

Condiciones Generales - Vida Ahorro Garantizado

Código SBS N°

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias.

El presente producto forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley N° 29355.

Bienvenido a la Familia Rimac

Le sugerimos leer detenidamente la presente Póliza de Seguro. Esta Póliza de Seguro ha sido emitida tomando en cuenta las declaraciones del Asegurado para la debida evaluación del riesgo y que forma parte de la presente Póliza de Seguro. La exactitud de sus declaraciones es la base de este contrato y del cálculo de la prima de seguro.

Tu póliza de seguro cuenta con una cobertura principal de Fallecimiento. Ten en cuenta que durante la vigencia de tu póliza podrás solicitar coberturas adicionales y/o el aumento de las sumas aseguradas, pero solo hasta antes que el Asegurado Titular cumpla los 65 años. Asimismo, podrás solicitar el retiro de tus coberturas adicionales y la reducción de tus sumas aseguradas a partir del pago de la segunda cuota de tu prima.

Glosario de Términos:

Accidente: Evento externo, súbito, imprevisto y ajeno a la voluntad del asegurado que genera una lesión o daño físico.

Agravación del Riesgo: La variación de las circunstancias o situación del bien o persona (cuya vida o salud se asegura) que genera una mayor exposición a sufrir lesiones o daño físico.

Asegurado Adicional: Asegurado distinto del titular, el cual debe tener una relación e interés asegurable con el Contratante

Beneficiario: persona natural o jurídica a cuyo favor debe efectuarse la indemnización.

Culpa Inexcusable: Falta de diligencia mínima y/o de cuidado elemental en el cumplimiento de una obligación.

Declaración inexacta: Falta de exactitud, total o parcial, en la descripción o declaración de las características del riesgo, que el Contratante y/o Asegurado conoce

Declaración personal de salud – DPS: Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el Asegurado sobre su estado de salud, en los formatos proporcionados por RIMAC. La DPS forma parte de la póliza. La presentación de la DPS será obligatoria cuando así lo requiera RIMAC.

Dolo: Intención o voluntad de incumplir con una obligación o de cometer un acto prohibido.

Interés Asegurable: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el interés que debe tener el Contratante en obtener la cobertura para determinado riesgo, lo cual refleja su deseo sincero para que el siniestro no se produzca, ya que, en caso se produzca, le generaría un perjuicio económico. Si

este interés no existe, el contrato de seguro será nulo.

Póliza de Seguro: Para efectos del presente seguro, serán las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y Resumen. Asimismo, forma parte de la Póliza de Seguro, la Declaración Personal de Salud y todo documento donde consten declaraciones del Asegurado.

Reticencia: Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el Contratante y/o Asegurado.

Sistemas de Comercialización a Distancia: Sistemas de telefonía, internet u otros análogos que le permiten a RIMAC o a sus comercializadores, acceder de modo no presencial a los potenciales asegurados, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.

1.- Nuestro Compromiso.

Nos comprometemos a indemnizar al (a los) Beneficiario(s) designado(s) en la Póliza de Seguro, en tanto el evento se haya producido durante su vigencia, tomando en consideración las coberturas contratadas y vigentes a la fecha del evento, y siempre que dicho evento no se encuentre excluido. Ten presente que nuestra responsabilidad se limita a las coberturas y beneficios que forman parte de tu Póliza de Seguro.

2.- Tu Compromiso.

Recuerda estar al día en los pagos de tu Póliza de Seguro, a fin de poder gozar de las coberturas y beneficios de la misma.

Asimismo, ten presente que, durante el proceso de adquisición de la presente Póliza de Seguro, has autorizado a RIMAC para que pueda acceder a la información adicional que pudiera ser necesaria para verificar la veracidad y exactitud de la información consignada en tu Declaración Personal de Salud, o de cualquier otra información. RIMAC podrá acceder o solicitar copia de la Historia Clínica, e información médica, a clínicas, centros médicos, hospitales, y cualquier establecimiento de salud, así como a tu médico tratante o cualquier otro especialista de la salud.

3.- Coberturas:

3.1 Fallecimiento

Si se produjera tu fallecimiento dentro de la vigencia de la póliza siempre que dicho evento no esté excluido en tu póliza de seguro, RIMAC indemnizará al Beneficiario, de acuerdo con las condiciones, coberturas y límites contratados.

3.2 Sobrevivencia

Asimismo, la presente cobertura indemnizará al Contratante en caso el Asegurado siga con vida a la fecha de fin de vigencia de esta cobertura pactada en las Condiciones Particulares, y de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en la póliza.

Para la activación de la cobertura de sobrevivencia es necesario que las primas de la Póliza de Seguro se hayan pagado completamente hasta la fecha de fin de vigencia de esta cobertura. Tener presente que no reclamar la sobrevivencia al fin de vigencia no generará mayores intereses por los días posteriores al fin de vigencia.

4.- ¿Qué hacer en caso de siniestro?

Paso 1: Dar aviso a RIMAC:

Dar aviso dentro de los 07 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

Paso 2: Solicitar la Cobertura:

En caso de muerte natural, deberán presentar a RIMAC o al Comercializador:

Copia simple del Documento Oficial de Identidad (DOI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento).

Copia Certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC.

Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción expedida por el Médico que certificó la defunción del Asegurado.

Copia simple del Documento Oficial de Identidad (DOI) de los Beneficiarios.

Formato de solicitud de cobertura que pondremos a su disposición una vez que reporte el siniestro, debidamente suscrito por el presentante de los documentos detallados a continuación.

Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO, la cual deberá ser emitida por el / los Centro de Salud que brindaron las atenciones médicas. Adicionalmente, en caso de muerte accidental:

Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, e Informe Final de la Fiscalía correspondiente, en caso de haberse realizado, emitidos por la dependencia policial y/o fiscalía correspondiente.

Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico realizado al ASEGURADO, emitido por la dependencia policial respectiva, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

Original o Copia Certificada del Examen toxicológico y/o de alcoholemia, emitido por la dependencia policial respectiva, en caso de haberse realizado.

Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado, emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

En caso se haya definido en las Condiciones Particulares de la póliza, que los Beneficiarios se establecerán bajo un orden de prelación, el Beneficiario que corresponda deberá acreditar su condición de tal, presentando:

En caso sea cónyuge: Copia Certificada de la Partida de Matrimonio actualizada (antigüedad no mayor a 30 días), emitida por el RENIEC o en su defecto, por el municipio respectivo.

En caso de conviviente: Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Resolución Judicial de Unión de Hecho o del Testimonio de la escritura pública de Reconocimiento Notarial de Unión de Hecho, así como su correspondiente inscripción en los Registros Públicos;

En caso de hijos: Copia Certificada de la Partida de Nacimiento en donde conste el reconocimiento filial del Asegurado, emitido por el RENIEC o en su defecto, por el municipio respectivo.

En caso de no haber designado Beneficiarios y no exista un orden de prelación de Beneficiarios establecido en la Póliza de Seguro, deberá adjuntar la copia literal actualizada de la partida donde conste inscrito el

Testamento o Sucesión Intestada, según corresponda, así como el Testimonio respectivo. La copia literal no deberá tener una antigüedad mayor a 30 días de expedida.

Los documentos serán entregados en las Plataformas de RIMAC descritas en la Póliza de Seguro o en las oficinas del Comercializador.

Recuerde que 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.

Paso 3: El pago de la Indemnización:

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya entregado la documentación y requisitos exigidos para la cobertura solicitada conforme lo descrito en el Paso 2 precedente, RIMAC evaluará y se pronunciará aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura).

Dentro de los primeros 20 días RIMAC podrá solicitar aclaraciones o precisiones sobre la documentación e información presentada o podrá solicitar la prórroga del plazo original al Beneficiario correspondiente, y en caso este rechace dicha prórroga, a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establecido en los Artículos 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros (Resolución SBS N° 3202-2013).

RIMAC pagará la indemnización dentro de los 30 días siguientes de haber consentido o aceptado la cobertura.

Se entenderá como consentido el siniestro cuando RIMAC no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo de 30 días contados desde la fecha en que se cumplió con presentar la totalidad de los documentos indicados en el Paso 2 precedente, para iniciar la evaluación del siniestro.

5.- Exclusiones Generales.

Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan como consecuencia de los siguientes eventos o circunstancias. Las coberturas adicionales podrán contener exclusiones específicas las cuales se añadirán a las presentes exclusiones generales.

- a. Enfermedades, lesiones, defectos y/o condiciones preexistentes al inicio del presente seguro que no hayan sido declaradas en la Declaración Personal de Salud.
- b. Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos años al momento del siniestro.
- c. Detonación nuclear, fisión o fusión, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- d. Pena de Muerte o participación activa del asegurado en cualquier acto delictivo cometido o en actos violatorios de leyes o reglamentos, en duelo concertado; en peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participación activa en huelgas, motines, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e. Cuando el deceso sea consecuencia de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, estando el asegurado en campaña, así como por intervención en duelo concertado.
- f. Por hacer uso de la aviación salvo cuando estés de viaje en calidad de pasajero en un transporte aéreo de servicio público autorizado y en itinerarios regulares o salvo que se haya declarado dicha actividad laboral de riesgo.
- g. Los siguientes fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario: inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- h. Las lesiones que sufra el asegurado como consecuencia de la práctica temeraria y/o participación en competencias profesionales o no profesionales o en prácticas de entrenamiento de las

siguientes actividades o deportes riesgosos: Carreras de automóviles, motocicletas, bicicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas, deportes hípicas; artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, ala delta, ultraligeros, paracaidismo, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, buzo, boxeo, caza de fieras, trabajos con explosivos o químicos.

- i. Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). En caso de accidente de tránsito se presume la influencia de alcohol o drogas si el asegurado o beneficiario se niegan a someterse al examen toxicológico y/o de alcoholemia.
- j. Por inhalación de gases o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- k. Los accidentes médicos ocasionados por negligencia o impericia médica.
- l. Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos estéticos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.
- m. Las complicaciones médicas de embarazos o partos.
- n. Por participación como conductores o acompañantes en carreras de automóviles, bicicletas, lanchas a motor o avionetas, o en carreras de entrenamiento.
- o. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión y oficio claramente de riesgo, tales como pero no limitadas a: trabajo con explosivos, buzo, bombero, seguridad privada y miembros de fuerzas especiales de los institutos armados y/o policiales.

6.- Vigencia de la Póliza de Seguro.

La vigencia de este seguro está establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza. Esta Póliza de Seguro no está sujeta a renovación.

7.- Modificación de condiciones

Ten en cuenta que, durante la vigencia de tu Póliza de Seguro, podremos proponerte modificaciones a los términos y condiciones de tu seguro; sin embargo, no podremos realizar dichas modificaciones si no contamos con tu aprobación de manera previa. Recuerda que tienes 30 días desde recibida la propuesta de modificación para aceptar o rechazar las modificaciones planteadas por escrito. En caso no te pronuncies respecto de la modificación no genera el término de la póliza ni su modificación, manteniéndose los términos y condiciones originalmente contratados.

8.- Causas de Resolución de la Póliza de Seguro

La Póliza de Seguro podrá ser resuelta en los siguientes casos. Una vez resuelta cesan todas las obligaciones de RIMAC:

8.1 Cuando así lo decidas y sin necesidad de una justificación. Para ello debes enviar una comunicación escrita a RIMAC o solicitarlo por cualquiera de los medios que usaste para contratar la Póliza de Seguro. Ésta quedará resuelta de manera inmediata una vez que RIMAC reciba dicha comunicación.

8.2 En caso de agravación del riesgo, RIMAC podrá manifestar su voluntad de resolver la póliza, dentro de los 15 días siguientes de habersele informado o haber tomado conocimiento de la agravación, surtiendo efectos desde el momento en que recibas dicha comunicación. En el mismo plazo, de ser el caso, RIMAC podrá proponer modificaciones o incrementos de prima para mantener vigente la póliza.

IMPORTANTE:

Los siniestros que se produzcan durante la agravación del riesgo no serán indemnizados si el Asegurado o Contratante no informó de la agravación antes de ello. Salvo que:

- i. La falta de aviso o la demora no sea consecuencia de culpa inexcusable.
- ii. La agravación del riesgo no haya influido en la ocurrencia del siniestro, ni sobre la medida de la prestación a cargo de RIMAC.
- iii. Dado el aviso RIMAC no haya manifestado su deseo de resolver o modificar la póliza en el plazo antes señalado.
- iv. RIMAC ya hubiese conocido de la agravación al tiempo en que debió habersele comunicado.

En los supuestos indicados en los puntos i), ii) y iii) RIMAC tendrá derecho a descontar de la indemnización, la suma proporcional equivalente a la extra prima que te hubiera cobrado, en caso de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo.

8.3 En caso se presente una solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. RIMAC deberá remitir la comunicación invocando la resolución de la Póliza de Seguro al Asegurado o Beneficiario y esta quedará resuelta a los 15 días de remitida dicha comunicación. No obstante lo antes indicado, RIMAC deberá remitir la carta de rechazo de siniestro en el plazo normativo vigente.

8.4 En caso de declaración inexacta o reticente que no sea producto de dolo o culpa inexcusable, RIMAC podrá resolver la póliza enviando una comunicación dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que el Contratante rechace la propuesta de modificación y/o reajuste de primas, surtiendo efectos en el momento que recibas dicha comunicación. RIMAC te enviará la propuesta dentro de los 30 días siguientes de constatada la reticencia o declaración inexacta y el Contratante podrá aceptarla o rechazarla dentro de los 10 días posteriores.

Durante la vigencia de la Póliza, podrás solicitar la resolución conforme al numeral 8.1. y RIMAC conforme al numeral 8.2, 8.3, y 8.4.

8.5. En caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante el Asegurado tendrá la facultad de revocar su consentimiento a ser asegurado bajo las coberturas de la presente Póliza de Seguro. La revocación surtirá efectos desde la fecha en que RIMAC haya recibido dicha comunicación por parte del Asegurado, y es a partir de ese momento en que cesan las presentes coberturas.

En cualquier caso de resolución, RIMAC tiene derecho a conservar y/o cobrar las primas por el período de vigencia transcurrido. En el caso que se hayan pagado primas por adelantado, tendrás derecho a que se te reembolse la prima por el período de vigencia que no ha transcurrido. Este reembolso se realizará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha en que la resolución haya sido invocada o solicitada por cualquiera de las partes.

9.- Derecho de Arrepentimiento.

En caso hayas adquirido la presente Póliza de Seguro a través de Comercializadores (inc. Bancaseguros) o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, tienes el derecho de arrepentirte de la contratación de la Póliza de Seguro. Para esto, podrás resolver la Póliza de Seguro sin expresión de causa y no afecta a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que hayas recibido la presente Póliza de Seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas y/o beneficios. En dicho caso, procederemos a devolver el total del importe pagado dentro de los 30 días calendarios siguientes a la fecha de haber ejercicio este derecho.

Para ejercer el derecho de arrepentimiento, deberás presentar una comunicación a través de los mecanismos directos de comunicación detallados en el Resumen; o en su defecto, en cualquiera de las Plataformas de Atención de la COMPAÑÍA. No obstante lo antes indicado, podrás utilizar el mismo medio que utilizaste para contratar la presente Póliza de Seguro.

10.- Nulidad del Contrato de Seguro

La nulidad deja sin efecto la Póliza de Seguro desde el inicio, por lo cual se considera que nunca tuvo efectos legales.

La Póliza de Seguro será nula:

10.1 Si la hubieras contratado sin contar con interés asegurable.

10.2 Si el siniestro se produjo o desapareció la posibilidad de que se produzca antes de contratar la póliza de seguro.

10.3 Por reticencia y/o declaración inexacta con dolo o culpa inexcusable, de circunstancias que de haber sido informadas oportunamente a RIMAC habrían motivado que rechace la contratación o proponga modificaciones. En este caso, RIMAC deberá invocar la nulidad dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que tome conocimiento que se ha incurrido en la presente causal.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a. No se tendrá derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con esta Póliza.
- b. Si el Contratante / Asegurado / Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización bajo esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolverla a RIMAC.
- c. RIMAC devolverá las primas pagadas (sin intereses) al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que le fue comunicada la nulidad al ASEGURADO, excepto en caso de reticencia o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable. En ese caso RIMAC conservará las primas pagadas correspondientes a los primeros 12 meses de vigencia y devolverá las primas pagadas en exceso de las primas conservadas por RIMAC.

11.- Reticencia y/o Declaración Inexacta.

11.1 Si el Asegurado realiza una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si RIMAC hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, se aplicará lo dispuesto en el numeral precedente.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante / Asegurado que fueron materia de una pregunta y respuesta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

11.2 Si el Contratante / Asegurado realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:

- i. Constatación ANTES que se produzca el siniestro: RIMAC seguirá el procedimiento indicado en el numeral 8.4 de las presentes Condiciones Generales. En caso la propuesta sea aceptada, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.
- ii. Constatación DESPUÉS que se produzca el siniestro: RIMAC reducirá la indemnización a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida.

12.- ¿Qué sucede si no pago la prima en la fecha pactada?

Reglas para la suspensión de la cobertura y para la extinción de la póliza:

Recuerda estar siempre al día en el pago de las primas de tu seguro, ya que el incumplimiento del pago podría generar la suspensión de la cobertura. Para suspender la cobertura de tu seguro, dentro de los 30 días calendarios siguientes a la fecha del incumplimiento del pago, te enviaremos una comunicación al correo electrónico que has declarado en tu Solicitud de Seguro. En la comunicación te informaremos lo siguiente:

1. Que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de prima.
2. El plazo que dispones para pagar la prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

En caso transcurra el plazo de 30 días desde la fecha del incumplimiento, y no hayas realizado el pago de la prima, la cobertura de tu seguro se suspenderá.

Si estas dentro de los primeros 24 meses de vigencia de tu póliza, y transcurren 90 días desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima, y no forma parte de tu Póliza la Condición Especial de Aplicación del Derecho de Rescate, Préstamo y Reducción, tu póliza de seguro se extinguirá de manera automática, y a partir de dicha fecha quedaremos liberados de todas nuestras obligaciones conforme lo indicado en la presente póliza.

Sin embargo, si tu póliza cuenta con más de 24 de meses de vigencia, el incumplimiento del pago de la prima no generará la suspensión de tu cobertura. Mantendremos vigente tu póliza de seguro por 90 días calendarios contados desde la fecha de incumplimiento del pago de prima; sin embargo, si transcurre el plazo previsto y no has cumplido con pagar la prima atrasada, se aplicará el "Derecho de Reducción" de manera automática, siempre que se haya contratado la Condición Especial -- Aplicación del Derecho de Rescate, Préstamo y Reducción.

13.- En caso se haya suspendido la cobertura de mi póliza, ¿puedo rehabilitarla?

En caso se haya suspendido la cobertura, siempre que no se haya realizado la extinción de tu seguro, conforme lo indicado en el numeral anterior, podrás rehabilitar la cobertura de tu Póliza, para lo cual deberás pagar la totalidad de las primas vencidas, incluyendo la prima correspondiente al período de la solicitud de rehabilitación, además de los intereses moratorios en caso se haya pactado así en tu póliza. La cobertura se rehabilitará a partir de las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha en que realices el pago, no siendo RIMAC responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo de suspensión de cobertura.

Para solicitar la rehabilitación de la póliza tienes un plazo de hasta seis meses posteriores a la anulación. Para realizar la rehabilitación se podrán solicitar documentos adicionales como la Declaración Personal de Salud actualizada entre otros que RIMAC considere pertinentes para la atención de la solicitud de rehabilitación.

14.- Solicitud de Cobertura Fraudulenta

En caso las coberturas de esta Póliza sean solicitadas en forma fraudulenta, los Beneficiarios pierden el derecho a ser indemnizados.

Una solicitud de cobertura es fraudulenta cuando es apoyada total o parcialmente en declaraciones o documentos falsos o inexactos, o emplea medios falsos para probarlos, o exagera los daños producidos.

RIMAC está autorizada a realizar las investigaciones y solicitar la información necesaria para evaluar esta circunstancia.

15.- Atención de Reclamos y Requerimientos.

Puedes realizar tus reclamos y/o requerimientos por teléfono, a través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro y por escrito presentando una comunicación dirigida a RIMAC, la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención o por correo electrónico, ambos indicados en el Resumen de la presente Póliza. Los reclamos y requerimientos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de su recepción.

16.- Defensoría del Asegurado

Tú o el Beneficiario podrán acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9, San Isidro, Lima, Teléfono 01 421-0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y RIMAC, sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para RIMAC.

Debe interponerse previamente la solicitud de cobertura ante RIMAC para poder acudir a la Defensoría del Asegurado.

17.- Indisputabilidad

Para la cobertura principal de fallecimiento, si transcurren dos años desde la celebración del contrato, RIMAC no puede invocar la reticencia o falsa declaración del Contratante / Asegurado, excepto cuando es dolosa.

18.- Domicilio, Validez, Avisos y Comunicaciones.

Las partes intervinientes en esta Póliza establecen que todas las comunicaciones y/o avisos serán remitidos a través de medios electrónicos, pudiendo utilizar sms, correos electrónicos, o poner a disposición del Contratante y/o Asegurado, dicha información a través de un Portal Privado en la web de RIMAC, conforme los términos detallados en la Solicitud de Seguro.

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a la otra parte o una vez vencido el plazo allí señalado o el establecido en la Ley.

Deberás informar a RIMAC, la variación de tus datos de contacto; en caso contrario, serán válidos los últimos datos de contacto señalados en la Solicitud de Seguro y/o en la Póliza contratada.

19.- Mecanismo de Solución de Controversias

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el Contratante / Asegurado o Beneficiario, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral, siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Sin perjuicio de lo antes indicado, el Contratante / Asegurado o Beneficiario podrán presentar su reclamo, consulta o denuncia ante la Defensoría del Asegurado, la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

20.- Prescripción Liberatoria

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurre el siniestro. Para la cobertura de fallecimiento, el plazo antes establecido es contado desde la fecha en que los Beneficiarios toman conocimiento del beneficio, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

21.- Tributos

Todos los tributos que graven las Primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del Contratante / Asegurado o Beneficiario, salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de RIMAC y no puedan ser trasladados.

Condición Especial - Aplicación del Derecho de Rescate, Préstamo y Reducción

En caso el presente seguro no sea considerado un seguro de vida temporal, le aplicará la siguiente condición especial, relacionada a los Derechos del Contratante (Derecho de Reducción, Rescate y Préstamo), la misma que se activará siempre que hayan transcurrido, por lo menos, dos años de vigencia ininterrumpida de la Póliza de Seguro.

Derecho de Reducción

Una vez pagadas las dos (2) primeras anualidades de la Prima o un plazo menor (según se haya pactado en las Condiciones Particulares), el incumplimiento de pago de la Prima producirá la reducción de la Suma Asegurada.

El ejercicio del Derecho de Reducción se establecerá en las Condiciones Particulares, de acuerdo con la Tabla de Valores Garantizados.

Este derecho no será aplicable en caso el CONTRATANTE hubiese ejercido el Derecho de Préstamo indicado a continuación y este se encuentre vigente.

La reducción del seguro también podrá producirse cuando lo solicite el CONTRATANTE, igualmente a partir de las dos (2) primeras anualidades.

Ejercido el derecho de reducción, el CONTRATANTE tiene la opción de rehabilitar la Póliza en cualquier momento, antes de la ocurrencia del siniestro debiendo cumplir para ello con pagar toda la prima vencida, reserva matemática cuando corresponda.

Derecho de préstamo

RIMAC podrá otorgarte préstamos cuando lo solicites, sólo si ha transcurrido el período mínimo de vigencia indicado en las Condiciones Particulares de tu póliza para ejercer este Derecho de Préstamo (el cual no podrá ser mayor a dos años), y siempre que la póliza se mantenga con cobertura activa y estés al día en el pago de tus primas.

La suma del o los préstamos que solicites durante la vigencia de tu Póliza (en su conjunto) no podrán superar el importe o porcentaje fijado que corresponda como Valor de Rescate, según el año en el que solicites dicho préstamo.

Los préstamos están sujetos a las siguientes condiciones:

Que no se haya ejercido el derecho de reducción.

Si te otorgamos el préstamo, y tienes alguna deuda con RIMAC (ya sea prima o cuotas impagas correspondientes a otro préstamo del presente producto), dichas deudas serán descontadas automáticamente del nuevo préstamo que te otorguemos.

Los términos y condiciones del otorgamiento del préstamo se fijarán en un contrato de préstamo incluyendo el cronograma de pagos respectivo, el cual deberá ser firmado por el Contratante.

En caso de fallecimiento, la deuda de los préstamos otorgados se descontará de la indemnización que corresponda pagar a los Beneficiarios.

Derecho de Rescate

Si ha transcurrido el período mínimo de vigencia indicado en las Condiciones Particulares de tu póliza para ejercer este Derecho de Rescate (el cual no podrá ser mayor a dos años), y estés al día en el pago de tus primas, podrás realizar el rescate de la póliza recibiendo el porcentaje de las primas que hayas pagado (descontando los impuestos que correspondan), según se indique en la Tabla de Valores de Rescate.

Ten en cuenta que desde la fecha en que solicites el rescate, la vigencia de tu Póliza de Seguro culminará de manera automática.

Recuerda que no podrás solicitar el rescate de tu póliza o de alguna de las coberturas (en caso tuvieras dos Tablas de Valores Garantizados) en caso se haya aplicado el derecho de reducción descrito en esta Condición Especial.

Cláusula de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

1. Descripción de la Cobertura

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad o de accidente, RIMAC –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza. Esto se cumplirá siempre que la Póliza de Seguro se encuentre vigente y la invalidez total y permanente ocurra antes que el Asegurado cumpla sesenta y cuatro años (64) y trescientos sesenta y cuatro días (364) de edad.

En los casos de Invalidez Total y Permanente del Asegurado que se presenten como consecuencia de un accidente, el otorgamiento de la cobertura se brindará así la Invalidez Total y Permanente se configure dentro de los dos (02) años siguientes a la fecha de producido el accidente, siempre que este accidente se haya producido durante la cobertura activa de la presente Póliza.

2.- Período de Carencia para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

La cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad cuenta con un período de carencia de 180 días calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, por lo cual si la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad se presenta durante este período o se produjere por una enfermedad diagnosticada durante este período de carencia (180 días siguientes a la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula adicional), esta no será materia de cobertura. En este caso, RIMAC devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente a la presente cobertura y reducirá las siguientes en el mismo importe.

3.- Definiciones:

Invalidez Total Y Permanente

Se considera Invalidez Total y Permanente el hecho que el Asegurado sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual, de forma definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, debido a lesiones corporales o por enfermedad y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses consecutivos.

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

Lo anterior será evaluado tomando en consideración las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

El pago de la suma asegurada de esta cobertura significará la terminación de la póliza en su totalidad.

Accidente:

Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

4.- Exclusiones:

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, esta cláusula adicional excluye de su cobertura la invalidez total y permanente del Asegurado, la que ocurra como consecuencia de:

- a. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- b. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula adicional o durante su vigencia.

5.- Riesgos cubiertos por declaración expresa del Contratante y/o Asegurado y aceptadas por RIMAC.

RIMAC cubrirá la invalidez total y permanente que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el numeral 4 de las Condiciones Generales, solo cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por RIMAC con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

6.- Terminación de la vigencia de la presente Cobertura Adicional.

Será causal de terminación de la presente cobertura:

- a. A partir del momento en que RIMAC hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta cláusula adicional.
- b. Por cualquiera de las causas de terminación de la Póliza de Seguro descritas en las Condiciones Generales.
- c. Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia para ésta cobertura, en cuyo caso RIMAC dejará de cobrar el costo correspondiente a la cobertura que se brinda mediante la presente cláusula adicional.
- d. Si la Invalidez Total y Permanente se produjere durante el período de carencia o como consecuencia de una enfermedad diagnosticada durante este período.

Si después de la terminación de este seguro, RIMAC llegare a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y, por lo tanto, la obligación de RIMAC se limitará a la devolución de dichas primas.

7.- SOLICITUD DE COBERTURA

Para solicitar la cobertura, el Asegurado deberá presentar a RIMAC lo siguiente:

- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.
- Copia del DNI del ASEGURADO.

Para el procedimiento de evaluación y pago de siniestro se seguirá el Paso 3 del numeral 4 de las Condiciones Generales de la póliza, RIMAC -y en caso que esta requiera precisiones o aclaraciones sobre la documentación antes descrita- podrá solicitar al Asegurado, la realización de las pruebas adicionales que demuestren su situación de invalidez total y permanente, debiendo presentar a RIMAC, los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que RIMAC podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

Asimismo, podrá requerir al Asegurado la realización de las pruebas médicas, incluyendo las de HIV/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, aseguradora u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por RIMAC, incluyendo la referida al HIV/SIDA. RIMAC declara que la información obtenida referida al diagnóstico del HIV//SIDA será tratada como información confidencial y empleada exclusivamente para determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico por la cual se solicita la cobertura.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen, podrá apelar el mismo dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de RIMAC. En este caso, la invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres médicos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por RIMAC, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la SBS (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según la Resolución N° 232-98- EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y RIMAC.

La declaración de invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para RIMAC y para la junta médica un valor meramente informativo y referencial.

Para los efectos de esta cláusula adicional, las comunicaciones entre RIMAC y el Asegurado, y viceversa, se harán por carta en el domicilio consignado por ambas partes en la presente póliza, salvo que hayan informado debidamente a RIMAC, el cambio de domicilio, lugar donde se harán llegar las comunicaciones pertinentes.

Las demás disposiciones establecidas en las condiciones generales, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.