

Vigencia del / / al / / de 12 a 12 Horas.

La vigencia de este seguro es anual
con renovación automática.

Póliza [Nombre de producto] Nro [número de póliza]

Código SBS:

Trámite No:

Operación:

Condiciones Particulares

Aseguradora : Rimac Seguros y Reaseguros

RUC : 20100041953

Dirección : Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro,
Lima

Página web : www.rimac.com.pe

Teléfono : 411-3000

Contratante :

DNI :

Dirección :

Distrito :

Teléfono :

Correo :

Electrónico

Representante Legal :

Comercializador / Corredor

Nombre :

R.U.C. :

Dirección :

Teléfono :

Código Corredor :

Moneda:

Materia de seguro

Esta póliza otorga coberturas de asistencia médica de acuerdo con las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Endosos, los cuales conforman la Póliza de Seguro.

Principales Exclusiones:

- Las Enfermedades Preexistentes, sus riesgos asociados, y los riesgos asociados a las condiciones declaradas en la Declaración Personal de Salud, los cuales se detallarán en el presente documento o en los Endosos de la Póliza.
- Las enfermedades o condiciones médicas diagnosticadas durante el Período de Carencia.

Relación de Asegurados

Plan:

Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad	Fecha de Ingreso	C	Prima Comercial

C = Continuidad de Carencia y Período de Espera de 10 meses para diagnósticos especificados en el Condicionado General. Para período de espera de maternidad, enfermedades congénitas y trasplantes, aplican condiciones del Condicionado General.

S= Si, N= No

Periodos de Espera

- Maternidad: __ días.
- Enf. Cardiovasculares Y Dislipidemias: __ días. Tumoraciones Benignas: __ días. Hipo E Hipertiroidismo: __ días. Diabetes Mellitus: __ días. Transtornos De Utero, Anexos Y Mamas, Excepto Infe: __ días. Enfermedad Cerebrovascular: __ días. Catarata, Glaucoma Y Pterigion: __ días. Hemorroides: __ días. Extraccion De Amigdalas O Adenoides: __ días. Hernias: __ días. Calculos De La Vesicula Y Vias Biliares: __ días. Cirrosis Hepatica: __ días. Artroscopia, Artrosis, Artritis Y Meniscopatia, Ex: __ días. Enf. De La Columna Vertebral: __ días. Calculos De Las Vias Urinarias: __ días. Transtorno De La Prostata: __ días. Enfermedades De La Glandula De Bartholin: __ días.
- Odontologia: __ días.

Los periodos de espera antes indicados aplican únicamente si es que corresponden a las coberturas contratadas y forman parte de la presente Póliza de Seguro. Además, rigen a partir del inicio de vigencia de la afiliación por cada asegurado y se encuentran expresados en días calendarios.

Primas por Conformación (Medios de pago según consolidado de primas)

Plan	Conformación	Cantidad	Prima Comercial	Comercial +IGV

TCEA: Tasa de Costo Efectivo aplicable a la prima fraccionada: 0.00 %

Consolidado de Primas

Facturación: Toda La Vigencia

Prima Comercial

I.G.V.

Prima Comercial + IGV S/.

Prima Comercial + IGV no incluye intereses de financiamiento

La prima comercial total incluye cargos:

Montos S/

De agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros ó

Por la contratación de promotores de seguros ó

0.00

Por la contratación de comercializadores

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.

* Prima Neta: Prima Comercial sin Gastos de Emisión



Cronograma, lugar y forma de pago de la prima

N°	Tipo	Cuota de Prima Comercial (IncluyeTCEA e IGV)	Inicio Vigencia	Fin Vigencia	Fecha de Vencimiento	Documento
1	LQ					

Relación de asegurados con condiciones especiales

Las siguientes preexistencias, riesgos asociados a las preexistencias y riesgos asociados a los antecedentes médicos personales y familiares no gozarán de cobertura, salvo se indique lo contrario en las Observaciones Generales para la presente póliza.

Apellidos y Nombres	Parentesco

Preexistencias

Preexistencias	Observación

Exclusiones

Preexistencias	Exclusión (riesgos asociados a la preexistencia)	Observaciones Generales

El cálculo del monto que reciban los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros se realizará sobre la prima neta.

En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no hacer uso de los servicios de 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.

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.

Lima, de de

RIMAC SEGUROS

CONTRATANTE / ASEGURADO