

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** 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 y Reembolso de Gastos de Reposición de Llaves y Chapas**, el BENEFICIARIO es el mismo ASEGURADO.

INTERES ASEGURADO

Descripción del Interés Asegurable: Tarjeta de crédito y/o débito cuya titularidad pertenece al 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 otras Tarjetas de Débito de las cuales es titular el ASEGURADO, emitidas por una empresa del sistema financiero debidamente autorizada por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Coberturas del Asegurado Se otorgarán las coberturas, por el número máximo de eventos, durante un período de 365 días. En caso de haberse otorgado las coberturas en su totalidad antes de la culminación del plazo de vigencia, no se otorgarán más eventos de los señalados dentro de un mismo año calendario.	Beneficios – Suma Asegurada			
	PLAN1 Sólo Tarjetas de Crédito y/o Débito del Banco Financiero del Perú	PRIMA PLAN 1	PLAN 2 Para Todas las Tarjetas emitidas por el Banco Financiero y Tarjetas de Crédito emitidas por otras Entidades Financieras	PRIMA PLAN 2
1) Uso indebido de la Tarjeta de Crédito y/o Débito por Extravío y/o Robo y/o Hurto y/o Secuestro y/o en cajeros automáticos y/o casas comerciales que deriven en defraudaciones, estafas o malversaciones cometidas por terceros. Cobertura retroactiva de hasta seis (6) horas desde la hora de bloqueo de la Tarjeta de Crédito y/o Débito.				
2) Uso forzado por parte del ASEGURADO de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito en un Cajero Automático a consecuencia de Secuestro, y por el cual se extraiga dinero del Cajero Automático.	Hasta S/ XXXX		Hasta S/ XXXXX	
3) Cobertura Robo y/o Hurto del dinero retirado de un Cajero Automático, cubriendo hasta 2 horas después de efectuada la transacción y en un radio no mayor a 200 metros del Cajero Automático.	Límite Agregado Anual por Asegurado (hasta 2 Eventos al Año)	S/ XXX	Límite Agregado Anual por Asegurado (hasta 2 Eventos al Año)	S/ XXX
4) COBERTURA SÓLO APLICABLE A LAS TARJETA(S) DE CRÉDITO Y/O DÉBITO EMITIDAS POR EL CONTRATANTE: Compras fraudulentas vía Internet, protegiendo la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito dentro de los 90 días anteriores a la fecha de aviso al CONTRATANTE de la falsificación y/o adulteración.				

5) Compra protegida contra Robo y/o Asalto: Cobertura dentro de los límites del territorio de la República del Perú, ante el Robo y/o Asalto de los productos comprados con la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito.	Todas las compras superiores a S/ XXX y máximo de S/ XXXX (Límite Agregado Anual de S/ XXXX, Máximo 2 eventos al año)		
	S/ XXX		S/ XXX
6) Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de Robo y/o Asalto y/o Secuestro. Si la Lesión al Asegurado al producirse el Robo y/o Secuestro del ASEGURADO con la finalidad de apropiarse de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito asegurada(s), causaran la muerte del mismo o la invalidez total y permanente, a más tardar dentro de los 180 días de la fecha de ocurrencia del citado evento, se indemnizará a los Beneficiarios por única vez con el máximo por ASEGURADO.	Indemnización de S/ XXXX por ASEGURADO		
	S/ XXX		S/ XXX
7) Reembolso de Gastos de hospitalización por Robo y/o Hurto y/o Secuestro del ASEGURADO con la finalidad de apropiarse de las Tarjetas de Crédito y/o Débito Aseguradas.	Hasta S/ XXX diarios, máximo 30 días por Asegurado (Suma Asegurada por año de vigencia del Seguro)		
	S/ XXX		S/ XXX
8) Reembolso por trámite de documentos debido a Robo y/o Hurto y/o Secuestro y/o Pérdida y/o Hurto de los mismos junto con la Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito.	S/ XXX Límite Agregado Anual por Asegurado (hasta 2 Eventos Año)		
	S/ XXX		S/ XXX
9) Reembolso por los gastos de reposición de llaves y chapas a causa de Robo y/o Hurto cuando las llaves de su domicilio, declarado en el Certificado de Seguro, sea robadas solas o en conjunto con alguna de las Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito asegurada(s).			S/ XXX S/ XXX Límite Agregado Anual por Asegurado (máximo 2 eventos al año)
Prima Mensual: Incluye I.G.V. y Derecho de Emisión	S/ X.XX		S/ X.XX

PRIMA:

Prima	Monto S/
Prima Comercial Total	XXXX
Prima Comercial Total + IGV	XXXX

La prima comercial total incluye:	Montos S/
- Cargos por la contratación de comercializadores.	XXXX
- Cargos por la intermediación de seguros	XXXX

PRIMA NETA: Anual/Mensual: S/ XXXXXXXXXX

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

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

- 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.

DENUNCIA DEL SINIESTRO

Ocurrido el siniestro debe denunciar en forma inmediata el mismo, al teléfono 0801-15071. Igualmente será atendido en caso de consultas y reclamos respecto del Seguro de Protección de Tarjetas y Compra del Banco Financiero del Perú.

CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO:

- Periodo de Carencia: No aplica al presente Seguro.
- Deducible: No Aplican al presente Seguro.
 - Lugar y forma de Pago de la prima: Se cargará mensualmente el importe de la prima en la cuenta del Asegurado Tarjeta de Crédito determinada por el éste.
 - **Concurrencia de Seguros:** En el evento que el ASEGURADO cuente con otra póliza de seguros que mantenga las mismas coberturas que la presente Póliza respecto de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito del ASEGURADO, la presente póliza cubrirá el siniestro de la siguiente manera:
 - a) Cuando la Póliza de la COMPAÑÍA fue la primera en ser contratada, la COMPAÑÍA indemnizará hasta el tope máximo de la cobertura.
 - b) Cuando la Póliza de la COMPAÑÍA fue contratada luego de las otras pólizas mencionadas, la COMPAÑÍA indemnizará la diferencia entre el monto del siniestro y lo pagado por la(s) otra(s) compañías ASEGURADORAS hasta el tope máximo de

cobertura.

- c) En caso de existir discrepancias entre las pólizas concurrentes, la COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO por la parte proporcional que le corresponda.

La COMPAÑÍA se subrogará en las acciones que correspondan al ASEGURADO para perseguir el pago de las indemnizaciones que correspondan.

El ASEGURADO deberá declarar los seguros concurrentes conjuntamente con su reclamo de siniestro, sin perjuicio de la obligación de declararlos también al momento de la celebración del contrato de seguro. Cualquier omisión o falsedad dolosa o por culpa inexcusable sobre esta circunstancia significara la pérdida del derecho indemnizatorio.

- Se podrá contratar un solo Seguro de Protección de Tarjetas y por cada ASEGURADO. En caso que EL ASEGURADO contrate más de una Póliza de Seguro Protección de Tarjeta en un año calendario, el límite de la responsabilidad de la COMPAÑÍA, en ningún caso superará el máximo de eventos por año calendario, conforme se indica en el presente Certificado de Seguro. Por tanto, ante toda pérdida o pérdidas reclamadas que superen el límite máximo indicado en el Certificado de Seguro, la COMPAÑÍA quedará liberada de toda responsabilidad indemnizatoria, procediendo con la devolución de las primas pagadas por las Pólizas de Seguro contratadas en exceso. El ASEGURADO deberá declarar los seguros concurrentes conjuntamente con su reclamo de siniestro, sin perjuicio de la obligación de declararlos también al momento de la celebración del contrato de seguro. Cualquier omisión o falsedad dolosa o por culpa inexcusable sobre esta circunstancia significará la pérdida del derecho indemnizatorio
- 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 Cuenta de Ahorros, Tarjeta de Crédito o Débito 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: 64 años y 364 días (después sólo renovaciones).

Edad límite de permanencia en el seguro: Hasta 69 años y 364 días.

Al cumplir la edad límite de permanencia se dará por terminado el Seguro de Protección de Tarjeta del Banco Financiero del Perú y ésta queda liberada de cualquier tipo de responsabilidad respecto de la Póliza del Seguro.

IMPORTANTE

- La vigencia del seguro será anual con renovación automática y se iniciará en la fecha del primer cargo de la prima en la cuenta de tarjeta de crédito 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 ASEGURADO podrá ponerle término en cualquier momento, para lo cual deberán cursar una comunicación escrita a LA COMPAÑÍA, con un plazo mínimo de treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha que tendrá efecto la cancelación.
- El ASEGURADO autoriza al CONTRATANTE a cargar en su Cuenta de Ahorros, Tarjeta de Crédito o Débito el cargo del importe de la prima antes indicada mensualmente.
- **Es causal de terminación de contrato, una vez que el ASEGURADO haya recibido el Beneficio de alguna de las Coberturas hasta el número máximo de eventos posibles.**

- La Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Hospitalización a consecuencia del Robo y/o Hurto 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 Hurto y/o Secuestro.
- Las coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente y Reembolso por Gastos Médicos por hospitalización son excluyentes entre sí, pudiendo el ASEGURADO o BENEFICIARIOS (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) presentar la denuncia de siniestro sólo por una de ellas durante la vigencia de Seguro.

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Se indica en el presente documento o en el Convenio de Pago, según corresponda.

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

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

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

Cuando se haya pagado parte de la Prima, se mantendrá la cobertura hasta la fecha en que dicha Prima, calculada proporcionalmente a prorrata, efectivamente alcance para cubrir el riesgo.

Para establecer la cantidad de Días de cobertura efectiva y, por lo tanto, la fecha de inicio efectivo de la suspensión de cobertura, se sigue el siguiente procedimiento:

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

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

RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

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

Se deja expresa constancia que si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los

noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA

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

VIGENCIA DEL SEGURO:

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.

Esta póliza SI NO se renueva automáticamente.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la oferta de la cobertura del Certificado de Seguro se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación del Certificado de Seguro. Para esto, el ASEGURADO podrá resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el ASEGURADO haya recibido el Certificado, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma.

El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado por el ASEGURADO 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 del Certificado de Seguro, indicando nombres, apellidos completos y el número del DNI del ASEGURADO.

El Certificado de Seguro quedará resuelto (anulado) 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 o el Certificado de Seguro, dentro del plazo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud del derecho de arrepentimiento.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Se podrá resolver el contrato de seguro o el Certificado de Seguro, unilateralmente y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE Y/O ASEGURADO, respectivamente, sin más requisito que una comunicación por escrito a la COMPAÑÍA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO,

conforme corresponda, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que se usaron para la contratación del seguro. Le corresponde a la COMPAÑÍA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En caso de resolución, el CONTRATANTE tendrá la obligación de comunicar al ASEGURADO esta situación y sus consecuencias.

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

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

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE, quien tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

EXCLUSIONES

I. Para todas las Coberturas del Artículo 32° de las Condiciones Generales:

1. Cuando en cualquier forma de Robo y/o Secuestro y/o Hurto de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito en el cual participe directa o indirectamente, en calidad de autor, cómplice o encubridor:
 - a) El propio ASEGURADO; y/o,
 - b) Cualquier pariente del ASEGURADO, hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad; y/o,
 - c) Él o la cónyuge o conviviente del ASEGURADO.
2. El reembolso al ASEGURADO por la pérdida por Robo y/o Secuestro y/o Hurto y/o Extravío de cualquier otro documento diferente a la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito, que no se encuentre dentro de las coberturas, incluyendo todo tipo de título valor y montos dinerarios que se encuentren en la posesión del ASEGURADO y que también hayan sido objeto de la conducta ilícita.
3. Actos delictivos o cualquier intento de los mismos por parte del ASEGURADO.
4. La(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito adicionales emitidas a favor de personas distintas del ASEGURADO, si es que estos no han tomado el Seguro de Protección de Tarjetas y Compras del CONTRATANTE
5. Toda conducta ilícita o pérdida cometido fuera de los límites de la República del Perú, independientemente del lugar en el que se hubiere producido el extravío, robo, secuestro o hurto (no compras por Internet o adulteración).
6. Cuando el Robo y/o Secuestro y/o Hurto y/o Extravío de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito o sus daños o perjuicios derivados directa e inmediatamente de éstos hayan sido ocasionados con anterioridad a la fecha de contratación de la presente Póliza de Seguro.
7. Perjuicios derivados de actos fraudulentos cubiertos por la presente Póliza, realizados por la Entidad Emisora de la Tarjeta de Crédito y/o Débito, sus empleados o dependientes.

8. Cuando el Extravío, Hurto, Robo o Secuestro sea ejecutado al amparo de situaciones creadas por:
 - a) Incendio, explosión, terremoto, temblor, erupción volcánica, tifón, huracán, tornado, ciclón, fuego subterráneo, inundación, rayo u otra convulsión de la naturaleza.
 - b) Guerra internacional, civil o actos perpetrados por fuerzas extranjeras, hostilidades u operaciones bélicas, rebelión, sedición, usurpación y retención ilegal de mando.
 - c) Asonada, motín o conmoción civil o popular, huelga, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de labores y movimientos subversivos.
9. Los perjuicios o pérdidas que estén cubiertas por otra Compañía de Seguros con la cual haya contratado también un Seguro de Protección de Tarjeta, salvo que el monto a indemnizar por el siniestro sea insuficiente, en cuyo caso la Aseguradora (en caso le corresponda) asumirá la cobertura por el importe diferencial.

II. En caso de Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente y Reembolso de Gastos de Hospitalización, descritas en los numerales 5 y 6 del artículo 32° de las Condiciones Generales, se tendrán además de las descritas anteriormente en lo que sea aplicable, las exclusiones siguientes:

En el caso de la cobertura de Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a) Gastos Médicos por Robo, Hurto o Secuestro que no conlleven a la hospitalización del ASEGURADO.
- b) Suicidio, siempre que hayan transcurrido más de 2 años de vigencia ininterrumpida de la Póliza de Seguro; autolesión independientemente del estado mental de la persona.
- c) Cualquier acto intencional por parte de un BENEFICIARIO del ASEGURADO o persona que habita en casa del ASEGURADO que ocasiona lesión corporal al ASEGURADO. Se considera intencional cualquier lesión a consecuencia de un arma de fuego o arma punzo cortante o cualquier otro instrumento letal, que ocurre durante dicho acto.
- d) Enfermedades resultantes del uso o de drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) o a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados sin tener licencia de conducir vigente para hacerlo. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o drogas, si el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- e) Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- f) Guerra, invasión u operaciones bélicas, actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, actos en contra del orden público, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.

- g) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva;
- h) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- i) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de vehículos de motor, bicicletas o de caballos.
- j) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

En el caso de la cobertura Reembolso de Gastos de Hospitalización:

- k) Enfermedad, padecimiento o infección bacteriana de cualquier tipo, a excepción de infecciones que surgen a consecuencia de una lesión ocurridas en el asalto.
- l) Hernia, independientemente de la causa.
- m) Cualquier acto intencional por parte de un BENEFICIARIO del ASEGURADO o persona que habita en casa del ASEGURADO que ocasiona lesión corporal al ASEGURADO. Se considera intencional cualquier lesión a consecuencia de un arma de fuego o arma punzo cortante o cualquier otro instrumento letal, que ocurre durante dicho acto.
- n) Enfermedades resultantes del uso o de drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) o a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados sin tener licencia de conducir vigente para hacerlo. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o drogas, si el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- o) Servicios o tratamientos prestados por cualquier persona contratada por el ASEGURADO que no cuente con la acreditación profesional correspondiente y procedimientos médicos experimentales.
- p) Cirugía cosmética o cualquier procedimiento cosmético, a excepción de cirugía reconstructiva para la corrección de un desorden físico originado a consecuencia del robo o secuestro materia de cobertura de la presente póliza.
- q) Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- r) Guerra, invasión u operaciones bélicas, actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, actos en contra del orden público, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- s) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva;
- t) Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- u) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de vehículos de motor, bicicletas o de caballos.
- v) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

III. Para la Cobertura de Reembolso por Trámites de Documentos:

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

IV. Para la Cobertura de Compra Protegida:

En caso no se trate del Robo y/o Hurto de productos comprados con una de las Tarjetas de Crédito y/o Débito asegurada(s) y emitida(s) por EL CONTRATANTE dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la compra.

AVISO DE SINIESTRO

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

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, la COMPAÑÍA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

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

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

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

SOLICITUD DE COBERTURA

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la COMPAÑÍA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado o certificado de seguros) o al Comercializador de Seguros en caso corresponda los siguientes documentos (según el tipo de siniestro que se haya presentado) y realizando asimismo previamente las actividades indicadas:

- . En 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:

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

- a) Bloquear de inmediato la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito a través de una llamada al número de Denuncia de Siniestros indicado en el Certificado de Seguro, y, de ser el caso, a las centrales correspondientes a las Tarjetas emitidas por otras entidades financieras; y obtener el(los) código(s) de bloqueo correspondiente(s) dentro de un plazo no mayor de seis (6) horas de ocurrido en caso de Uso indebido de la(s)

Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito y dos (2) horas en caso de Uso Forzado de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito.

- b) Presentar Copia Certificada de la Denuncia Policial en la comisaría del sector donde ocurrieron los hechos dentro de un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas de ocurrido el robo, extravío, hurto o secuestro. En caso de secuestro se consideran las veinticuatro (24) horas a partir de la hora de la liberación. Para los casos de extravío, hurto, y/o compras fraudulentas vía internet, la denuncia policial deberá realizarse dentro de un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas desde que el ASEGURADO se ha percatado de que ha ocurrido el siniestro.
- c) El ASEGURADO deberá presentar la solicitud de cobertura por escrito. La solicitud debe indicar el monto de los consumos realizados indebidamente. A estos efectos deberá adjuntar lo siguiente:
- Copia Certificada de la Denuncia Policial.
 - El(los) código(s) de bloqueo con fecha y hora.
 - Original o Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de los Comprobantes(s) donde figura la Fecha, Hora, Monto y Lugar de los consumos indebidos, en caso se cuente con estos.
 - Original o Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de los Estados de cuenta o extractos de movimientos donde figuren los consumos indebidos en establecimientos comerciales o los retiros indebidos o el monto del dinero retirado de los cajeros automáticos como consecuencia del robo.
 - Copia simple del Documento de identidad del Asegurado.
 - Dirección actual y Teléfono del Asegurado.
 - Declaración Jurada de no haber contratado o solicitado o tramitado cobertura de alguna Póliza de Seguro que cuente con coberturas de la misma naturaleza, con otras compañías de seguros o de haber recibido indemnización por parte de otras compañías de seguros. En caso de haber presentado solicitud de cobertura a otra Compañía de Seguros por el mismo siniestro reportado a LA COMPAÑÍA, deberá presentar copia simple de dicha solicitud.
- d) Adicionalmente, para la cobertura de compra protegida se debe de presentar:
- Original o Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de los Vale(s) donde figure fecha, hora, monto y lugar de las compras sustraídas a causa de Robo y/o Asalto dentro de los xx días indicado en el Condicionado Particular o Certificado de seguro según corresponda, posteriores a la compra.

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

- ✓ Copia Certificada de las conclusiones del Atestado Policial o el resultado de las investigaciones policiales.
- ✓ Declaración Jurada de no haber recibido indemnización de parte de otras Compañías de Seguros por el mismo siniestro reportado a LA COMPAÑÍA, salvo lo establecido en el numeral 9 de las Exclusiones Generales aplicables a todas las Coberturas indicadas en el presente Condicionado de Seguros o en el Condicionado General de Contratación.
- ✓ En caso de haber presentado solicitud de cobertura a otra Compañía de Seguros por el mismo siniestro reportado a LA COMPAÑÍA, deberá presentar copia simple de dicha solicitud.

2. Cobertura por Compra Protegida de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito:

- a) Bloquear de inmediato la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito a través de una llamada al número de Denuncia de Siniestros indicado en el Certificado de Seguro, y, de ser el caso, a las centrales correspondientes a las Tarjetas emitidas por otras entidades financieras; y obtener el(los) código(s) de bloqueo correspondiente(s) dentro de un plazo no mayor de seis (6) horas de ocurrido en caso de Uso indebido de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito y dos (2) horas en caso de Uso Forzado de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito.
- b) Presentar Copia Certificada de la Denuncia Policial en la comisaría del sector donde ocurrieron los hechos dentro de un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas de ocurrido el robo, hurto o secuestro. En caso de secuestro se consideran las veinticuatro (24) horas a partir de la hora de la liberación.
- c) El ASEGURADO deberá presentar en las oficinas del CONTRATANTE, una carta donde se indique el monto de los consumos realizados por las conductas ilícitas. A estos efectos deberá adjuntar lo siguiente:
 - Copia Certificada de la Denuncia Policial.
 - Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
 - Original o Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de los Vouchers(s) donde figura la Fecha, Hora, Monto y Lugar de las compras sustraídas a causa de Robo y/o Hurto, dentro de los diez (10) días posteriores a su compra.
 - Dirección y Teléfono del ASEGURADO.

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

El(los) BENEFICIARIO(S) o el(los) heredero(s) legal(es), deberá presentar la solicitud por escrito en las oficinas del CONTRATANTE mediante carta simple adjuntando los siguientes documentos para cada persona fallecida:

- a) Copia Certificada del Atestado Policial
- b) Código(s) de Bloqueo de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito emitidas por EL CONTRATANTE.
- c) Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO, en tanto se cuente con dicho documento.
- d) Copia del Documento Oficial de Identidad de (l) BENEFICIARIO(S) o heredero(s) legal(es). En caso de BENEFICIARIO(S) menor(es) de edad adjuntar partida de nacimiento.
- e) Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción
- f) Copia Certificada del Acta de defunción.
- g) Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico en caso de accidente de tránsito.
- h) Copia Certificada del Atestado policial completo, detallando fecha y circunstancia del accidente.
- i) Copia Certificada del (los) Examen(es) toxicológico(s) emitido(s) por la morgue, en caso se haya realizado.
- j) Copia Certificada del Protocolo(s) de necropsia completo(s), en caso se haya realizado.
- k) Documentos de identidad de todos los Beneficiarios descritos en la Sucesión Intestada

o Testamento (partida de nacimiento en caso ser menores de edad).

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

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

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

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

El ASEGURADO o la persona que esté actuando en su representación deberán realizar la denuncia del Siniestro y presentar el reclamo por escrito en las oficinas del CONTRATANTE en un plazo no mayor a TREINTA (30) días calendario, mediante carta simple adjuntando lo siguiente:

- a) Copia Certificada de la Denuncia Policial
- b) Código de Bloqueo
- c) Original o Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de las Facturas de los gastos médicos hospitalarios incurridos durante la hospitalización.
- d) Dirección y Teléfono del ASEGURADO.

6. Cobertura de Reembolso por Trámite de Documentos y Reembolso de Gastos de Reposición de Llaves y Chapas por Robo y/o Hurto y/o Secuestro y/o pérdida de los mismos junto con las Tarjetas de Crédito y/o Débito aseguradas:

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

- a) Copia Certificada de la Denuncia Policial.
- b) Original o Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de los documentos que sustenten los cobros efectuados por las entidades correspondientes para la emisión de los Documentos de Identificación del ASEGURADO.
- c) Original o Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de los

Comprobantes de pago relacionados directamente con la reposición de estos documentos.

- d) Original o Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de los Comprobantes de pago de los productos propios para la reposición de llaves y chapas.
- e) Dirección y Teléfono del ASEGURADO.

Dentro de los treinta (30) Días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la Póliza para el proceso de liquidación del Siniestro, la COMPAÑÍA debe pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso de que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentadas por el ASEGURADO, debe solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado. Asimismo, dentro del plazo antes indicado y para la solicitud de la cobertura de Gastos Médicos por Hospitalización a consecuencia de Robo y/o Secuestro, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir que el ASEGURADO se someta a un examen por parte de un médico seleccionado por ella las veces que razonablemente sean necesarias, siendo estos gastos asumidos por el ASEGURADO. Esto suspende el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondientes.

Si la COMPAÑÍA no se pronuncia dentro del plazo de treinta (30) Días al que refiere el primer párrafo precedente, se entiende que el Siniestro ha quedado consentido, salvo cuando se presente una solicitud de prórroga del plazo con el que cuenta la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el Siniestro.

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

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

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

Pago del Siniestro: Una vez aprobado o consentido el Siniestro, la COMPAÑÍA cuenta con un plazo de treinta (30) Días para proceder a efectuar el pago que corresponda; en caso contrario, la COMPAÑÍA deberá pagar al ASEGURADO o al BENEFICIARIO un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, de acuerdo a la moneda pactada en la Póliza por todo el tiempo de la mora.

El CONTRATANTE, aun cuando esté en posesión de la Póliza, no puede cobrar la indemnización o prestación correspondiente, sin expreso consentimiento del ASEGURADO,

salvo que el Certificado de Seguro esté endosada a su favor.

La **COMPAÑÍA** no está obligada a otorgar adelantos a cuenta de la indemnización de un Siniestro, solicitados por el **ASEGURADO**, excepto cuando aquella se pronuncie favorablemente sobre la pérdida estimada. Cuando otorgue los adelantos, tal liberalidad no debe ser interpretada como un reconocimiento de la cobertura del Siniestro.

Si, luego de otorgado un adelanto de la indemnización, resultase que el Siniestro no estaba cubierto, o se hubiera pagado en exceso de la indemnización correspondiente, el **ASEGURADO** o **BENEFICIARIO**, según corresponda, devolverá a la **COMPAÑÍA** el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiese lugar.

La **COMPAÑÍA** se reserva el derecho de investigar las causas reales del Siniestro, incluso cuando ya hubiese pagado la indemnización.

Si, después de haber pagado la indemnización, se determinara que, por cualquiera que fuera la razón, el Siniestro no debió tener cobertura, la **COMPAÑÍA** podrá solicitar la devolución de las sumas pagadas.

La **COMPAÑÍA** no está obligada a pagar intereses ni cualquier otro tipo de compensación por la indemnización que no hubiese podido entregar al **ASEGURADO** y/o **BENEFICIARIO**, en razón de embargos u otras medidas judiciales o análogas que afecten a estos.

Las solicitudes de cobertura presentadas al comercializador del seguro, tienen los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a la **COMPAÑÍA**

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** o encontrarse debidamente apostillado. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una **TRADUCCION OFICIAL** del mismo.

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicado por el Contratante, Asegurado o Beneficiario a la **COMPAÑÍA** en las Plataformas de Atención al Cliente:

Oficina Principal:

Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima

Plataformas de Atención al Cliente:

• **Lima:**

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

• **Trujillo:**

Av. América Oeste N° 750
Locales A1004-A1006, Mall Aventura Plaza.
Urb. El ingenio -Telf. (044)-485200
Telf. (044)-485200

• **Arequipa:**

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

Central de Consultas y Reclamos	(01) 411-1111
Central de Emergencias Aló Rímac	Lima: (01) 411-1111 Provincias: 0-800-4-1111
Correo electrónico para Atención de Reclamos	reclamos@rimac.com.pe
Correo electrónico para Atención al Cliente	atencionalcliente@rimac.com.pe
Página Web	www.rimac.com

Las solicitudes de cobertura presentadas al comercializador del seguro, de corresponder, tienen los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a la compañía.

MEDIOS HABILITADOS POR LA COMPAÑÍA PARA PRESENTAR RECLAMOS

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

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

Escrito: Mediante carta dirigida a Rímac Seguros o a través de la página web o correo electrónico consignados en el presente Certificado.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

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

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTACIÓN DE CONSULTAS/RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

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
Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040
SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima.
SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

Superintendencia de Banca, www.sbs.gob.pe
LIMA: Los Laureles 214, San Isidro

Seguros y AFP (SBS):

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

Consultas y Denuncias: 0800-10840

INFORMACIÓN ADICIONAL

- En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:
 - i. La COMPAÑÍA es responsable frente al Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
 - ii. La COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de 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 los Asegurados o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a La COMPAÑÍA.
- El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.
- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.
- 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, 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, o comunicarlo a la Central Aló RIMAC 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.

La ASEGURADORA remitirá comunicaciones escritas al domicilio del ASEGURADO 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.

• **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.

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

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

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

Lima, ___ de ____ de 20__

DIVISION SEGUROS PERSONALES RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

ASEGURADO