación se tendrá por no realizada, entendiéndose como Beneficiario(s) de la Póliza a el/los Heredero(s) Legal(es) del Asegurado.

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** y el BENEFICIARIO es EL CONTRATANTE de acuerdo al plan que haya escogido el ASEGURADO, si éste escoge el plan que también cubre las tarjetas de otras Entidades Financieras el Beneficiario es el ASEGURADO.

Para la Cobertura **por Muerte Accidental**, el BENEFICIARIO es(son) los BENEFICIARIOS o a falta de declaración de ellos, será(n) el(los) Heredero(s) Legal(es) del ASEGURADO.

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 y Reembolso de gastos por interrupción de viajes**; el BENEFICIARIO es el mismo ASEGURADO.

**Plan de Seguro elegido por el ASEGURADO:**

**PLAN 1: S/ X.XX**  **PLAN 2: S/ X.XX**

**PLAN 1:** La cobertura corresponde exclusivamente a la(s) Tarjeta(s) emitida(s) por el CONTRATANTE, sea de Crédito y/o de Débito, de la cual es titular el ASEGURADO.

**PLAN 2:** La cobertura corresponde a la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito emitida por el CONTRATANTE, de la cual es titular el ASEGURADO y se extiende a amparar a todas las Tarjetas de Crédito de las cuales es titular el ASEGURADO, emitidas por una empresa del sistema financiero debidamente autorizada por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

<b>Coberturas por ASEGURADO</b>	<b>Beneficio</b>	<b>Prima Plan 1</b>	<b>Beneficio</b>	<b>Prima Plan 2</b>
	<b>Plan 1: Sólo Tarjetas de Crédito y/o Débito del CONTRATANTE</b>		<b>Plan 2: Tarjetas de Crédito y/o Débito del CONTRATANTE y Tarjetas de Crédito de otras Entidades Financieras.</b>	
<b>1) Uso indebido de la Tarjeta de Crédito y/o Débito por Robo y/o Secuestro y/o Extravío y/o Hurto en Cajeros Automáticos y/o casas comerciales</b> que deriven en Defraudaciones, estafas o malversaciones cometidas por terceros, dentro o fuera de los límites del territorio de la República del Perú. <b>Cobertura retroactiva de hasta 12 horas desde la hora de bloqueo de la Tarjeta de Crédito y/o Débito.</b>	<b>S/ X,XXX Límite Agregado Anual por ASEGURADO (hasta 2 Eventos al Año)</b>	<b>S/. XXX</b>	<b>S/ X,XXX Límite Agregado Anual por ASEGURADO (hasta 2 Eventos al Año)</b>	<b>S/ XXX</b>
<b>2) Uso forzado</b> 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.	<b>S/ X,XXX Límite Agregado Anual por ASEGURADO (hasta 2 Eventos al Año)</b>	<b>S/ XXX</b>	<b>El Plan 2 sólo cubre adulteración, impresión de vales múltiples y compras fraudulentas vía Internet para las Tarjetas emitidas por el CONTRATANTE.</b>	<b>S/ XXX</b>
<b>3) Cobertura al Robo y/o del dinero retirado de un Cajero Automático,</b> cubriendo hasta 2 horas después de efectuada la transacción y en un radio no mayor a 200 metros del Cajero Automático.	<b>S/ X,XXX Límite Agregado Anual por ASEGURADO (hasta 2 Eventos al Año)</b>	<b>S/ XXX</b>	<b>El Plan 2 sólo cubre adulteración, impresión de vales múltiples y compras fraudulentas vía Internet para las Tarjetas emitidas por el CONTRATANTE.</b>	<b>S/ XXX</b>

<p><b>4) COBERTURA SÓLO APLICABLE A LAS TARJETA(S) DE CRÉDITO O DÉBITO EMITIDAS POR EL CONTRATANTE: Compras fraudulentas vía Internet.</b> Cobertura retroactiva de hasta 60 días desde la fecha y hora de aviso al CONTRATANTE de la adulteración y/o 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.</p>			<p><b>S/ X,XXX</b>  <b>Límite Agregado Anual por ASEGURADO</b>  <b>(hasta 2 Eventos al Año)</b></p>	
<p><b>5) COBERTURA SÓLO APLICABLE A LAS TARJETA(S) DE CRÉDITO O DÉBITO EMITIDAS POR EL CONTRATANTE: Reembolso de gastos de interrupción de viajes por Robo y/o Secuestro del ASEGURADO con la finalidad de apropiarse de la Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito asegurada(s),</b> siempre que la compra de los boletos aéreos se haya realizado utilizando una de las Tarjetas de Crédito y/o Débito aseguradas y emitidas por el CONTRATANTE.</p>	<p><b>Hasta S/ X,XXX</b>  <b>(Limite Agregado Anual, Máximo 2 Eventos al Año)</b></p> <p><b>Se considera hasta S/. XXX por día</b></p>	<p><b>S/. XXX</b></p>	<p><b>Hasta S/ X,XXX</b>  <b>(Límite Agregado Anual, Máximo 2 Eventos al Año)</b>  <b>Se considera hasta S/ XXX por día</b></p> <p><b>La cobertura aplica sólo para Tarjetas de Crédito y/o Débito emitidas por el CONTRATANTE</b></p>	<p><b>S/ XXX</b></p>

<p><b>6) Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de Robo y/o Secuestro:</b>  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 por ASEGURADO.  Las indemnizaciones correspondientes a ambas coberturas serán pagadas por LA COMPAÑÍA EN UNA SOLA OCASIÓN, considerando un sólo evento por ASEGURADO, las coberturas descritas NO SERAN PAGADAS por cada Seguro de Protección de Tarjeta que hubiera sido contratado por el ASEGURADO, sino EN UNA SOLA OCASIÓN. Ambas coberturas son excluyentes, pudiendo el ASEGURADO presentar un aviso de siniestro por sólo una de ellas durante la vigencia del Seguro. El ASEGURADO sólo podrá presentar un aviso de siniestro por la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente hasta antes de cumplir los 65 años de edad y en el caso de la cobertura de Muerte Accidental sólo podrá hacerlo antes de cumplir los 75 años de edad.</p>	<p><b>S/ XX,XXX por Asegurado</b></p>	<p><b>S/ XXX</b></p>	<p><b>S/ XX,XXX por Asegurado</b></p>	<p><b>S/ XXX</b></p>
<p><b>7) Reembolso de Gastos Médicos por Hospitalización a consecuencia del Robo y/o Secuestro del ASEGURADO</b> con la finalidad de apropiarse de las Tarjetas de Crédito y/o Débito asegurada(s).</p>	<p><b>Hasta S/ XXX diarios, máximo 30 días por ASEGURADO (Suma Asegurada por año de vigencia del seguro)</b></p>	<p><b>S/ XXX</b></p>	<p><b>Hasta S/ XXX diarios, máximo 30 días por ASEGURADO (Suma Asegurada por año de vigencia del seguro)</b></p>	<p><b>S/ XXX</b></p>

8) 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).	S/ XXX (Límite Agregado Anual, Máximo 2 Eventos al Año) Monto mínimo de reembolso de S/ X.XX por evento	S/ XXX	S/ XXX (Límite Agregado Anual, Máximo 2 Eventos al Año) Monto mínimo de reembolso de S/. X.XX por evento	S/ XXX
9) 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 o en conjunto con alguna de las Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito asegurada(s).	S/ XXX (Limite Agregado Anual, Máximo 2 Eventos al Año) Monto mínimo de reembolso de S/ X.XX por evento	S/ XXX	S/ XXX (Limite Agregado Anual, Máximo 2 Eventos al Año) Monto mínimo de reembolso de S/ X.XX por evento	S/ XXX
10) COBERTURA SÓLO APLICABLE A LAS TARJETA(S) DE CRÉDITO O DÉBITO EMITIDAS POR EL CONTRATANTE: Compra protegida contra Robo: Cobertura dentro o fuera de los límites del territorio de la República del Perú, ante el Robo 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.	Hasta S/ X,XXX por ASEGURADO. Monto mínimo de compra S/. XXX) (Límite Agregado Anual, Máximo 2 eventos al año)	S/ XXX	Hasta S/ X,XXX por ASEGURADO. Monto mínimo de compra S/. XXX) (Límite Agregado Anual, Máximo 2 eventos al año)  La cobertura aplica sólo para Tarjetas de Crédito y/o Débito emitidas por el CONTRATANTE	S/ XXX
<b>Prima Mensual: Incluye I.G.V. y Derecho de Emisión</b>	<b>S/ X.XX</b>		<b>S/ X.XX</b>	

PRIMA	
<b>Prima</b>	<b>Monto S/</b>
Prima Comercial por cobertura de XXXXXX	XXXX
Prima Comercial por cobertura de XXXXXX	XXXX
Prima Comercial Total	XXXX
Prima Comercial Total + IGV	XXXX
<b>La prima comercial total incluye:</b> - Cargos por la contratación de comercializadores. - Cargos por la intermediación de corredores de seguros	<b>Montos S/</b> XXXX

**Importe de la Prima Mensual Plan 1: S/ XXX (incluye IGV).**

**Importe de la Prima Mensual Plan 2: S/ XXX (incluye IGV).**

**PRIMA NETA:** Anual/Mensual: S/. XXXXXXXXX

- El cálculo del monto que reciban los comercializadores de seguros se realizará sobre la prima neta.

**TIPO DE CAMBIO REFERENCIAL:** S/ XXXXX. En caso que la prima comercial sea pactada en Dólares, se aplicará el tipo de cambio de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP vigente del día en que se realice el pago.

### **AVISO DEL SINIESTRO**

**Ocurrido el siniestro se debe dar aviso en forma inmediata del mismo, al teléfono XXXX-XXXX. Igualmente será atendido en caso de consultas y reclamos respecto del Seguro de Protección de Tarjeta GNB Perú S.A.**

### **CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO:**

- Periodo de Carencia: No aplica al presente Seguro.
- Deducible: No Aplica al presente Seguro.
- Lugar y forma de Pago de la prima: Se cargará mensualmente el importe de la prima en la Cuenta de Ahorros, Tarjeta de Crédito o Débito determinada por el ASEGURADO.
- Concurrencia de Seguros: Se podrá contratar un solo Seguro de Protección de Tarjeta GNB Perú S.A. por ASEGURADO.
- Descripción del Interés Asegurable: Cancelación de la suma asegurada en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.
- Fecha de inicio de vigencia: Se tomará como inicio de vigencia de la póliza anual la fecha de suscripción del Certificado de Seguro por parte del ASEGURADO; y el primer cargo de prima en la Tarjeta de Crédito, Débito o Cuenta de Ahorros indicada por el 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 sólo renovaciones).**

**Edad Límite 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.**

## FORMA Y PAGO DE LA PRIMA

Por medio de la presente autorizo a Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante la "COMPAÑÍA") a realizar los cargos mensuales/anuales en la Tarjeta de Crédito GNB detallada a continuación según el plan y coberturas contratadas. En caso se realice un cambio de plástico de la Tarjeta de Crédito GNB, autorizo a la COMPAÑÍA a continuar cargando el monto de la prima en el nuevo plástico que se emita.

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

## 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 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 del contrato de seguro, cuando 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 y/o Asalto y/o 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 veinticuatro (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 el aviso de siniestro sólo por una de ellas durante la vigencia de Seguro.**

## INFORMACION 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 Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 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 el Asegurado o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la COMPAÑÍA.
- 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.
  - 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:
      - i. Incluyendo un link donde podré visualizar la Póliza de Seguros en PDF.
      - ii. Incluyendo un documento adjunto en PDF.
      - iii. Direccionándome a la parte privada de la web [www.rimac.com](http://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. 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.
    5. 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.
    6. Instrucciones de uso:
      - i. 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](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe), o comunicarlo a la Central de Emergencias Aló RIMAC (01) 411-1111.
      - ii. 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](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe).

La ASEGURADORA remitirá comunicaciones escritas al domicilio del CONTRATANTE en

caso la normatividad vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la ASEGURADORA en forma adicional a la comunicación electrónica.

- El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.

- **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, en caso así hubiera sido autorizado por el titular de los datos personales.

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.

### **ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS**

- El Contratante/Asegurado suscribe las presentes Condiciones Particulares, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

Lugar y fecha de emisión: Lima \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**División Seguros Personales  
Rímac Seguros y Reaseguros**

**FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR**