

**** POLIZA NUEVA ****

Vigencia del / / al / / de 12 a 12 Horas

La vigencia de este seguro es anual con renovación automática.

Póliza [Nombre de producto] Nro [número de póliza]

Plan:

Código SBS:

Trámite N°:

Operación:

Condiciones Particulares

Aseguradora : Rimac Seguros y Reaseguros

RUC : 20100041953

Dirección : Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro,
Lima

Página web : www.rimac.com.pe

Teléfono : 411-3000

Contratante:

DNI :

Dirección :

Distrito :

Teléfono :

Correo
Electrónico :

Representante Legal:

Comercializador / Corredor

Nombre :

Dirección :

Código Corredor :

R.U.C. :

Teléfono :

Moneda:

Relación de Asegurados

Plan :

Relación de Asegurados

Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha Nacimiento	Edad	Fecha Ingreso	C	Prima Comercial

Relación de beneficiarios

Apellidos y Nombres	Documento de identidad/Carnet de extranjería	% de beneficio	Parentesco	Dirección

Periodos de espera

- Maternidad: 540 días
- Odontología: 60 días
- Tratamiento por diagnósticos específicos
Enfermedades cardiovasculares y Dislipidemias: 300 días, Tumores benignos: 300 días, Hipo e Hipertiroidismo: 300 días, Diabetes Mellitus: 300 días, Trastornos de útero, anexos y mamas, excepto procesos agudos infecciosos: 300 días, enfermedades Cerebrovasculares: 300 días, Catarata, Glaucoma, Pterigion: 300 días, Hemorroides: 300 días, Extracción de amígdalas o adenoides: 300 días, Hernias: 300 días, Cálculos de la Vesícula y vías biliares: 300 días, Cirrosis Hepática: 300 días, Artroscopia, Artrosis, Artritis, Meniscopatia (excepto los ocasionados a consecuencia de accidentes cubiertos por esta póliza): 300 días, enfermedades de la columna vertebral: 300 días, Cálculos de las vías urinarias: 300 días, Trastorno de la Próstata: 300 días, enfermedades de la Glándula de Bartholin: 300 días.

Los periodos de espera antes indicados aplican únicamente si es que corresponden a las coberturas contratadas y forman parte de la presente Póliza de Seguro. Además, rigen a partir del inicio de vigencia de la afiliación por cada asegurado y se encuentran expresados en días calendarios.

Primas por Conformación (Medios de pago según consolidado de primas)

Plan	Conformación	Cantidad	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV

TCEA: Tasa de Costo Efectivo aplicable a la prima fraccionada: 0.00 %

Consolidado de Primas

Facturación: Toda La Vigencia

Prima Comercial
I.G.V.

Prima Comercial + IGV S/
Prima Comercial + IGV no incluye intereses de financiamiento

La prima comercial total incluye cargos:	Montos S/
De agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros ó	-----
Por la contratación de promotores de seguros ó	0.00
Por la contratación de comercializadores	0.00

Las bonificaciones, premios u otros beneficios que pudieran otorgarse a los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, por la intermediación de la presente póliza de seguros, serán determinadas en base a las condiciones comerciales pactadas.

* Prima Neta: Prima Comercial sin Gastos de Emisión.

Cronograma, lugar y forma de pago de la prima:

Nº	Tipo	Cuota de Prima Comercial (Incluye TCEA e IGV)	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Fecha de Vencimiento	Documento
1	LQ					

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

En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no hacer uso de los servicios de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

Existen productos de seguros que solamente se comercializarán a través de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:

(i) LA ASEGURADORA es responsable frente al CONTRATANTE y/o 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) 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 CONTRATANTES, ASEGURADOS o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA ASEGURADORA.

(iv) Los pagos efectuados por los CONTRATANTES del Seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a LA ASEGURADORA.

- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/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 ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del Contrato de Seguro.

- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.

Lima, de de 20__



RIMAC SEGUROS

CONTRATANTE / ASEGURADO

PLAN DE BENEFICIOS

COBERTURAS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX