

VIDA CON DEVOLUCIÓN (INDIVIDUAL)
CONDICIONES PARTICULARES

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros
RUC: 20100041953
Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima
Teléfono: 411-1111
Página web: www.rimac.com

DATOS DE LA PÓLIZA DEL SEGURO

Póliza N°: _____ Código SBS: _____

Plan de Seguro: _____

Vigencia desde: __/__/__ hasta la fecha en la que se produzca el fallecimiento del asegurado.

Este seguro NO tiene posibilidad de renovación

DATOS DEL COMERCIALIZADOR/CONTRATANTE

Nombre:	Tipo y N° de Documento:
Dirección:	Teléfono:

Código del Corredor:

En caso de ser Persona Jurídica:

Partida Electrónica:

Razón Social:

RUC:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre: Tipo y N° de Documento:
Fecha de Nacimiento: Sexo:
Dirección: Teléfono:
Correo Electrónico:

DATOS DEL BENEFICIARIO

En caso de que el Asegurado no haya designado Beneficiarios, los Beneficiarios serán los Herederos Legales.

Si se designaron varios beneficiarios, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

	Beneficiario 1	Beneficiario 2	Beneficiario 3	Beneficiario 4
Tipo de documento				
Nro. De documento				
Nombre o Razón Social				
Apellido Paterno				
Apellido Materno				
Parentesco				
% Participación				

COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

Coberturas y Vigencia	Suma Asegurada
Cobertura de Fallecimiento	SI / \$ xx,xxx
Cobertura de Supervivencia	SI / \$ xx,xxx

Coberturas Adicionales (en tanto se añadan a la Póliza por medio de cláusulas adicionales a elección del Asegurado):

Se deja constancia que, para las cláusulas adicionales, la edad mínima de ingreso es de ____ y la edad máxima de ingreso es de ____ años

Relación de Clausulas Adicionales aplicables al presente seguro	Suma(s) Asegurada(s)	Plazo de la cobertura	Edad máxima de permanencia
Fallecimiento Adicional	SI / US\$ xx,xxx	XX	89 años y 364 días
Indemnización Adicional por Fallecimiento Accidental	SI / US\$ xx,xxx	XX	64 años y 364 días
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente (cancelatoria)	SI / US\$ xx,xxx	XX	64 años y 364 días
Dispensa de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	SI / US\$ xx,xxx	XX	64 años y 364 días
Indemnización Adicional por Enfermedades Graves	SI / US\$ xx,xxx	XX	64 años y 364 días
Renta Hospitalaria por Accidente	SI / US\$ xx,xxx	XX	64 años y 364 días

Las cláusulas adicionales se desactivan automáticamente a la fecha en la que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, por lo que, a partir de dicha fecha, la Aseguradora no será responsable por los siniestros cubiertos por dichas cláusulas. Se deja constancia que, a partir de la fecha de desactivación de las coberturas adicionales, se procederá a la reducción automática de la prima del seguro, descontando la prima que correspondía a dichas coberturas.

DEDUCIBLE/COPAGO: No aplica

PRIMA

Prima	Monto US\$ o SI/
Prima Comercial Mensual por cobertura de Fallecimiento	
Prima Comercial Mensual por indemnización adicional por Fallecimiento.	

Prima Comercial Mensual por cobertura Adicional 1	
Prima Comercial Mensual por cobertura Adicional 2	
Prima Comercial por Prima Comercial Total	
Prima Comercial Mensual Total + IGV (en caso corresponda)	

- Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros.	No aplica
- Cargos por la contratación de promotores de seguros	No aplica
- Cargos por la contratación de comercializadores.	No aplica

PRIMA NETA: US\$ / S/ xxxxxx

- El cálculo del monto resultante que reciban los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros se realizará tomando como base, la prima neta.
- En caso que el Contratante y/o Asegurado decida no usar corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.
- Existen productos de seguros que solamente se comercializarán a través de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros.

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Cronograma de pago: xxxxx
Lugar de pago: xxxxx
Forma de pago: xxxxx

TCEA (Tasa de Costo efectivo Anual) en caso de fraccionamiento de la Prima o que exista un cronograma de cuotas de la Prima, que incluya intereses: XXXXX

CUADRO DE VALORES GARANTIZADOS SEGÚN PLAN ELEGIDO

Las condiciones descritas a continuación aplican en caso que el plan elegido contemple la Condición Especial de Derecho de Rescate, Reducción y Préstamo, cuyo detalle forma parte de la Póliza de Seguro.

Cuadro de valores garantizados de la cobertura de Fallecimiento:

Año de vigencia	Meses	Derecho de Rescate / Derecho de Préstamo	Derecho de reducción (días)
X	X – X	0	
X	X – X	0	
X	X – X	xx.xx%	
X	X – X	xx.xx%	
X	X – X	xx.xx%	
X	X – X	xx.xx%	
X	X – X	xx.xx%	
X	X – X	xx.xx%	
X	X – X	xx.xx%	
X	X – X	xx.xx%	
X	X – X	xx.xx%	
X	X – X	xx.xx%	

INFORMACION ADICIONAL

- Cuando el marco regulatorio permita la oferta de esta Póliza a través de Comercializadores y si hubiera utilizado dicho canal:
- (i) La aseguradora es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

- (ii) Las comunicaciones cursadas por los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Aseguradora.
- (iv) Los pagos efectuados por los Contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a La Aseguradora.

- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante/Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.
- El Contratante y/o Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento. En caso el Contratante y/o Asegurado no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-1111. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

• **Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:**

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la “Ley”) y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el “Reglamento”), doy mi consentimiento libre, expreso, inequívoco, previo e informado para que Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante, “RIMAC SEGUROS”) realice el tratamiento de mis datos personales (en adelante, “Datos Personales”), a fin de ejecutar las relaciones contractuales que mantenga vigentes o que pudiera sostener en el futuro con RIMAC SEGUROS, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que se evalúe la calidad del producto o servicio brindado.

Declaro tener conocimiento sobre mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Asimismo, autorizo que para la finalidad descrita en el párrafo precedente, RIMAC SEGUROS realice el tratamiento de mis Datos Personales por encargo a terceros a nivel nacional y/o internacional (mediante Flujo Transfronterizo), pudiendo transferir mis Datos Personales a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al que pertenece.

El listado de los terceros que podrán realizar tratamiento por encargo a nivel nacional se encuentran en www.rimac.com. El listado de los terceros que podrán realizar tratamiento por encargo a nivel internacional, se encuentra en www.rimac.com. A estos terceros les son aplicables las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales que a RIMAC SEGUROS.

Declaro estar informado que la autorización brindada perdurará mientras se mantenga vigente mi relación contractual con RIMAC SEGUROS y hasta por diez (10) años desde culminada la misma. Los

Datos Personales serán almacenados en el banco de datos de RIMAC SEGUROS, domiciliada en Avenida Paseo de la República N° 3505, Piso 11, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N.º 1637.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC SEGUROS, teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o ante el Poder Judicial mediante la acción de hábeas data.

COMUNICACIONES COMERCIALES

Brindo mi consentimiento a RIMAC SEGUROS para tratar mis Datos Personales, con la finalidad de que me sean ofrecidos beneficios, productos y servicios prestados por RIMAC SEGUROS, lo cual me podrá ser comunicado por medios físicos (cartas enviadas a mi domicilio) y/o por medios electrónicos (mensajes de texto, correos electrónicos, llamadas telefónicas, entre otros); contando con el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Exclusivamente para la finalidad descrita en el párrafo precedente, RIMAC SEGUROS podrá realizar el tratamiento de mis Datos Personales por encargo a terceros. El listado de estos terceros se encuentra contemplado en www.rimac.com

☐	ACEPTO	☐	NO ACEPTO
--------------------------	--------	--------------------------	-----------

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la presente Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.
- El Contratante/Asegurado suscribe las presentes Condiciones Particulares, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

Lugar y fecha de emisión: Lima ____ de ____ de ____

Vicepresidente División Seguros Personales Rímac Seguros y Reaseguros

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