

SOLICITUD – CERTIFICADO SEGURO DE DESGRAVAMEN PREMIER Y DESGRAVAMEN PREMIER CON DEVOLUCION FINANCIERA PROEMPRESA

Desgravamen Premier, Código SBS: VI0507400419
Desgravamen Premier con Devolución, Código SBS: VI0507400441
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
Marcar con una X el crédito elegido.

Desgravamen Premier N° PÓLIZA 8777500001 SOLES
 Desgravamen Premier N° PÓLIZA 8777500002 DÓLARES AMERICANOS
 Desgravamen Premier con Devolución N° PÓLIZA 8777500001 SOLES
 Desgravamen Premier con Devolución N° PÓLIZA 8777500002 DÓLARES AMERICANOS

El presente seguro presenta cargas y obligaciones a cargo del Asegurado, cuyo incumplimiento podría acarrear la pérdida de derechos indemnizatorios.

MODALIDAD DE COBERTURA: SALDO INSOLUTO

MONEDA	FECHA DE EMISIÓN	INICIO DEL SEGURO
DEUDA TOTAL (CÚMULO)	VALOR TOTAL ASEGURADO	PLAZO

Desgravamen Premier

La vigencia es mensual de renovación automática, y su fin de vigencia será como máximo hasta la fecha de cancelación del crédito o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero. Adicionalmente, la vigencia del Certificado de seguro culminará en caso de que la póliza matriz del seguro de Desgravamen contratado por Financiera Proempresa a Rimac Seguros, llegue a su fin de vigencia o sea resuelta.

Desgravamen Premier con devolución

La fecha de inicio de vigencia de los certificados de seguro es la fecha en que el CONTRATANTE realiza el desembolso del crédito al ASEGURADO y se mantendrá vigente como máximo hasta la fecha de cancelación del crédito o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero. Adicionalmente, la vigencia del Certificado de seguro culminará en caso la póliza matriz del seguro de Desgravamen contratado por Financiera Proempresa a Rimac Seguros, llegue a su fin de vigencia o sea resuelta.

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre y Apellido	N° Documento	Fecha de Nacimiento:
Sexo:	Correo electrónico:	Estado Civil:
Teléfono:	Dirección:	

Relación con el CONTRATANTE: Económica

DATOS DEL ASEGURADO CÓNYUGE (solo aplica en caso de contratación de seguro de desgravamen conyugal)

Nombre y Apellido	N° Documento	Fecha de Nacimiento:
Sexo:	Correo electrónico:	Estado Civil:
Teléfono:	Dirección:	

Relación con el CONTRATANTE: Económica

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

Contratante: Financiera Proempresa **RUC:** 20348067053 **Página Web:**
Dirección: Av. Aviación 2431, San Borja, Lima **Teléfono:** (01) 6258080

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros **RUC:** 20100041953 **Dirección:** Las Begonias
475, Piso 3, San Isidro, Lima **Teléfono / Fax:** 411-1000 / 421-0555 **Página Web:** www.rimac.com
Correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe

RESUMEN DE LAS COBERTURAS

La Suma asegurada Máxima para las coberturas de Muerte e Invalidez: Hasta S/. 400,000 soles o US\$ 105,000 dólares. Para todos los créditos, la suma asegurada será el saldo insoluto del crédito que EL ASEGURADO adeude a EL CONTRATANTE, a la fecha del fallecimiento y/o invalidez total y permanente, de acuerdo al cronograma de pagos preestablecido. Si EL ASEGURADO tiene dos o más líneas de créditos aseguradas bajo la presente póliza, LA ASEGURADORA de Seguros en caso de siniestros sólo indemnizará hasta S/. 400,000 o US\$ 105,000 dólares por todas las líneas de créditos incluyendo cúmulos. Desde los 76 años cumplidos hasta los 82 años menos 1 día, la suma asegurada máxima será de S/.30,000 o US\$ 8,000 dólares.

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO

Saldo Insoluto: La suma asegurada será el equivalente al saldo insoluto del crédito que el asegurado adeude al contratante a la fecha del fallecimiento y/o invalidez total y permanente, de acuerdo con el cronograma de pagos preestablecidos. No se consideran intereses, moras y otros gastos.

DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS

Cobertura de Fallecimiento por muerte natural y muerte accidental:

Si se produjera tu fallecimiento por cualquier causa que no esté excluida en tu póliza de seguro, LA ASEGURADORA indemnizará al Beneficiario, de acuerdo con las condiciones, coberturas y límites contratados.

Cobertura de Invalidez total y permanente por enfermedad:

En caso de Invalidez Total y Permanente de EL ASEGURADO, que surja como consecuencia de una enfermedad diagnosticada dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, LA ASEGURADORA –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro, de acuerdo con lo siguiente:

Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente de EL 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.

Cobertura 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 ASEGURADORA –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza 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.

Devolución de primas por Supervivencia de Asegurado (Aplicar solo para el Desgravamen Premier con Devolución)

En caso la vigencia de la presente Póliza de Seguro culmine, y no se haya producido el fallecimiento del Asegurado durante su vigencia activa, la Aseguradora otorgará como cobertura de supervivencia al Asegurado, el porcentaje de la totalidad de las primas pagadas (descontando los impuestos en caso aplique), señalado en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

La presente cobertura se otorgará siempre y cuando concurren los siguientes requisitos detallados a continuación:

- La póliza se mantenga vigente hasta la fecha de término original de su crédito en las Condiciones Particulares;
- Solo se tendrá esta cobertura si es que las primas de la Póliza de Seguro se han pagado completamente durante el periodo de vigencia inicialmente pactado;

Consideraciones para el seguro con Devolución de primas por Supervivencia del Asegurado:

- La devolución aplica siempre que la póliza tenga una vigencia mayor a 2 años
- Se paga 10% de devolución sobre el total de las primas pagadas, descontando IGV
- Para proceder con la devolución se debe cumplir con las siguientes condiciones obligatoriamente: póliza culminó vigencia bajo las mismas condiciones originales contratadas (plazo, cronograma de pago de primas, coberturas, fecha fin de vigencia de la póliza, entre otros) cuando se solicitó el seguro, además que todas las primas fueron declaradas y pagadas y procesadas en sistema Rimac
- No tiene préstamo ni saldado

En caso este seguro se resuelva o termine anticipadamente a su fin de vigencia como consecuencia de (i) Resolución sin expresión de causa invocada por el Asegurado; (ii) Cancelación anticipada del crédito otorgado por EL COMERCIALIZADOR; (iii) Resolución o Extinción del Certificado de Seguro por incumplimiento de pago de primas; (iv) Solicitud de cambio de producto de desgravamen premier (sin la cobertura de devolución), entre otros, la Cobertura de Supervivencia queda automáticamente sin efecto, por lo que LA ASEGURADORA no será responsable del pago de todo o en parte de indemnización alguna.

- Derecho de Rescate**
Para ejercer el Derecho de Rescate indicado en las Condiciones Particulares de tu póliza se deberán cumplir las siguientes condiciones:
 - Haber transcurrido el período mínimo de vigencia de la póliza de seguros (el cual no podrá ser menor a dos años)
 - Tu póliza debe estar vigente al momento de la solicitud del rescate.
 - Deberás estar al día en el pago de tus primas

En caso de que el presente Certificado de Seguro sea resuelto por cualquier causa, ya sea por voluntad del Asegurado, o por extinción del interés asegurable (cancelación anticipada del crédito), el Asegurado tendrá derecho de rescatar el 1% de la totalidad de las primas efectivamente pagadas (descontando los impuestos que correspondan).

Importante: Este derecho no será aplicable en caso de que el Certificado de Seguro se haya extinguido o resuelto como consecuencia del incumplimiento de pago de la prima por parte del Asegurado.

Ten en cuenta que desde la fecha en que solicites el rescate, la vigencia de tu Póliza de Seguro culminará de manera automática y perderás los beneficios de todas tus coberturas (Fallecimiento, Invalidez y Supervivencias).

PRIMA

La prima mensual del Seguro de Desgravamen será la resultante de aplicar la tasa mensual establecida en las condiciones particulares de la Póliza sobre el saldo deudor de cada uno de los créditos cubiertos por la Póliza. La Prima Neta será determinada por las declaraciones mensuales que efectúe el CONTRATANTE.

	Desgravamen Premier	Desgravamen Premier con Devolución
Com. Comercialización	41.936%	29.428%
Tasa Comercial Cliente (por mil) Titular	0.75 ‰	0.7928 ‰
Tasa Comercial Cliente (por mil) Titular + Cónyuge	0.9000 ‰	1.5856 ‰

Ejemplo de cálculo de la prima comercial cliente: Si es que el saldo insoluto del crédito es S/ 1,000 y la tasa comercial según la modalidad elegida es de 0.075 %, tu prima comercial mensual será de S/ 0.75.

Nota: El cálculo de la prima a pagar por EL CONTRATANTE a LAASEGURADORA se dará de forma mensual.

La comisión que facture EL CONTRATANTE deberá estar incluido en un contrato de comercialización y tener la siguiente glosa en la factura:

“Comisión de Comercialización* de seguros de desgravamen”

*La comisión de Comercialización no está gravada con IGV y se calcula sobre la Prima Comercial Cliente.

INTERÉS ASEGURADO

Descripción del Interés Asegurable: Es el requisito esencial para que exista un Contrato de Seguro. Es el interés que debe tener el Contratante en obtener el beneficio de determinadas coberturas en caso se materialicen cualquier riesgo sobre el Asegurado, debido a que guarda una relación lícita con el mismo (en este caso, una relación económica entre el Contratante y Asegurado). Si este interés asegurable no existe, este Certificado de Seguro será nulo bajo las condiciones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Desgravamen Premier.

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar y forma: Oficinas del Contratante. **Forma:** El pago de la prima es mensual, conforme al cronograma de pago del crédito.

Fecha de vencimiento de pago de la prima: 30 días desde el inicio de vigencia y/o renovación. **Interés Moratorio:** No aplica

BENEFICIARIOS

Desgravamen Premier: CONTRATANTE, hasta el saldo insoluto de la deuda sin considerar intereses, ni moras y/o monto inicial.

Desgravamen Premier con Devolución: Para la cobertura de fallecimiento e invalidez total y permanente: CONTRATANTE, hasta el saldo insoluto de la deuda sin considerar intereses, ni moras y/o monto inicial.

Para la cobertura de devolución: ASEGURADO TITULAR de acuerdo a lo indicado en el certificado de seguros.

EDADES DEL ASEGURADO

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

Edad mínima de ingreso = 18 años

Edad máxima de ingreso = 81 años y 364 días (después solo renovaciones)

Edad máxima de permanencia = 83 años y 364 días

Desde los 76 años cumplidos hasta los 82 años menos 1 día, la suma asegurada máxima será de S/ 30,000.00 soles o US\$ 8,000 dólares.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

LOS ASEGURADOS con créditos desembolsados menores o iguales a S/ 40,000 o US\$ 10,500 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 o US\$ 10,500 (Cúmulos).

LOS ASEGURADOS con créditos superiores a S/.40,000 o US\$ 10,500 hasta S/.400,000 o US\$ 105,000 deberán completar la Declaración personal del Salud. Adicionalmente, LAASEGURADORA podrá solicitar mayor información (incluye exámenes médicos) o que ELASEGURADO complete cuestionarios adicionales en caso de riesgo por deportes o actividad profesional.

Declaración de Salud

- Solo se deberán de enviar al área suscripción las Declaraciones de Salud que presenten al menos una respuesta afirmativa en el cuestionario.
- Las solicitudes que no tienen ninguna observación y no contienen ninguna respuesta positiva, ni ningún requerimiento adicional por monto y plazo (Considerar cúmulos por préstamos anteriores), serán aceptadas automáticamente.
- El Contratante será responsable del correcto archivo de las Declaraciones Personales de Salud que no requieran ser remitidas para Suscripción, poniendo a disposición de LA COMPANIA estos documentos en cualquier momento en que sean solicitados, con un plazo de entrega no mayor a 48 horas.
- El sobre cargo máximo de la tasa es del 175%.

Para el correcto llenado de la DPS se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Las DPS solo pueden ser llenadas de puño y letra por el ASEGURADO, no serán válidas aquellas que no cumplan con esta precisión, tampoco se aceptarán que éstas sean completadas por terceros (representantes legales, apoderados u otros)
- No dejar ningún recuadro de información requerida en blanco.
- Contestar todas las preguntas.
- No deberá usarse distinta letra ni distinto color de tinta.
- No debe de tener correcciones ni borrones.
- La solicitud y la DPS tienen que ser firmadas por el asegurado con la misma firma que figura en el DNI.
- Cualquier respuesta afirmativa, deberá ser acompañada con la información necesaria (fechas, severidad, tratamiento, nombre del médico tratante, hospital, resultados, estado actual), lo que servirá para la evaluación del riesgo con mayor precisión.
- La DPS siempre deberá consignar la fecha de llenado y firma del (la) cliente.
- La DPS y toda la documentación adicional debe ser legible y llenada con letra clara.

Los plazos de respuesta son:

- 24 horas: Se darán respuesta respecto del estado de las DPS; si están aprobadas, rechazadas u observadas.
- 48 horas: Los Clientes que tengan un recargo mayor a 125% serán enviados a consulta al Reasegurador.

TABLA DE SUSCRIPCIÓN

Hasta 75 años y 364 días	Hasta S/. 40,000 o US\$ 10,500	Sin DPS
	De S/. 40,001 o US\$ 10,500 a S/. 400,000 o US\$ 105,000	Con DPS
Desde 76 años de edad Hasta 81 años y 364 días	Suma asegurada máxima hasta S/ 30,000 o US\$ 8,000	Sin DPS

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL

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

- Suicidio consciente y voluntario dentro de los dos (2) primeros años de vigencia completos e ininterrumpidos. La auto mutilación o autolesión.
- Pena de muerte, 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.
- Guerra, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- Detonación, reacción fisión o radiación nuclear, contaminación radiactiva (independientemente de la forma en que se haya ocasionado). Cualquier evento que haya sido causado por fisión nuclear o reactor nuclear o contaminación radioactiva.
- Accidente aéreo y marítimo de cualquier clase, en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales. No aplica la exclusión para vuelos y/o viajes comerciales sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- Participación directa en los siguientes deportes o actividades riesgosas: carrera o entrenamiento para carreras, de automóviles, bicicletas, ciclismo, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas, caballos; inmersión submarina, artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí o tabla o skate acuático, sobre nieve o arena, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados, boxeo, cacería, tiro. Salvo que habiéndolo declarado en la Solicitud de Seguro o durante la vigencia de la Póliza de Seguro, LAASEGURADORA haya aceptado cubrirlo, previo pago de una prima adicional.
- Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). En caso de accidente de tránsito se presume la influencia de alcohol o drogas si el asegurado o beneficiario se niegan a someterse al examen toxicológico y/o de alcoholemia.
- Ejercicio de actividad, oficio o profesión de tripulante o piloto de vuelo comercial o no comerciales, marino mercante, chofer de camión, tráiler, volquete o maquinaria pesada, ingeniero civil, obrero de construcción, trabajador de mina, ingeniero electricista, policía, serenazgo, actividades de seguridad, ingeniero petrolero, mecánico, militar, arqueólogo, operador de planta de gas, miembro de las fuerzas armadas o que realice actividades militares, reportero, periodista, carpintero, técnico radiólogo, ingeniero químico, bombero, guardaespaldas, buzo, piloto de carrera, guía de turismo en rutas desconocidas, escaladas, alpinismo, montañismo, actividades en general con uso de explosivos. Salvo que habiéndolo declarado en la Solicitud de Seguros o durante la vigencia de la Póliza de Seguros, RIMAC haya aceptado cubrirlo previo pago de una prima adicional.
- Acto delictivo contra el Asegurado cometido por el Beneficiario o heredero, en calidad de autor o cómplice.
- Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

En adición a las exclusiones generales, para la cobertura la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad del ASEGURADO, aplican las siguientes exclusiones que sea consecuencia de:

- Intento de suicidio durante toda la vigencia de la póliza, o por lesiones auto- inflingidas, o producidas por terceros con su consentimiento.

- b. Tratamientos médicos en general, incluyendo tratamientos estéticos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- c. Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

En adición a las exclusiones generales establecidas, la presente cláusula adicional de cobertura la Invalidez Total y Permanente por accidente excluye los eventos que sean consecuencia de:

- a. Intento de suicidio durante toda la vigencia de la póliza, o por lesiones auto- inflingidas, o producidas por terceros con su consentimiento.
- b. Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- c. Lesiones producto del uso de arma de fuego.
- d. Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia del Seguro.

COMUNICACIÓN DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá comunicar por escrito a RIMAC, cualquier hecho o circunstancia que agrave el riesgo cubierto por la presente póliza, y sean de tal magnitud que, si son conocidas por RIMAC al momento de suscribir el presente Certificado de Seguro, éste no lo emitiría o lo haría bajo otras consideraciones.

DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Cuando así lo decidas y sin necesidad de una justificación. Para ello debes enviar una comunicación escrita a RIMAC o solicitarlo por cualquiera de los medios que usaste para contratar la Póliza de Seguro. Ésta quedará resuelta a los 30 días siguientes.

RIMAC tiene derecho a conservar y/o cobrar las primas por el período de vigencia transcurrido. En el caso que se hayan pagado primas por adelantado, tendrás derecho a que se te reembolse la prima por el período de vigencia que no ha transcurrido. Este reembolso se realizará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de la resolución.

EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

Si transcurren 90 días desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima, esta Póliza de Seguro quedará extinguida. RIMAC conservará las primas correspondientes al período efectivamente cubierto. A partir de la fecha en que se produzca la extinción, RIMAC queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO:

Paso 1: Dar aviso a RIMAC

Dar aviso dentro de los 01 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

Paso 2: Solicitar la Cobertura de fallecimiento:

Para ello se deberán entregar a RIMAC o a las oficinas de la Entidad Financiera que otorgó el crédito o del Comercializador. Para la cobertura de Fallecimiento por enfermedad:

Para cúmulos menores o iguales a S/ 17,500 nuevos soles o US\$ 4,600 dólares:

- Copia Certificada de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- 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).
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

Para cúmulos mayores a S/ 17,500 nuevos soles o US\$ 4,600 dólares:

- Copia Certificada de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- 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).
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada por la institución de salud, en caso de fallecimiento por enfermedad.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

En caso de fallecimiento por accidente:

Para cúmulos menores o iguales a S/ 17,500 nuevos soles o US\$ 4,600 dólares:

- Copia Certificada de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- 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).
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus

Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.

- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

Para cúmulos mayores a S/ 17,500 nuevos soles o US\$ 4,600 dólares:

- Copia Certificada de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- 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).
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso de que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Original o Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Examen toxicológico, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

Invalidez Total y Permanente por Accidente

Para cúmulos menores o iguales a S/ 17,500 nuevos soles o US\$ 4,600 dólares:

- Copia simple de su Documento Oficial de Identidad.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, de la 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. Se considera la fecha de ocurrencia del siniestro.

Para cúmulos mayores a S/ 17,500 nuevos soles o US\$ 4,600 dólares:

- Copia simple de su Documento Oficial de Identidad.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, de la 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. Se considera la fecha de ocurrencia del siniestro.
- Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico realizado al ASEGURADO, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Examen toxicológico y/o de alcoholemia, en caso de haberse realizado.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

Para cúmulos menores o iguales a S/ 17,500 nuevos soles o US\$ 4,600 dólares:

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- 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 N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez.

Para cúmulos mayores a S/ 17,500 nuevos soles o US\$ 4,600 dólares:

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.
- Estado de Cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro
- 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 N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez.

Para efectos de la evaluación de la documentación presentada, el ASEGURADO declara que se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite RIMAC, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y a la vez autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda entregar directamente cualquier información solicitada por RIMAC, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

Si el ASEGURADO no estuviese conforme con la decisión de RIMAC, podrá presentar un reclamo ante RIMAC de conformidad con la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios, o recurrir al mecanismo de solución de controversias que corresponda. En este caso, en caso de reclamo a RIMAC, la invalidez será evaluada por una junta médica compuesta por tres médicos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por RIMAC, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente,

conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y tomando en consideración las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez”, según la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

La junta médica podrá someter al ASEGURADO a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el ASEGURADO y RIMAC.

Para la cobertura de Devolución de Primas por Supervivencia del Asegurado (Aplicar solo para el Desgravamen Premier con Devolución)

Para atender la solicitud de la cobertura de Supervivencia se deberá entregar a la Aseguradora los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- Solicitud firmada por el Asegurado
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado
- Copia simple del cronograma de pagos del crédito otorgado por EL CONTRATANTE al Asegurado.

Los documentos serán entregados en las Plataformas de RIMAC descritas en el Resumen de la Póliza de Seguro, o en las oficinas de la Entidad Financiera que le otorgó el crédito y/o la tarjeta de crédito, según corresponda, o en las oficinas del Comercializador

Recuerde que 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.

Autorización para acceder a Historia Clínica:

El cliente asegurado autoriza expresamente a RIMAC, a través de la declaración contenida en la solicitud-certificado, 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 siempre que lo considere necesario 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 partida de defunción.

Paso 3: El pago de la Indemnización:

Los siniestros de cúmulos menores o iguales a S/ 17,500 nuevos soles o US\$ 4,600 dólares, una vez completado el expediente sin observaciones, siempre y cuando cuenten con cobertura y EL CONTRATANTE haya cumplido con el envío correcto de las declaraciones de tramas, serán pagados en nueve (9) días útiles, siendo posible la extensión del plazo solo para casos observados por falta de aclaraciones o precisiones a la documentación presentada originalmente a LA ASEGURADORA, requeridos AL ASEGURADO o a los beneficiarios, según sea el caso, mediante carta, con copia de la misma a EL CONTRATANTE para conocimiento. Otros siniestros serán pagados en un plazo máximo de 30 días naturales.

Solicitud de Cobertura Fraudulenta

En caso cualquiera de las coberturas de esta Póliza sea solicitadas en forma fraudulenta, los Beneficiarios pierden el derecho a ser indemnizados.

Una solicitud de cobertura será considerada fraudulenta cuando se apoya total o parcialmente en declaraciones o documentos falsos o inexactos, o se emplea medios falsos para probarlos, o se exagera los daños producidos.

LA ASEGURADORA está autorizada a realizar las investigaciones y solicitar la información necesaria al CONTRATANTE para evaluar esta circunstancia.

En caso se presente una solicitud de cobertura fraudulenta y se llegara a comprobar la actuación y/o participación concertada de algún colaborador del CONTRATANTE con los asegurados y/o beneficiarios, éste asumirá el pago del siniestro y la eventual sanción que LA ASEGURADORA pueda recibir a causa de este.

LA ASEGURADORA se obliga a emitir un certificado individual de cobertura, debidamente numerado y registrado en la póliza, conteniendo un resumen de las coberturas, exclusiones y procedimientos para acceder a las indemnizaciones que otorga la misma; además de los datos de cada prestatario, quien devolverá una copia debidamente suscrita, en señal de conformidad, las que permanecerán en poder del CONTRATANTE. El formato será coordinado con EL CONTRATANTE y deberá emitirse en estricto cumplimiento de las disposiciones vigentes de la SBS.

En caso se tenga que enviar comunicaciones a los clientes informando por algún cambio en sus condiciones de sus pólizas ya contratadas, este costo será asumido íntegramente por EL CONTRATANTE.

LUGARES AUTORIZADOS POR RIMAC PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO en las oficinas del CONTRATANTE, a nivel nacional.

Adicionalmente, podrá presentarse a RIMAC en los Centros de Atención de Cliente:

Oficina Principal: Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima / **Lima:** Av. Paseo de la República 3082, San Isidro. Av. Comandante Espinar 689, Miraflores. Telf. 411-3000 / **Arequipa:** Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700.

Las solicitudes de cobertura presentadas al CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR del seguro, de corresponder, tienen los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a RIMAC.

MEDIOS HABILITADOS POR RIMAC 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 los Centros 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) 411-1111 / **Correo Electrónico:** reclamos@rimac.com.pe / **Página Web:** www.rimac.com

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

No aplica.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado: www.defaseg.com.pe Lima:(01) 421-0614 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, Seguros y AFP (SBS):** 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: (511) 630-9000 | 200-1930.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

- I. RIMAC 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. RIMAC es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador.
Para efectos del presente certificado de seguro, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
- 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 RIMAC.
- IV. Los pagos efectuados por los ASEGURADOS o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a RIMAC.

El ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la Póliza puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignado en el presente documento.

RIMAC remitirá comunicaciones escritas al domicilio del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en caso no se consigne una dirección electrónica, o, a decisión expresa de RIMAC, en forma adicional a la comunicación electrónica o en caso la normatividad vigente lo exija. En caso el 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

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

La aceptación y emisión de la presente Solitud - Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el ASEGURADO en los términos estipulados por RIMAC, en tanto el ASEGURADO hubiera proporcionado información veraz.

Lugar y fecha:



MAKALY RIVERA CHU
Vicepresidenta Seguros
de Vida y Pensiones
Rimac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO

Declaración Personal de Salud - Seguro Desgravamen

DATOS DEL TITULAR

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		Sexo	
						F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
DNI <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			Fecha de Nacimiento		Peso		Talla
Ocupación		Giro de la Empresa		Su trabajo es 100% administrativo?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL CÓNYUGE (solo si el crédito es mancomunado):

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		Sexo	
						F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
DNI <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			Fecha de Nacimiento		Peso		Talla
Ocupación		Giro de la Empresa		Su trabajo es 100% administrativo?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL CRÉDITO

Importe del Préstamo		Plazo		Oficina		Funcionario	
Tipo de Préstamo	Moneda		Mail			Teléfono	
	Soles <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>					
Modalidad de Cobertura: Monto Inicial <input type="checkbox"/>				Saldo Insoluto <input type="checkbox"/>		Deuda Actual (cúmulos) <input type="checkbox"/>	

1. ¿Padece 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, cerebrovasculares, cardiovasculares, respiratorias, reumáticas, oncológicas, tumorales, cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus, endocrinológicas, abdominales (gastroenterológicas / aparato digestivo), meningitis, gineco obstétricas, aparato reproductor, renales, urinarias, enfermedad de la sangre, enfermedades infecto contagiosas (SIDA, HIV, hepatitis, TBC, meningitis, entre otras), parálisis, enfermedades mentales, enfermedades de los ojos u oídos, COVID (coronavirus), enfermedades crónicas del corazón, de los pulmones, leucemia, enfisema, neumonía, asma o recibe tratamiento con inmunosupresores, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, Enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, secuelas de accidentes, enfermedades osteoarticulares, reumáticas, musculares o alguna otra enfermedad no mencionada anteriormente? ¿Tienes algún defecto físico congénito o adquirida e invalidante?	Titular		Titular 2	
	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Has padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada anteriormente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Fumas más de 10 cigarrillos diarios? Cantidad diaria _____ ¿Tienes consumo diario de alcohol o consumo de drogas? Cantidad diaria _____	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

4. ¿Le han realizado trasplante de algún órgano?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Realizas alguna actividad y/o deporte de riesgo o peligroso? ¿Cuál?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina tos o dolor de garganta junto con fiebre, dolores musculares, fatiga?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha viajado durante los últimos 28 días a países de alto riesgo afectados por el coronavirus (por ejemplo China, EEUU, Japón, Corea del Sur, Irán, Italia, España) o tiene pensado viajar a tales países en los próximos 3 meses?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Si usted marcó SI por favor especifique y/o amplíe su respuesta

Detalle de las respuestas afirmativas

Preg.	Enfermedades Padecidad	T	C	Fecha	Duración	Médico / Clínica tratante	Estado Actual

“Confirmando la exactitud y la sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy 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 mi parte implican la nulidad de la póliza de acuerdo al artículo N° 376 del Código de Comercio. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias a revelar a la Aseguradora todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarme sus servicios.”

El cliente autoriza a que en caso de Fallecimiento o Invalidez, la compañía de seguros pueda acceder a la información médica necesaria para poder determinar la cobertura del seguro contratado.

() Cliente prefiere mantener la confidencialidad de la información.

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del Afiliado

Firma del Cónyuge