

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico

Favor completar todos los campos de esta solicitud.

1. Canal de Venta:

☐ Corredores.	Indicar: Nombre o Razón Social _____	Código de Agente _____	E-mail _____
☐ Clínicas	☐ Plataforma	☐ Telemarketing	
☐ FFVV Salud	☐ FFVV Comercializadores.	☐ FFVV Multiseguros.	☐ FFVV Vida
☐ FFVV Worksite			
Indicar: Nombre de Asesor _____		Código de Asesor: _____	E-mail: _____

2. Producto:

☐ Salud Preferencial ☐ Full Salud ☐ Salud Red Médica ☐ Red Médica Clásico ☐ Red Preferente
☐ Red Médica Provincia ☐ Salud de Oro ☐ Otro, especificar: _____

3. Movimiento a realizar:

☐ Póliza nueva ☐ Migración de producto ☐ Inclusión de dependiente
N° de Póliza (para Migración o Inclusión): _____

4. Datos relacionados con el CONTRATANTE (responsable del pago de primas):☐ **Persona Jurídica**

Razón Social: _____
RUC: _____ Partida Electrónica: _____
Dirección: Cl/Jr/Psj/Av/Otro: _____ N° _____ Mz/Lote _____ Dpto/Interior _____ Urbanización _____
Referencias: _____ Distrito: _____
Provincia: _____ Departamento: _____
Teléfono fijo: Cod.Ciudad _____ N° _____ Giro del Negocio o Actividad: _____

☐ **Persona Natural o Representante Legal * en caso el Contratante sea una Persona Jurídica**

Nombres: _____ Apellido Paterno: _____
Apellido Materno: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D
Documento de identidad: ☐ DNI ☐ RUC ☐ CE ☐ Pasaporte N° _____
País de residencia: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Dirección domicilio: Cl/Jr/Psj/Av/Otro: _____ N° _____ Mz/Lote _____ Dpto/Interior _____ Urbanización _____
Referencias: _____ Distrito: _____
Provincia: _____ Departamento: _____
Teléfono fijo: Cod.Ciudad _____ N° _____ Celular: _____
Correo Electrónico (personal): _____
Correo Electrónico (laboral): _____

5. Datos relacionados del Titular:

Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____
(SI EL ASEGURADO TITULAR Y CONTRATANTE SON LA MISMA PERSONA, NO ES NECESARIO LLENAR LOS DEMÁS DATOS RELACIONADOS DEL TITULAR)
Nombres: _____ Apellido Paterno: _____
Apellido Materno: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D
Documento de identidad: ☐ DNI ☐ RUC ☐ CE ☐ Pasaporte N° _____
País de residencia: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Dirección domicilio: Cl/Jr/Psj/Av/Otro: _____ N° _____ Mz/Lote _____ Dpto/Interior _____ Urbanización _____
Referencias: _____ Distrito: _____
Provincia: _____ Departamento: _____
Teléfono fijo: Cod.Ciudad _____ N° _____ Celular: _____
Correo Electrónico (personal): _____
Correo Electrónico (laboral): _____

6. Datos relacionados con los dependientes del solicitante (favor de señalarlos en orden de edad):

Datos de los dependientes	Fecha de nacimiento	Estatura (cm):	Peso (kg):	Parentesco	DNI	Sexo
Apellido paterno Apellido materno Nombres	Días Mes Año					

¿Tienen o han tenido algún seguro de salud? Indicar país de residencia de cada dependiente:
☐ Sí ☐ No Si su respuesta es afirmativa señalar : _____
☐ Compañía de seguros ☐ EPS ☐ PEAS ☐ Ninguno
Indique el nombre de la compañía: _____
Indique el periodo de vigencia: desde _____ hasta _____.

Para gozar del beneficio de continuidad de los Períodos de Carencia y Espera es requisito indispensable en caso haya tenido un seguro de salud en otra compañía o EPS, presentar con este documento:

- Copia de la Póliza o Plan de Salud anterior.
- Copia del comprobante(s) de pago(s) cancelado(s) correspondiente(s) al pago de la prima u aporte anual de la Póliza o Plan de Salud anterior.

7. Forma de pago:	
-------------------	--

Para Persona Natural la cuota mínima es de S/ 100 y.

Para Persona Jurídica la cuota mínima es de S/ 200.

1. ☐ Contado
2. ☐ Cupones (hasta 6 cupones, dentro de los 150 primeros días de la vigencia) N° Cupones a financiar _____ TCEA 0%
3. ☐ Cupones (hasta 10 cupones) N° Cupones a financiar _____ TCEA 16%
4. ☐ Cargo automático(*): tarjetas de crédito o cuenta corriente/de ahorro (hasta 6 cuotas, dentro de los 150 primeros días de la vigencia)
N° Cupones a financiar _____ TCEA 0%
5. ☐ Cargo automático(*): tarjetas de crédito o cuenta corriente/de ahorro (hasta 12 cuotas**) N° Cupones a financiar _____ TCEA 11.1%

(**) Para poder financiar hasta en doce (12) cuotas, la fecha del primer vencimiento debe ser igual a la fecha inicio de vigencia.

¿Alguno de los solicitantes (titulares o dependientes) ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha

¿Alguno de los solicitantes (titulares o dependientes) ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades o dolencias descritas a continuación?

[illegible]

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final.	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
20. ¿Tienes algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de alguno de los solicitantes, que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?										
21. ¿Estás embarazada actualmente? Tiempo de gestación:										
22. ¿Practicas algún deporte peligroso? Detallar cuál y la periodicidad.										
23. ¿Existen en la familia de alguno de los solicitantes, alguna persona (hasta de 2da generación) que haya padecido de diabetes mellitus, cáncer (de mama, retinoblastoma, poliquistosis renal, poliposis colónica) o cualquier enfermedad de carácter hereditario o cáncer no mencionada? Detallar diagnóstico e indicar parentesco.										
24. ¿Consumes o has consumido cigarrillos?										
Nombre y Apellido:										
Consumo semanal: Cigarros desde (año) hasta (año)										
Nombre y Apellido:										
Consumo semanal: Cigarros desde (año) hasta (año)										
Nombre y Apellido:										
Consumo semanal: Cigarros desde (año) hasta (año)										
25. ¿Realizas alguna actividad física (por ejemplo: caminar, bailar, jardinería, pasear en bicicleta, etc.), durante 10 minutos continuos al menos una vez a la semana?										
26. ¿Te atiendes usualmente en una clínica, hospital, centro médico? Indicar lugar.										

Si alguna respuesta fue positiva indicar:

N°de la pregunta que contestó afirmativamente:
Nombre completo de la persona tratada:
Diagnóstico de la enfermedad o dolencia:
Fecha de la atención y lugar (clínica, consultorio o institución):
Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual:

Por favor revise haber contestado todas las preguntas de este formulario. Si alguna pregunta no es contestada, la solicitud no podrá ser procesada y será devuelta. Lea debidamente esta sección, féchela y fírmela en aceptación.

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso 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.

El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado por el CONTRATANTE a través de un correo electrónico dirigido a atencionalcliente@rimac.com.pe (con el asunto "Derecho de arrepentimiento") o a través del mismo mecanismo de comunicación utilizado para la contratación de la póliza de seguro, indicando nombres, apellidos completos y el número del DNI del CONTRATANTE.

La póliza de seguro quedará resuelta (anulada) desde la fecha de recepción de la solicitud de derecho de arrepentimiento y la ASEGURADORA procederá a devolver la totalidad de la prima pagada en caso no se haya hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. La devolución de lo pagado se realizará al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, dentro del plazo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de la

INFORMACIÓN ADICIONAL

· Los solicitantes declaran tener conocimiento que la ASEGURADORA se reserva el derecho de calificar y aceptar la presente solicitud y de proponer las condiciones de aseguramiento.

· 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 al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el

· La ASEGURADORA comunicará al CONTRATANTE dentro del plazo de quince (15) días calendario de presentada la presente Solicitud, por medios físicos o electrónicos, de conformidad con lo acordado, si ésta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional dentro de dicho plazo. Por lo que, en caso la ASEGURADORA solicite información adicional, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO se compromete a facilitar a la ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, dispensándolos de la reserva de la

• Por lo anterior, mientras la ASEGURADORA solicite información adicional la presente Solicitud de Seguro se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. Por lo cual, presentada la información adicional por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, la ASEGURADORA aseguradora comunicará al CONTRATANTE dentro del plazo de quince (15) días calendario siguientes, si ésta ha sido rechazada, salvo que requiera de información adicional dentro de dicho plazo, pues la información anteriormente entregada no estuvo completa. Por lo que, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO reconocen que la presente Solicitud de Seguro, incluyendo la Declaración Personal de Salud es válida hasta por sesenta (60) días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional. Pasado el tiempo establecido (60 días calendario) la presente Solicitud de

• La ASEGURADORA deberá entregar la Póliza de Seguro al CONTRATANTE y/o ASEGURADO dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud. En caso se haya entregado la Póliza al CONTRATANTE, y el ASEGURADO sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza a la ASEGURADORA sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

• La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.

• La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de la ASEGURADORA, la aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión de la Póliza de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el CONTRATANTE o ASEGURADO o en los términos estipulados por la ASEGURADORA, en tanto hubieran proporcionado información veraz.

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 Aseguradora”), 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 Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés, en caso así hubiera sido autorizado por el titular.

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 Aseguradora.

Conforme a Lev. el titular de la información está facultado a ejercer los derechos de información.

Otorgo mi consentimiento para que la ASEGURADORA pueda brindarme servicios que pudieran ser de mi interés. SI ☐ NO ☐

Otorgo mi consentimiento para que la ASEGURADORA comparta mi información de contacto (teléfono, correo electrónico) con sus empresas vinculadas, quienes a su vez podrán ofrecerme igualmente productos y/o servicios. SI ☐ NO ☐

· Otorgo mi consentimiento para que las comunicaciones relacionadas a la presente póliza y otras pólizas que tenga contratadas con la ASEGURADORA, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento: SI NO

· EN CASO EL CONTRATANTE y/o 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 (01) 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.

· **Cuando el marco regulatorio permita la oferta de esta póliza a través de comercializadores y se hubiera utilizado dicho canal:**

(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) La ASEGURADORA 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 CoONTRATANTES, ASEGURADOS, 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.

· La ASEGURADORA, a través de su portal web, pone a disposición del CONTRATANTE y ASEGURADO la totalidad de las condiciones de esta Póliza. Por lo que el CONTRATANTE/ASEGURADO firma la presente Solicitud en señal de haber tomado conocimiento antes de la misma, de la totalidad de las condiciones de esta Póliza, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP y del portal web de la ASEGURADORA, encontrándose conforme con dichas condiciones.

Lima ____ de _____ de ____

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

CONTRATANTE	ASEGURADO (En caso de ser una persona distinta del CONTRATANTE)

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico**Pago Fácil:**

Código de afiliación:

Fecha:

INFORMACIÓN PARA EL BANCO**Datos del Titular de la cuenta:**

Apellido Paterno o Razón Social:

Apellido Materno:

Nombres:

Dirección:

Teléfono de domicilio:

Teléfono celular:

Correo electrónico:

RUC ☐ DNI ☐ CE ☐ N°**AUTORIZACIÓN****Bancos:**CONTINENTAL ☐ CRÉDITO ☐ SCOTIABANK ☐ INTERBANK ☐ FINANCIERO ☐COMERCIO ☐ BIF ☐**Tipo de cuenta:**Ahorros ☐ Cuenta Corriente ☐ Soles ☐ Dólares ☐

N°

Tarjeta de Crédito:VISA ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ MASTERCARD ☐ DINERS ☐N° Vencimiento de tarjeta de crédito: M ☐ A ☐

Rastrillar tarjeta aquí

INFORMACIÓN PARA RIMAC

N° PÓLIZA

Tipo de Operación:

Afiliación nueva ☐Cambio de vía de cobro ☐Vehículos ☐ Salud ☐ Vida ☐ Riesgos Generales ☐

* Sólo se podrá usar un Pago Fácil para todas las Pólizas que estén dentro de un mismo código de cliente, a excepción de Vida, en el que se deberá firmar un nuevo formulario.

Datos del CONTRATANTE de la Póliza:

Apellido Paterno o Razón Social:

Apellido Materno:

Nombres:

Número de cuotas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Corredor / Agencia:

Ejecutivo / Asesor:

Firma del Titular de la Cuenta
(Firmar como en su DNI)

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico

OBSERVACIONES

- Adjuntar copia legible del DNI Vigente.
- Esta autorización será válida para la Póliza vigente y para futuras renovaciones.
- Esta autorización estará sujeta a la verificación de la firma del ASEGURADO, la cual deberá realizar el Banco o el Operador de la Tarjeta según sea el caso.
- El cargo para el pago de la Póliza procederá si es que la cuenta asignada presenta fondos suficientes para cubrir el importe correspondiente.
- En caso que la cuenta en la cual se realizará el cargo para el pago de la Póliza sea de moneda distinta al tipo de moneda en la que se debe efectuar el pago, el Banco o el operador de la tarjeta de crédito queda autorizado a cargar el importe al tipo de cambio definido por la SBS correspondiente al día de la operación.
- La responsabilidad del importe a cargar corresponde a Rímac Seguros y Reaseguros.
- En caso de cambio de Número de Tarjeta el cliente autoriza la afiliación de cargo automático de los servicios arriba indicados a la nueva tarjeta que se emita en sustitución de la anterior.
- En caso que el Banco modifique el N° de cuenta, el N° de la tarjeta, o que se realicen modificaciones referentes al ASEGURADO/Cliente en su respectiva base de datos, la responsabilidad de informar a Rímac Seguros y Reaseguros, sobre dichas modificaciones recaerá en el ASEGURADO/Cliente.
- En caso que la cobranza no se haya podido concretar debido a un rechazo de la operación, el ASEGURADO/Cliente será notificado a través del correo proporcionado en el presente formulario.
- Mediante la suscripción del presente formulario el ASEGURADO/Cliente se obliga a permanecer bajo esta modalidad de pago por un periodo de tiempo que no podrá ser menor a 1 (uno) año, contados desde su afiliación.

SEGURO Full Salud (Seguro Médico) - Dólares

RESUMEN

1. DATOS DE LA EMPRESA ASEGURADORA:

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

2. PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR RECLAMOS, TELÉFONOS Y UBICACION:

- Oficina Principal: Av. Las Begonias N° 475, San Isidro, Lima.
- Plataformas de Atención al Cliente:
 - ❖ Lima:
Av. Paseo de la República N° 3082, San Isidro.
Av. Comandante Espinar N° 689, Miraflores.
 - ❖ Arequipa:
Pasaje Belén N° 103, Urb. Vallecito, teléfono (054)-381700.
 - ❖ Trujillo:
América Oeste N° 750 Locales A-1004 y A- 1006 - Mall Aventura Plaza, Urbanización El Ingenio, teléfono (044)-485200.
- Central de Emergencias Aló Rímac (Perú): (01) 411-11111.
- Central de Emergencias y Asistencias (extranjero): (01) 512-5010.
- Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-1111.
- Correo Electrónico para Atención al Cliente: atencionalcliente@rimac.com.pe.
- Correo Electrónico para Atención de Reclamos: reclamos@rimac.com.pe
- Página Web: www.rimac.com.

3. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO:

FULL SALUD (SEGURO MÉDICO) - DÓLARES

4. VIGENCIA DEL SEGURO:

XX

5. MONTO DE LA PRIMA COMERCIAL:

XX

6. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

En el Condicionado Particular se establecerá el monto total de la prima a pagar, incluyendo la forma (que podrá ser fraccionada) y el lugar de pago.

7. MEDIOS, PLAZOS Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

Se encuentra detallado en el artículo 31 y 32 del Capítulo II del Condicionado General.

8. MEDIO Y PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO:

El medio y plazo para el aviso del siniestro se encuentra detallado en el artículo 32 del Condicionado General.

9. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS:

Los mecanismos de solución de controversias y, asimismo, las instancias para presentar reclamos se encuentran detallados en el artículo 20 del Capítulo I del Condicionado General.

10. INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS, CONSULTAS Y DENUNCIAS:

Son las siguientes:

- **Defensoría del Asegurado:**

www.defaseg.com.pe

Lima: (01) 421-0614.

Calle Amador Merino Reyna 307, piso 9, San Isidro, Lima.

- **INDECOPI:**

www.indecopi.gob.pe

Lima: (01) 224-7777.

Teléfono 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

Los Laureles 214, San Isidro - Lima 27 - Perú | Teléfono (511) 630-9000 / Fax: (511) 630-9239.

AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. - PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.

Consultas y/o Denuncias: 0800-10840 | (511) 630-9000 y (511) 2001930 Anexo 9.

- **Superintendencia Nacional de Salud:**

www.gob.pe/susalud

Av. Nicolás de Piérola 529, Cercado de Lima
(511) 433-3737

11. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el CONTRATANTE o ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado, conforme lo estipula el artículo 7 del Capítulo I del Condicionado General

12. RIESGOS CUBIERTOS:

Los principales riesgos cubiertos son las coberturas de atenciones hospitalarias y ambulatorias.

La totalidad del detalle de los riesgos cubiertos se encuentra detallado conforme lo establece el artículo vigésimo octavo del Capítulo II del Condicionado General.

13. EXCLUSIONES:

Las exclusiones completas son las detalladas en el artículo 30 del Capítulo II del Condicionado General.

Las principales exclusiones son las siguientes:

La presente Póliza no cubre causas, consecuencias, ni complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico no cubierto por esta Póliza, así como los gastos relacionados con lo siguiente:

- a. **Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza) y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo al CIE-10, dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>). Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos de ASEGURADOS DEPENDIENTES cuyo nacimiento fuera amparado por la Póliza y que fueran inscritos en un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de su nacimiento.**
- b. **Respecto del Beneficio de Enfermedades Congénitas, las lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.**
- c. **No se cubren estudios o pruebas genéticas.**

14. ASEGURADOS Y PERMANENCIA EN EL SEGURO:

Los límites de ingreso y permanencia en la presente Póliza se encuentran detallados en el artículo vigésimo tercero del Capítulo II del Condicionado General.

15. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE 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 haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas y/o beneficios contenidos en la misma.

El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado por el CONTRATANTE a través de un correo electrónico dirigido a atencionalcliente@rimac.com.pe (con el asunto “Derecho de arrepentimiento”) o a través del mismo mecanismo de comunicación utilizado para la contratación de la póliza de seguro, indicando nombres, apellidos completos y el número del DNI del CONTRATANTE.

La póliza de seguro quedará resuelta (anulada) desde la fecha de recepción de la solicitud de derecho de arrepentimiento y la ASEGURADORA procederá a devolver la totalidad de la prima pagada. La devolución de lo pagado se realizará al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, dentro del plazo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud del derecho de arrepentimiento.

16. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL:

El procedimiento y plazo para solicitar la resolución contractual se encuentra estipulado en el artículo sétimo del Capítulo I del Condicionado General, adicionalmente, el mismo señala que el CONTRATANTE podrá unilateralmente y sin expresión de causa resolver el Contrato de Seguro.

17. MODIFICACIONES CONTRACTUALES:

Durante la vigencia del contrato la ASEGURADORA no puede modificar unilateralmente los términos contractuales pactados, salvo en caso que se proceda con lo establecido en el literal C del artículo quinto del Capítulo I del Condicionado General, en cuyo caso se deberá contar con la aceptación del CONTRATANTE.

El CONTRATANTE tiene derecho a no aceptar las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la ASEGURADORA, durante la vigencia del contrato, en orden con lo dispuesto en el inciso 1 del numeral 16.1 del artículo 16° del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por la Resolución SBS N° 4143-2019.

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

18. CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO:

Conforme a lo indicado en el punto 1 de este documento, los canales de orientación son:

- Cualquiera de nuestras Plataformas de Atención al Cliente en Lima y Provincias.
- Centrales telefónicas, correos electrónicos y página web.

En caso este producto se comercialice a través de comercializadores, la solicitud de cobertura podrá ser presentada directamente a éstos.