** POLIZA NUEVA **

Condiciones Particulares

Vigencia del xx/xx/xxxx al x x /xx/xxxx de 12 a 12 Horas.

La vigencia de la Póliza de Seguro es mensual, y se renueva a los 30 días calendario desde la fecha de emisión de la Póliza de Seguro. Se renueva automáticamente por períodos iguales y sucesivos hasta la fecha límite establecida en la Póliza o hasta que el Asegurado llegue a la edad máxima de permanencia.

Póliza Vida Plus Nro XXXXXXXX

Código SBS: VI0508000465 **Condiciones Particulares** **Plan: Plan XXX**	
Aseguradora : Rimac Seguros y Reaseguros **RUC :** 20100041953 **Página web :** www.rimac.com.pe **Dirección :** Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima **Teléfono :** 411-3000	
Contratante: **DNI:** **Dirección:** **Distrito:**	**Teléfono:** **Correo Electrónico:**

Comercializador / Corredor: No aplica

Moneda: Soles

Requisitos de Asegurabilidad relacionados a la Edad del Asegurado

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporadas como tal en la Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

Para la cobertura de Fallecimiento:

La edad máxima de ingreso para todos los asegurados es 60 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 64 años y 364 días.

Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente e Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:
La edad máxima de ingreso para todos los asegurados es 60 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 64 años y 364 días.

RIMAC
Juntos todo es posible

Datos de los Beneficiarios

Para la cobertura de Fallecimiento: Los Beneficiarios serán considerados según el orden de prelación siguiente:

I. Cónyuge o conviviente
II. A falta de cónyuge o conviviente, será el hijo mayor del asegurado (siempre que éste sea mayor de edad). En caso el beneficiario sea menor de edad, se pagará a Cuenta en custodia.
III. A falta de estos, se pagará a los herederos legales, previa presentación de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada del Asegurado

En caso de que los Beneficiarios sean menores de edad bastará con señalar el nombre y apellidos completos y el N° de Documento de Identidad.

Cobertura y Suma Asegurada

Cobertura de Fallecimiento
Si se produjera tu fallecimiento siempre que dicho evento no esté excluido en tu póliza de seguro, la COMPAÑÍA indemnizará al Beneficiario, de acuerdo a las condiciones, coberturas y límites contratados. Período de carencia de 90 días para la cobertura de Fallecimiento Natural.

Coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente
En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO que surja como consecuencia de un accidente producido dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, la COMPAÑÍA –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro, de acuerdo a lo siguiente.

Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura, se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, a la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6%, de su capacidad total.

Definición de Accidente: Todo suceso violento, súbito, imprevisto, involuntario, y fortuito, causado por agentes externos, que causa o da lugar a daños o lesiones en el ASEGURADO.

No se consideran como accidentes las siguientes situaciones, ni sus consecuencias, ni los eventos o sucesos que se produzcan por o como consecuencia de: ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.
La presente cobertura incluye la Invalidez Total y Permanente que, derivada de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

Coberturas de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad, la COMPAÑÍA –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

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 90 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 (90 días siguientes a la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula adicional), esta no será materia de cobertura. En este caso, la COMPAÑÍA devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente a la presente cobertura y reducirá las siguientes en el mismo importe.

Definiciones: Invalidez Total Y Permanente

Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual, definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6%de su capacidad total.
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 Nº232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

Periodo de Carencia:
La cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad cuenta con un período de carencia de 90 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 (90 días siguientes a la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula adicional), esta no será materia de cobertura. En este caso, la COMPAÑÍA devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente a la presente cobertura y reducirá las siguientes en el mismo importe.

Cobertura y Suma Asegurada

Cobertura	Suma Asegurada - Plan XXXX
Fallecimiento	S/XX,000.00
Invalidez Total y Permanente	S/XX,000.00

Nota: Las coberturas de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad son excluyentes entre sí, lo cual considera que ante la ocurrencia de una de ellas (materialización del siniestro) se anula automáticamente la póliza de seguro.

CONDICIÓN ESPECIAL: No obstante, el Condicionado General de tu póliza detalle las exclusiones y documentos necesarios para el pago de siniestros, en este documento te detallamos las condiciones que aplicarán para tu póliza de seguro.

Exclusiones

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

• 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.
• Enfermedades, lesiones y/o condiciones preexistentes al inicio de la vigencia del presente seguro.
• Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos años.
• 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.

Documentos para el pago de siniestros

En caso de Muerte Natural o Accidental del Asegurado:

1. Copia Certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC.
2. Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).

3. Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado, en caso se cuente con este documento.
4. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.

Adicionalmente, y dado que los beneficiarios han sido definidos bajo el Orden de Prelación establecido líneas arriba, deberán presentar los documentos siguientes y según corresponda:

• Copia Certificada de la Partida de Matrimonio, en caso el solicitante de la cobertura sea el Cónyuge.
• Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Resolución Judicial de Unión de Hecho, o copia simple del Testimonio de Reconocimiento de Convivencia por vía notarial, en caso el solicitante de la cobertura sea el Conviviente del Asegurado.
• Copia Certificada de la Partida de Nacimiento, en caso el solicitante de la cobertura sea un hijo mayor de edad del Asegurado.

Si no hubiera ningún beneficiario bajo el orden de prelación indicado, los beneficiarios serán los Herederos Legales, y deberán presentar, adicionalmente, la Copia literal actualizada de la partida registral donde consta inscrita la sucesión intestada definitiva.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del Asegurado:

1. Original o 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 Nº232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez para la ITP por enfermedad. Se considera la fecha de ocurrencia del accidente para la ITP por accidente**.**
2. Copia simple del DNI del ASEGURADO.

<u>Consolidado de Primas</u>

Facturación: Mensual

Prima Comercial Plan XXX**:** **I.G.V:** **Prima Comercial Plan XXX + I.G.V**	**S/XX.XX** **S/0** **S/XX.XX**
La prima comercial total incluye cargos: De agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros ó Por la contratación de promotores de seguros ó Por la contratación de comercializadores * Prima Neta: S/XX.XX	**Montos** **S/0.00**
Las bonificaciones, premios u otros beneficios que pudieran otorgarse a los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, por la intermediación de la presente póliza de seguros, serán determinadas en base a las condiciones comerciales pactadas.	

RIMAC

Juntos todo es posible

INFORMACIÓN ADICIONAL

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

(i) LA ASEGURADORA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

(ii) En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

(iii) Las comunicaciones cursadas por los CONTRATANTES, ASEGURADOS o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA ASEGURADORA.

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

• Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si LA ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del Contrato de Seguro.
• El CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.

Lugar y fecha de emisión: Lima xx/xx/xxx

RIMAC SEGUROS

CONTRATANTE / ASEGURADO