

Código SBS: VI0507410063 Soles
 Código SBS: VI0507420064 Dólares
 Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

**SEGURO DE DESGRAVAMEN FINANCIERA PROEMPRESA
 SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO N° _____.**

N° PÓLIZA _____ Soles N° PÓLIZA _____ Dólares

DATOS DEL ASEGURADO (TITULAR DEL CRÉDITO)

Nombre y Apellidos:		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:	Teléfono:	
Dirección:		
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Correo Electrónico:	Tipo y N° de Documento:	
Relación con el contratante: Crediticia, mantiene saldos deudores con el CONTRATANTE.		

DATOS DEL CÓNYUGE / CONVIVIENTE (Completar sólo en caso que se haya afiliado al seguro de Desgravamen al cónyuge y se esté pagando la prima adicional correspondiente a su cobertura).

Nombre y Apellidos:		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:	Teléfono:	
Dirección:		
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Correo Electrónico:	Tipo y N° de Documento:	
Relación con el contratante: Crediticia, mantiene saldos deudores con el CONTRATANTE.		

VIGENCIA DEL SEGURO

Inicio de Vigencia: Fecha de Desembolso del Crédito.
 Fin de Vigencia: Fecha en que el ASEGURADO cancele la totalidad del crédito otorgado por el CONTRATANTE o al término de la anualidad de la vigencia en la cual el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.

DATOS DEL BENEFICIARIO (Monto Inicial)

En caso de fallecimiento del asegurado y de existir saldo a favor, los beneficiarios adicionales serán los siguientes:

Herederos Legales Otros

En caso de marcar la opción "Otros" detallar los datos a continuación.

Nombres y Apellidos	Tipo y N° de Documento	Relación con el ASEGURADO	% de participación en el Beneficio

DATOS DEL CRÉDITO

Tipo Préstamo:	Moneda: Soles <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	Importe Préstamo:
Deuda Actual (cúmulos):	Plazo:	Modalidad: Saldo Insoluto <input type="checkbox"/> Monto Inicial <input type="checkbox"/>

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD
 (Completar para Créditos o Cúmulos superiores a S/ 40,000 o su equivalente en moneda extranjera).**

Datos del Titular:		
Peso: kg.	Talla: cm.	Profesión:
Datos del Cónyuge (solo si es mancomunado):		
Peso: kg.	Talla: cm.	
Declaración personal de salud:	Titular	Cónyuge
1. ¿Fuma 5 cigarrillos o más diarios? En caso de responder "sí" indicar el número de cigarrillos al día: _____	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Declaración personal de salud:	Titular	Cónyuge
2. ¿Consumes bebidas alcohólicas diariamente?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Padeces o has padecido, recibes o has recibido tratamiento médico ambulatorio y/o hospitalario, estás tomando algún medicamento, te encuentras en proceso de estudios del diagnóstico de alguna enfermedad, tienes conocimiento de requerir tratamiento por enfermedades neurológicas, cardiovasculares, respiratorias, reumáticas, tumorales, cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus, endocrinológicas, abdominales (gastroenterológicas), hepatitis, meningitis, gineco obstétricas, renales, urinarias, parálisis, enfermedades infecto contagiosas (VIH/SIDA, hepatitis, TBC), alcoholismo o drogadicción, secuelas de accidentes, enfermedades mentales, ostearticulares, musculares u otra enfermedad no mencionada?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Has recibido revisión médica preventiva, te has practicado algún examen por chequeo te encuentras en proceso de estudios o diagnóstico de alguna enfermedad?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene algún defecto físico congénito o adquirido?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Te encuentras embarazada? Indica mes de gestación?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

En caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas, debe detallar su respuesta en el siguiente recuadro:

Preg.	Enfermedades Padecidas	T	C	Fecha	Duración	Médico/Clínica Tratante	Estado Actual

*** T = TITULAR C = CÓNYUGE**

Cualquier respuesta afirmativa de los solicitantes debe acompañarse de una completa información al respecto y se deberá entender que solo es una Solicitud de Seguro que está sujeta a evaluación por parte de la ASEGURADORA. Ejemplos: Fecha, severidad, tratamiento, nro. de ataques y fecha del último si hubo, nombre del médico tratante, hospital o clínica, etc.

El otorgamiento de la copia de este documento, en caso se cumpla con la condición indicada en el párrafo anterior, no deberá entenderse como la aceptación del riesgo por parte de la ASEGURADORA hasta que ésta última se pronuncie formalmente mediante el envío de una comunicación por medio de carta de aceptación del área de suscripción de la ASEGURADORA.

LEY 29733 – LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO

Al firmar este documento doy mi consentimiento a Rimac Seguros y Reaseguros para (i) el tratamiento y transferencia de mis datos personales, (ii) que los incluya en su banco de datos, (iii) los trate con la finalidad de gestionar y manejar la contratación de seguros, remitir información o publicidad sobre productos y servicios que pudieran ser de mi interés y evaluar la calidad del servicio y (iv) transferir mis datos, con las mismas finalidades, a miembros del Grupo Económico de Rimac y/o terceros con los que ésta tenga una relación contractual. Tengo conocimiento que de no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de Rimac Seguros y Reaseguros y que como titular de la información estoy facultado a ejercitar los derechos que la Ley N° 29733 me confiere, mediante comunicación dirigida a Rimac Seguros y Reaseguros.

En caso de marcar "No Acepto" Rimac Seguros solo utilizará sus Datos Personales para cumplir con sus obligaciones relacionadas al otorgamiento de la cobertura de esta Póliza, y demás actividades relacionadas a ella.

Acepto No Acepto

Los solicitantes declaran, mediante la suscripción de este documento, que la información brindada es exacta y que nada han ocultado, omitido o disimulado y que se da por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la ASEGURADORA y que una declaración falsa y reticencia de parte de los Solicitantes implicarían la nulidad de la Póliza de Seguro. Asimismo, los Solicitantes autorizan expresamente a que, cualquier médico u otra persona que los hubiesen reconocido y/o asistido en sus dolencias, revelen a la ASEGURADORA, todos los datos y/o antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarles sus servicios.

La presente Solicitud-Certificado de Seguro consta de 13 páginas, las cuales el ASEGURADO declara haber recibido y aceptado, suscribiendo el presente documento en señal de conformidad de recepción.

Lugar y fecha de emisión: _____ de _____ de _____



RICHARD MAURICCI GARRIDO
Vicepresidente
División Seguros Personales

ASEGURADO

CÓNYUGE

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros.	RUC: 20100041953
Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima.	Teléfono: 411-3000 / Fax: 421-0555
Página Web: www.rimac.com.pe	

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: FINANCIERA PROEMPRESA SA.	RUC: 20348067053
Dirección: Av. Aviación N° 2431, San Borja.	Teléfono: 625 - 8080
Página Web: www.proempresa.com.pe	

DATOS DEL BENEFICIARIO

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente por accidente o por enfermedad del ASEGURADO, la ASEGURADORA indemnizará el Saldo Insoluto del Crédito al CONTRATANTE, como único BENEFICIARIO. Si la modalidad del Seguro de Desgravamen es a Monto Inicial, los BENEFICIARIOS serán el CONTRATANTE por el Monto del Saldo Insoluto del crédito, y la diferencia existente entre el Monto Inicial y el Saldo Insoluto de la deuda corresponderá a los BENEFICIARIOS que el ASEGURADO haya indicado en Datos del Beneficiario.

En caso que los BENEFICIARIOS sean menores de edad bastará con señalar el nombre, apellidos completos y documento de identidad. En caso 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.

INTERÉS ASEGURADO

Cancelación de la suma asegurada (Saldo Insoluto o Monto inicial) en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.

RIESGOS CUBIERTOS

MUERTE NATURAL: Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado en el caso de muerte accidental.

MUERTE ACCIDENTAL: Fin de la vida del ASEGURADO, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE: Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Accidente, el hecho que el ASEGURADO antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual (no se considera factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Accidente. En caso de Accidente se considerará configurada la Invalidez Total y Permanente por Accidente cuando se presenten las situaciones previstas a continuación:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
 - Lesión incurable de la médula espinal que determinase la invalidez total y permanente.
 - Pérdida total de la visión bilateral.
 - Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de los dos brazos o de ambas manos.
 - Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de las dos piernas o de ambos pies.
 - Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.
 - Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.
- Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembros lesionados.

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones, constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del ASEGURADO.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD: Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Enfermedad, el hecho que el ASEGURADO antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual (no se considera factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

Determinación de la invalidez: Corresponde al ASEGURADO dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la ASEGURADORA los antecedentes que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la ASEGURADORA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

COBERTURAS ADICIONALES:

MUERTE EN ACCIDENTE AÉREO: Fin de la vida del ASEGURADO, ocurrido como pasajero en una empresa de transporte aéreo comercial.

DESAMPARO FAMILIAR SÚBITO: Fin de la Vida del Titular y su Cónyuge/Conviviente en un mismo evento fortuito.

PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA PARA MENORES DE EDAD: Si el Asegurado y el Cónyuge se encuentran asegurado bajo la presente póliza y fallecieran a consecuencia de un mismo accidente de tránsito en un plazo máximo de 72 horas contadas desde la ocurrencia del primer fallecimiento y existieran hijos menores de 18 años o mayores de edad discapacitado, estos recibirá proporcionalmente una indemnización de S/ 7,500.00 soles.

COBERTURA DEL SEGURO

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s)*
Muerte Natural	Suma Asegurada Máxima: S/ 400,000 o su equivalente en moneda extranjera.
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	
Cobertura(s) Adicional(es)	Suma(s) Asegurada(s)*
Indemnización adicional Muerte en Accidente Aéreo	S/ 15,000
Desamparo Familiar Súbito	S/ 20,000
Prestación Extraordinaria para menores de edad	S/ 7,500

*** Detalle:**

- Para créditos desembolsados por montos hasta o iguales a S/ 5,000 o US\$ 1,470, la suma asegurada será el monto desembolsado (Monto Inicial).
- Para créditos desembolsados por montos superiores a S/ 5,000 o US\$ 1,470, la suma asegurada será el saldo insoluto.
- Para créditos mayores a S/ 5,000 o \$ 1,470 o menor igual a S/ 20,000 o \$ 5,880 el asegurado podrá optar de manera voluntaria contratar el seguro de desgravamen a Monto Inicial.
- Suma asegurada máxima especial a partir de los 76 años hasta los 81 años y 364 días: S/30,000 o su equivalente en moneda extranjera.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales y/o personas naturales con negocio que sean incorporados como tal en la Póliza, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente edades:

- * Edad mínima Ingreso: 18 años.
- * Edad máxima de Ingreso: 81 años y 364 días.
- * Edad máxima de permanencia: 83 años y 364 días.

Requisitos de Asegurabilidad:

Los ASEGURADOS con créditos desembolsados menores o iguales a S/ 40,000 no requieren el llenado de Declaración Personal de Salud (DPS), salvo que el ASEGURADO tenga un crédito anterior vigente y la suma de ambos supere los S/ 40,000 (Cúmulos).

Los ASEGURADOS con créditos superiores a S/ 40,000 hasta S/ 400,00 deberán completar la Declaración personal del Salud. Adicionalmente, LA COMPAÑÍA podrá solicitar mayor información (incluye exámenes médicos) o que el Asegurado complete cuestionarios adicionales en caso de riesgo por deportes o actividad profesional.

Para créditos mancomunados, todos los titulares del mismo deberán cumplir con estas mismas exigencias.

Escala de Exámenes Médicos:

Hasta 41 años y 364 días.	Hasta S/ 40,000	Sin DPS
	De S/ 40,001 a S/ 400,000	Con DPS
Desde 42 años de edad Hasta 51 años y 364 días.	Hasta S/ 40,000	Sin DPS
	De S/ 40,001 a S/ 400,000	Con DPS
Desde 52 años de edad Hasta 75 años y 364 días.	Hasta S/ 40,000	Sin DPS
	De S/ 40,001 a S/ 400,000	Con DPS
Desde 76 años de edad Hasta 81 años y 364 días.	Hasta S/ 30,000	Sin DPS

DPS: Declaración Personal de Salud

AVISO DE CONDICIONES DE CONTRATACIÓN DE SEGURO DE DESGRAVAMEN La activación de la cobertura del Certificado de Seguro de Desgravamen de Financiera Proempresa, está condicionada a que la compañía aseguradora apruebe el riesgo, luego de la evaluación de la correspondiente Declaración Personal de Salud y/o exámenes médicos requeridos al potencial asegurado, requeridos en su oportunidad. En virtud de lo antes indicado, en caso que, luego de la evaluación de los documentos citados en el párrafo precedente por parte de la compañía aseguradora, se produce el rechazo del riesgo, el correspondiente Certificado de Seguro y/o formularios contractuales relacionados a la Solicitud de Seguro entregados al potencial asegurado son nulos, es decir, nunca surtirán efectos legales. No obstante, es necesario indicar que el potencial asegurado, podrá contratar directamente un seguro de vida con cualquier compañía de seguros, para así, endosar sus derechos indemnizatorios a Financiera Proempresa. Esta Póliza de Seguro de Vida deberá contar con las mismas condiciones del seguro ofrecido directamente por Financiera Proempresa, conforme lo informado en la página web www.proempresa.com.pe. El endoso de la póliza a favor de Financiera Proempresa se deberá realizar en el plazo de cinco (05) días posteriores a su contratación, a efecto de proceder a su inmediato registro y vinculación.

EXCLUSIONES

La Compañía estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento o invalidez del (os) ASEGURADO (s) ocurra en las siguientes circunstancias:

- Situaciones y/o condiciones médicas pre-existentes al inicio del presente seguro.
- Suicidio dentro de los dos (2) primeros años de vigencia del seguro o de cualquier rehabilitación.
- Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o Usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, tumulto popular, conmoción civil, daño Malicioso, vandalismo y terrorismo.
- Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a Itinerario.
- Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la ASEGURADORA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la Extra prima correspondiente.
- Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o Heredero.
- Realización de alguna de las siguientes actividades o deportes riesgosos: inmersión submarina, artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la ASEGURADORA en las Condiciones

Particulares de la Póliza o en el Certificado de Seguro, previo pago de la extra prima correspondiente.

- j) Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Para esto se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5gr/lit de alcohol en la sangre, según dosaje etílico y si dicho estado guarda relación con el fallecimiento.

DEDUCIBLES/FRANQUICIAS O SIMILARES

No Aplica

PRIMA

La prima mensual del Seguro de Desgravamen será la resultante de aplicar la tasa comercial total mensual establecida en las condiciones particulares de la Póliza sobre el saldo insoluto o monto inicial (según sea el caso) de cada uno de los créditos cubiertos por la Póliza. El saldo insoluto será determinado por las declaraciones mensuales que efectúe el CONTRATANTE.

Prima Comercial y Forma de Pago:

El monto de la prima comercial será cancelada de forma mensual y se obtendrá aplicando una prima o tasa comercial total, sobre el importe del préstamo o el saldo insoluto de la deuda según el detalle siguiente:

MONTOS DE DESEMBOLSO HASTA S/ 5,000.00 - Calculado sobre el Monto Desembolsado		
Monto de Crédito (S/)	Tasa Comercial Mensual	
	Individual	Mancomunado
Hasta S/ 560.00		S/ 0.50
Mayor a S/ 560.00 - S/ 5,000.00		0.090%
Hasta S/ 670.00	S/ 0.50	
Mayor a S/ 670.00 - S/ 5,000.00	0.075%	
MONTOS DE DESEMBOLSO SUPERIORES A S/ 5,000.00 - Calculado sobre el Saldo Insoluto		
Monto de Crédito (S/)	Tasa Comercial Mensual	
	Individual	Mancomunado
Hasta S/ 560.00		S/ 0.50
Mayor a S/ 560.00		0.090%
Hasta S/ 670.00	S/ 0.50	
Mayor a S/ 670.00	0.075%	
MONTOS DE DESEMBOLSO IGUALES O MAYORES A S/ 5,000.00 HASTA S/ 20,000.00 (OPCIONAL) - Calculado sobre el Monto Inicial o Saldo Insoluto		
Monto de Crédito (S/)	Tasa Comercial Mensual	
	Individual	Mancomunado
Mayor a S/ 5,000.00 hasta S/ 20,000.00	0.075%	0.090%
CARGOS POR LA COMERCIALIZACIÓN DE BANCA SEGUROS	Sesenta y seis punto cincuenta y tres por ciento de la prima comercial cliente.	Cincuenta y cinco por ciento de la prima comercial cliente.

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Mensualmente todas las primas deberán pagarse por intermedio del CONTRATANTE a la ASEGURADORA, sin necesidad de requerimiento previo.

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 de manera cierta 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.

La COMPAÑÍA no es responsable por los Sinistros 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 el Certificado de Seguro, durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO 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 el Certificado de Seguro.

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 Certificado 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 el Certificado de Seguro.

REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA

Una vez producida la suspensión de la cobertura del Certificado de Seguro, y siempre que la COMPAÑÍA no haya expresado su decisión de resolver el Certificado de Seguro y que el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá optar por rehabilitar la cobertura de dicho Certificado de Seguro, previo pago de la totalidad de las Primas impagas, los intereses pactados por su fraccionamiento, los impuestos y, en caso de que 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 Sinistro alguno ocurrido durante el periodo de cobertura suspendido.

RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA POR PARTE DEL CONTRATANTE

Se podrá resolver el contrato por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA POR PARTE DEL ASEGURADO

Se podrá resolver el certificado por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, 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 ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia 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 ASEGURADORA. 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 ASEGURADORA 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.

AVISO DE SINIESTRO

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda. 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 ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, descritos en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

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

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

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 ASEGURADORA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

SOLICITUD DE COBERTURA

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado o certificado de seguros) los siguientes documentos:

Muerte Natural:

Para cúmulos menores o iguales a S/ 17,500.00 soles o su equivalente en moneda extranjera:

- Certificado de Seguro firmado por el Asegurado.
- Copia simple del DNI del asegurado.
- Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción.
- Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro que debe ser proporcionado por Financiera Proempresa.

Para cúmulos mayores a S/ 17,500.00 soles o su equivalente en moneda extranjera:

- Historia Clínica e Informes médicos adicionales y/o ampliatorios en caso de ser requeridos por LA COMPAÑÍA.
- Solicitud de DPS (a partir de créditos o cúmulos mayores a S/ 40,000.00 soles o su equivalente en moneda extranjera).

Muerte Accidental:

Para cúmulos menores o iguales a S/ 17,500.00 soles o su equivalente en moneda extranjera:

- Certificado de Seguro firmado por el Asegurado.
- Copia simple del DNI del asegurado.
- Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción.
- Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro que debe ser proporcionado por Financiera Proempresa.

Para cúmulos mayores a S/ 17,500.00 soles o su equivalente en moneda extranjera:

- Copia simple del parte y atestado policial.
- Certificado y protocolo de necropsia.
- Resultado de examen toxicológico, siempre y cuando se haya realizado.
- Solicitud de DPS (a partir de créditos o cúmulos mayores a S/ 40,000.00 soles o su equivalente en moneda extranjera).
- Dosaje etílico realizado al ASEGURADO en caso de accidente de tránsito, solo cuando el asegurado sea el conductor. En los demás casos, cuando los documentos y/o circunstancias del accidente demuestren que se haya tomado.

Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Para cúmulos menores o iguales a S/ 17,500.00 soles o su equivalente en moneda extranjera:

- Certificado de Seguro firmado por el Asegurado.
- Copia simple del DNI del asegurado.
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitido por MINSA, ESSALUD o EPS.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro que debe ser proporcionado por Financiera Proempresa.

Para cúmulos mayores a S/ 17,500.00 soles o su equivalente en moneda extranjera:

- Resultado del examen toxicológico, siempre y cuando se haya realizado.
- Solicitud de DPS (a partir de créditos o cúmulos mayores a S/ 40,000.00 soles o su equivalente en moneda extranjera).
- Dosaje etílico realizado al ASEGURADO en caso de accidente de tránsito, solo cuando el asegurado sea el conductor. En los demás casos, cuando los documentos y/o circunstancias del accidente demuestren que se haya tomado.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

Para cúmulos menores o iguales a S/ 17,500.00 soles o su equivalente en moneda extranjera:

- Certificado de Seguro firmado por el Asegurado
- Copia simple del DNI del asegurado.
- Certificado de Invalidez Total y Permanente a causa de accidente, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, AFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación).
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro que debe ser proporcionado por Financiera Proempresa.

Para cúmulos mayores a S/ 17,500.00 soles o su equivalente en moneda extranjera:

- Historia Clínica e Informes médicos adicionales y/o ampliatorios en caso de ser requeridos por LA COMPAÑÍA.
- Solicitud de DPS (a partir de créditos o cúmulos mayores a S/ 40,000.00 soles o su equivalente en moneda extranjera).

Indemnización Adicional por Muerte en Accidente Aéreo:

- Copia Certificada del Acta o Partida de Defunción expedido por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de defunción.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento) y de todos sus Beneficiarios (en caso de Beneficiarios menores de edad, si es que no cuentan con DNI se solicitará la partida de nacimiento). La presentación de los documentos de identidad de los Beneficiarios solo aplica para modalidad de cobertura sobre monto inicial del crédito.
- Declaración Jurada de Domicilio con firma legalizada notarialmente a fin de poder abrir la Cuenta de ahorros si hubieran Beneficiarios menores de edad.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Atestado policial completo, en caso de haberse realizado.
- Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado.

Desamparo Familiar Súbito:

- Copia Certificada del Acta o Partida de Defunción expedido por RENIEC del Asegurado y su cónyuge.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de defunción del Asegurado y su cónyuge.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado y su cónyuge (en caso se cuente con dicho documento) y de todos sus Beneficiarios (en caso de Beneficiarios menores de edad, si es que no cuentan con DNI se solicitará la partida de nacimiento).
- Copia Certificada del Acta de Matrimonio del Asegurado y su cónyuge.
- Declaración Jurada de Domicilio con firma legalizada notarialmente a fin de poder abrir la Cuenta de ahorros si hubieran Beneficiarios menores de edad.
- Atestado policial completo, en caso de haberse realizado.
- Protocolo de Necropsia completo del Asegurado y su cónyuge, en caso de haberse realizado.

- Análisis toxicológico del Asegurado y su cónyuge con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.
- Dosaje etílico del Asegurado y su cónyuge en caso de tratarse de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

Prestación Extraordinaria Para Menores de Edad:

- Copia Certificada del Acta o Partida de Defunción expedido por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de defunción.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado y su cónyuge (en caso se cuente con dicho documento) y de todos sus Beneficiarios (en caso de Beneficiarios menores de edad, si es que no cuentan con DNI se solicitará la partida de nacimiento).
- Declaración Jurada de Domicilio con firma legalizada notarialmente a fin de poder abrir la Cuenta de ahorros si hubieran Beneficiarios menores de edad.
- Atestado policial completo, en caso de haberse realizado.
- Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado.
- Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.
- Dosaje etílico, en caso de haberse realizado.

Autorización para acceder a Historia Clínica: El cliente asegurado autoriza expresamente a la compañía, en los casos de fallecimiento e invalidez total y permanente a causa de accidente y/o enfermedad a obtener y acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

La aseguradora empleará su red de auditoría médica, sobre esta autorización, actuando pro-activamente en facilitar y/o agilizar la satisfacción de los documentos necesarios para la liquidación.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y/o desaparición forzosa y partida de defunción. Desaparición forzosa: situación en la que el juez emite un acta de defunción, cuando el hecho es sumario. Sin embargo en situaciones evidentes o de conocimiento público, caso a caso, la CÍA podría adelantar la indemnización sin esperar las figuras legales antes mencionadas.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCIÓN OFICIAL del mismo.

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.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir al o los Beneficiario(s) cualquier documento o información adicional en original o copia legalizada, en caso las circunstancias específicas así lo ameriten.

PAGO DE SINIESTRO

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO o BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse respecto de la procedencia del siniestro, hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que la ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo al que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la ASEGURADORA para consentir o rechazar el siniestro.

Cuando la ASEGURADORA 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, podrá solicitar al ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la ASEGURADORA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarle al ASEGURADO o BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al ASEGURADO o BENEFICIARIO O HEREDERO, según corresponda, en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por el CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO a la ASEGURADORA en los Centros de Atención al Cliente:

Oficina Principal: Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima.

Plataformas de Atención al Cliente:

Lima: Av. Paseo de la República 3505, San Isidro.
Av. Paseo de la República 3082, San Isidro.
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.

Trujillo: Av. América Oeste N° 750 Locales A-1004 y A-1006 – Mall Aventura Plaza – Urb. El Ingenio.
Telf. (044)-485200

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

Cusco: Calle Humberto Vidal Unda G-5, Urb. Magisterial, 2da. Etapa Cusco.
Telf. (084)-229990 / (084)-227041

Chiclayo: Av. Salaverry 560, Urb. Patazca.
Telf. (074)- 481400

Piura: Calle Libertad 450.
Telf. (073)-284900

Huancayo: Jr. Áncash 125, Huancayo.
Telf. (064)-223233

MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA 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.

Escrito: Mediante carta dirigida a Rimac Seguros o a través de la página web o correo electrónico.

Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-3000

Correo Electrónico: reclamos@rimac.com.pe

Página Web: www.rimac.com.pe

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 ASEGURADORA 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 Teléfono: (01) 446-9158 LIMA: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro.
Indecopi:	www.indecopi.gob.pe Teléfono: (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 y Seguros y AFP (SBS), solo para consultas y/o denuncias:	www.sbs.gob.pe LIMA: Los Laureles 214, San Isidro. Teléfono: (511) 630-9000 Fax: (511) 630-9239 AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau. Consultas y Denuncias: 0800-10840 (511) 630-9000 y 200-1930

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. La ASEGURADORA 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 Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 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.
- 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 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 al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.

AUTORIZACIÓN DE ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO

Autorizo para que la Póliza de Seguro que solicito sea remitida a la dirección de correo electrónico aquí consignada. Asimismo, declaro conocer y aceptar que:

- La "Póliza de Seguro" comprende los documentos que forman parte de ella, así como cualquier comunicación relacionada a ella de cualquier índole.
- La Póliza de Seguro será enviada por correo electrónico: (i) Incluyendo un link donde podré visualizar la Póliza en PDF o un documento adjunto en PDF o (ii) Direccionándome a la parte privada de la web www.rimac.com.pe, donde crearé mi usuario y contraseña para el ingreso.
- Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
- La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un certificado digital (firma digital).
- La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.

6. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente son las ventajas de este procedimiento.
7. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo.

CONSIDERACIONES BÁSICAS

En caso no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o a la Central Aló RIMAC 411-1111. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, archivos y links adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de “no deseados”), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a atencionalcliente@rimac.com.pe.

La ASEGURADORA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia. 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.