

**SEGURO DE VIDA EFECTIBANK
SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO
PÓLIZA DE SEGURO No922 500000**

Código SBS: VI050720462 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

CONTRATANTE: Banco Efectiva S.A.	RUC: 20441805960
Dirección: Av. El Derby 254 Int. 2102	Distrito: Santiago de Surco
Urb. El derby de monterrico (Edificio Lima Central Tower)	Provincia: Lima
Departamento: Lima	Teléfono: (01) 641-2412

DATOS DE LA ASEGURADORA

Rimac Seguros y Reaseguros	RUC: 20100041953
Dirección: Las Begonias 650, Piso 10.	Distrito: San Isidro
Provincia: Lima	Departamento: Lima
Teléfono: 411-1000	Fax: 421-0555
Página Web: www.rimac.com	Correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe

DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DE PAGO

Los datos del asegurado son los que se consignan en el CCP, el cual está vinculado a un número de préstamo especificado en dicho documento.

DATOS DEL BENEFICIARIO

La condición de beneficiario recaerá en la persona correspondiente, la cual será fijada tomando en cuenta el siguiente orden de prelación:

- Cónyuge o conviviente
- A falta de cónyuge o conviviente, será el hijo* mayor de edad que primero tramite la solicitud de cobertura. En caso el beneficiario (solicitante) sea menor de edad, se pagará a Cuenta en custodia.
- A falta de estos, se pagará a los herederos legales, previa presentación de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada del Asegurado

(*)El hijo que haya recibido la indemnización será responsable solidariamente frente a cualquier hermano que se presente a RIMAC SEGUROS a solicitar la misma cobertura del seguro, no siendo responsable RIMAC SEGUROS de realizar el pago de ninguna indemnización adicional.

En caso de que los Beneficiarios sean menores de edad bastará con señalar el nombre, apellidos completos y DNI.

VIGENCIA DEL SEGURO

Los certificados de seguro se emiten de la póliza matriz, y su vigencia será correspondiente al plan elegido. La fecha de inicio de vigencia de los certificados de seguro es la fecha en que se firma el certificado de seguro por el ASEGURADO y se mantendrá vigente en tanto: (i) EL ASEGURADO haya realizado el pago del seguro, (ii) la póliza matriz de Sepelio suscrita con RIMAC se mantenga vigente; y, (iii) EL ASEGURADO se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en el certificado de seguros respectivo.

La Póliza inicia su cobertura y termina a las 12 del medio día de la fecha señalada en el presente Certificado de Seguro.

Esta póliza no se renueva automáticamente.

Lugar y Fecha de emisión: La fecha y hora considera desde la aceptación y firma de CCP, así como la ciudad que señala dicho documento.



GIOVANNI SCARSI NUÑEZ
Vicepresidente de Seguros Vida y Pensiones
División Seguros Personas
Rimac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO

RESUMEN DE LAS COBERTURAS

<u>Cobertura Principal</u>	<u>Suma Asegurada (S/ o US\$)</u>
Fallecimiento (Muerte Natural y Accidental)	Hasta S/ 5,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Hasta S/ 5,000
Reembolso por Gastos de Curación por Accidente	Hasta S/ 1,500

DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS

Descripción de Coberturas Principales

A. Cobertura de Fallecimiento

Si se produjera el fallecimiento del ASEGURADO siempre que dicho evento no esté excluido en la póliza de seguro, la COMPAÑÍA indemnizará al Beneficiario, de acuerdo a las condiciones, coberturas y límites contratados.

Descripción coberturas adicionales

B. Invalidez Total y Permanente por Accidente

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente del ASEGURADO que surja como consecuencia de un accidente producido dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, la COMPAÑÍA -mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro, de acuerdo a lo siguiente. Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura, se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, a la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6%, de su capacidad total. Definición de Accidente: Todo suceso violento, súbito, imprevisto, involuntario, y fortuito, causado por agentes externos, que causa o da lugar a daños o lesiones en el ASEGURADO.

No se consideran como accidentes las siguientes situaciones, ni sus consecuencias, ni los eventos o sucesos que se produzcan por o como consecuencia de: ataques

cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo

La presente cobertura incluye la Invalidez Total y Permanente que, derivada de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

Esta cláusula adicional es parte integrante de la Póliza de Seguro y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en esta, por las Condiciones Generales del mismo, de modo que sólo será válida y regirá mientras la Póliza de Seguro lo sea y se encuentre vigente.

Se deja constancia que será causal de terminación de la Póliza de Seguro, de la cual forma parte la presente cláusula adicional en caso se produzca alguno de los siguientes eventos:

A partir del momento en que LA COMPAÑÍA hubiese realizado el pago de la indemnización correspondiente a esta cláusula adicional.

Al término de la vigencia mensual en curso en la que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia para esta cobertura.

Si después de la terminación de este seguro, LA COMPAÑÍA llegare a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y, por lo tanto, la obligación de LA COMPAÑÍA se limitará a la devolución de dichas primas.

C. Reembolso por Gastos de Curación por Accidente

La presente cobertura adicional otorga al Asegurado Titular una cobertura de Reembolso de los gastos de curación por accidente en los que haya incurrido hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la presente póliza de Seguro.

Se entiende por gastos de curación a todos los gastos incurridos por el ASEGURADO por concepto de honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, gastos odontológicos (curación y reposición de piezas dentales dañadas exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza), pruebas y exámenes médicos, en caso el ASEGURADO sufra un accidente durante la vigencia de la póliza y que sus causas no se encuentren excluidas por la póliza, hasta el límite fijado como Suma Asegurada.

Importante:

No aplica reembolsos por gastos respecto de aparatos ortopédicos.

Los honorarios médicos son exclusivamente los que devengan de profesionales médicos de diferentes especialidades debidamente reconocidas y acreditadas por facultades de medicina y por el Colegio Médico del Perú o sus similares en el extranjero, quedando excluidos de cobertura la facturación directa de honorarios de otro tipo de profesionales.

La suma asegurada es por año de vigencia, no siendo acumulable

Aplica un deducible por evento, el cual será indicado en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro, según corresponda.

Los gastos serán reembolsados tomando como monto máximo la Tarifa B según tarifario de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú. La información de la Tarifa B puede revisarse en

R_Calculo_Reembolso https://imagescdn.rimac.com/blt8455a3b1f12161e7/65139f7114893a5ed7ce65ee/Tarifario_Rimac.pdf

Nota: La cobertura es aplicable en territorio nacional o extranjero. Más detalle en el apartado QUE HACER EN CASO DE SINIESTRO para todo documento de procedencia extranjera.

PLAN

El plan contratado por parte del asegurado se encuentra especificado en el CCP
Máximo de pólizas a contratar por cliente: Máximo 3 pólizas activas. En caso de que se supere el máximo de Solicitudes – Certificados de Seguro contratados, dichos certificados de seguro contratados en exceso serán nulos.

PRIMA COMERCIAL ANUAL (NO CONTIENE IGV)

Sepelio	Plan 1 – 1 Año	Plan 2 – 2 Año
Prima Comercial Cliente	S/ 120.00	S/ 230.00

Comisión del comercializador: cuarenta y tres punto cuarenta y cuatro sobre la prima comercial. La cobertura inicia con la aceptación y firma del CCP (constancia de contratación del producto aprobado), y culmina con la fecha de vencimiento que señala el plan consignado en el CCP.

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 Vida Flexible.

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar: Oficinas del Contratante.

Interés Moratorio: No aplica

FORMA DE PAGO

Tener en cuenta que EL ASEGURADO realizará el pago de la prima mensualmente (fraccionada) al momento de pagar las cuotas de su crédito, el cual le ha otorgado el Contratante (Efectibank). En caso que el ASEGURADO no realice el pago de la cuota de la prima del seguro, y este incumpliendo se extienda por noventa (90) días calendarios, la presente Solicitud – Certificado de Seguro se considerará extinguida, sin necesidad de comunicación previa alguna por parte de RIMAC.

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:

Para las coberturas Fallecimiento:

Edad máxima de ingreso = 69 años y 364 días
Edad máxima de permanencia = 72 años y 364 días

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL

Queda excluido de la cobertura de esta Póliza el fallecimiento del Asegurado o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación con, o como producto de:

- Enfermedades, lesiones y/o condiciones pre-existentes al inicio de la vigencia del presente seguro.
- Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos años.
- 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.
- Pena de Muerte o participación activa del asegurado en cualquier acto delictivo cometido o en actos violatorios de leyes o reglamentos, en duelo concertado; en peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participación activa en huelgas, motines, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- Cuando el deceso sea consecuencia de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, estando el asegurado en campaña, así como por intervención en duelo concertado.
- Por hacer uso de la aviación salvo cuando ELASEGURADO esté de viaje en calidad de pasajero en un transporte aéreo de servicio público autorizado y en itinerarios regulares.
- Las lesiones que sufra el asegurado como consecuencia de la práctica temeraria y/o participación en competencias profesionales o no profesionales o en prácticas de entrenamiento de las siguientes actividades o deportes riesgosos: Carreras de automóviles, motocicletas, bicicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas, deportes hípicas; artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, ala delta, ultraligeros, paracaidismo, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, buzo, boxeo, caza de fieras, trabajos con explosivos o químicos.

- h. 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.
- i. Por inhalación de gases o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- j. Los siguientes accidentes médicos: apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos, así como los casos de negligencia o impericia médica.
- k. Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.
- l. Por participación como conductores o acompañantes en carreras de automóviles, bicicletas, lanchas a motor o avionetas, o en carreras de entrenamiento.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

En adición a las exclusiones establecidas en el Condicionado General de la Póliza, la presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente por accidente del ASEGURADO que sea consecuencia de:

- a. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- b. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso.
- c. Intento de suicidio durante toda la vigencia de la póliza, o por lesiones auto-infligidas, o producidas por terceros con su consentimiento.
- d. Tratamientos estéticos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- e. Lesiones producto del uso de arma de fuego.
- f. Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia del Seguro.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA REEMBOLSO POR GASTOS DE CURACIÓN

- a. Actos infractores de leyes o reglamentos, siempre que estos se encuentren tipificados como delitos o que los actos infractores constituyan la causa del siniestro.
- b. Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- c. Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, cuadros clínicos de insolación, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales;
- d. Cirugía plástica o estética y tratamiento de cicatrices queloides.
- e. Implantes dentales que no se hayan generado producto de un accidente.
- f. Las lesiones producidas con anterioridad al inicio de la vigencia de la presente póliza.
- g. Los gastos, que, según las leyes vigentes, deben ser cubiertos por los seguros obligatorios de ley; en cuyo caso, la cobertura de la presente Póliza se aplicará para los gastos o exceso de los gastos no cubiertos por los seguros obligatorios vigentes, siempre que dichos gastos no estén expresamente excluidos o no cubiertos según los términos y condiciones de esta Póliza.

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 EL ASEGURADO lo decida y sin necesidad de una justificación. Para ello, EL ASEGURADO debe enviar una comunicación escrita a RIMAC o solicitar por cualquiera de los medios que uso 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, EL ASEGURADO tendrá derecho a que se le 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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso EL ASEGURADO haya adquirido la presente Póliza de Seguro a través de Comercializadores (inc. Bancaseguros) o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, tiene el derecho de arrepentirse de la contratación de la Póliza Seguro. Para esto, EL ASEGURADO podrá resolver la Póliza de Seguro sin expresión de causa y no afecta a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que haya recibido la presente Póliza de Seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas y/o beneficios. En dicho caso, procederemos a devolver el total del importe pagado de los 30 días calendarios siguientes a la fecha de haber ejercido este derecho.

Para ejercer el derecho de arrepentimiento, EL ASEGURADO deberá presentar una comunicación a través de los mecanismos directos de comunicación detallados en el Resumen; o en su defecto, en cualquiera de las

Plataformas de Atención de la COMPAÑÍA. No obstante, lo antes indicado, EL ASEGURADO podrá utilizar el mismo medio que utilizó para contratar la presente Póliza de Seguro.

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 07 días calendario siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro, según corresponda.

Paso 2: Solicitar la Cobertura:

Para ello se deberán entregar a RIMAC o a las oficinas de la Entidad Financiera que otorgó el crédito.

Para la cobertura de Fallecimiento natural o accidental:

- Copia Certificada de la Partida 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 este documento.
- Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada por la institución de salud, siempre que el Asegurado, previo a su fallecimiento, haya sido atendido por una Institución de Salud.
- En caso el solicitante de la cobertura es el Cónyuge del Asegurado, partida de matrimonio.
- En caso el solicitante de la cobertura es el Conviviente del Asegurado, resolución judicial de Unión de Hecho.
- En caso el solicitante de la cobertura es un hijo mayor de edad del Asegurado, Partida de Nacimiento.
- En caso de Muerte Accidental del Asegurado, adicionalmente a los documentos antes señalados deberán presentar:
 - Copia Certificada del Protocolo de Necropsia completo emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, este último en caso de haberse realizado.
 - Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, e Informe Final de la Fiscalía correspondiente, en caso de haberse realizado.
 - Original o Copia Certificada del Examen toxicológico emitido por la morgue, en caso de haberse realizado.
 - Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico emitido por la morgue, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente.

Asimismo, se deberá presentar la solicitud de cobertura y adjuntar todos los documentos que se tenga disponible, exceptuando la resolución judicial que confirma el fallecimiento.

Cuando la resolución judicial de muerte presunta sea expedida, deberá ser presentada a La Aseguradora junto con la correspondiente partida de defunción.

Se entenderá que los documentos que acreditan la muerte presunta del Asegurado están completos, cuando los beneficiarios presenten la Resolución Judicial y la Partida de Defunción, ambos indicados en el párrafo precedente, por lo que el pronunciamiento de La Aseguradora se encontrará suspendido hasta la recepción de dichos documentos.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Para solicitar la cobertura el ASEGURADO deberá presentar:

- Copia simple de su Documento Oficial de Identidad.
- Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, e Informe Final de la Fiscalía correspondiente, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico realizado al ASEGURADO, emitido por la dependencia policial respectiva, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Examen toxicológico y/o de alcoholemia, emitido por la dependencia policial respectiva, en caso de haberse realizado.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez.

Para la cobertura de Reembolso por Gastos de Curación por Accidente:

Los siguientes documentos deben ser presentados a la Compañía en original, dentro de los 60 días siguientes a la fecha en la que se haya incurrido el gasto:

1. Factura a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (RUC 20100041953) y/o Recibo por Honorarios a nombre del Asegurado. Ambos documentos deben contar con el sello de cancelado. Ticket no es documento válido para reembolso. La Boleta de Venta no es documento válido para reembolso, sin embargo, sólo podrán ser aceptados los gastos sustentados con boletas de venta, siempre y cuando estos documentos hayan sido emitidos por contribuyentes que pertenezcan al Régimen Único Simplificado (RUS) y estén a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.
2. Formato de la Compañía "Reclamo de Accidentes Personales" debidamente llenado, que contenga la fecha y hora del accidente, nombre, apellidos, edad y dirección de la persona que sufrió el accidente, el lugar y las circunstancias en que ocurrió el accidente. Este documento debe ser llenado y firmado por el médico tratante.
3. Los documentos detallados a continuación están sujetos a evaluación por LA COMPAÑÍA:
 - a. Si es por accidente de tránsito, copia certificada de: (i) la Denuncia Policial o Parte (ii) del Dosaje Etílico para que sea evaluado por el médico.
 - b. Si es por robo, adjuntar copia certificada de la Denuncia Policial.
 - c. Certificado del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
 - d. Si se realizaron exámenes presentar orden firmada por el médico y resultados de los mismos.
 - e. Medicinas: recetas con firma del médico.
 - f. Detalle con costos de todos los gastos realizados (farmacia, curaciones, consultas médicas, exámenes, insumos, etc.).
 - g. Copia Fedateada y foliada del Informe del médico tratante o de la Historia Clínica del ASEGURADO.
 - h. Copia Certificada del Resultado de Análisis Toxicológico y alcoholemia.
 - i. Copia Simple del Documento de identidad del Asegurado.

En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reembolso de los gastos será realizado a los herederos legales del ASEGURADO, para lo cual deberán presentar copia literal actualizada de la partida donde consta inscrita —en forma definitiva— la Sucesión Intestada o el Testamento en Registros Públicos.

La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostre la imposibilidad de cumplir, demora el proceso de evaluación del siniestro, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este Seguro, no pudiendo en caso alguno el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Póliza o del desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.

En caso la ACOMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, 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 a la procedencia o rechazo del siniestro, hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir la siguiente información adicional en caso las circunstancias específicas lo ameriten y dentro del plazo establecido en el párrafo precedente:

1. Resultado de pruebas y exámenes realizados (tomografías, resonancias, radiografías, patologías entre otros)
2. Informe médico ampliatorio.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura

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 TRADUCCION OFICIAL del mismo.

Paso 3: El pago de la Indemnización:

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya entregado toda la documentación y requisitos exigidos según corresponda para la cobertura solicitada RIMAC evaluará y se pronunciará aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura).

Dentro de los primeros 20 días RIMAC podrá solicitar aclaraciones o precisiones sobre de la documentación e información presentada, o podrá solicitar la prórroga del plazo original, al Asegurado o a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establecido en los Artículos 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros (Resolución SBS N° 3202-2013).

RIMAC pagará la indemnización dentro de los 30 días siguientes de haber consentido o aceptado la cobertura.

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 de Efectibank ubicadas en la red de Tiendas Efe, La Curacao o Motocorp, a nivel nacional. Central de

Consultas y/o reclamos: (01) 641-2412. Página Web: www.efectibank.pe

Adicionalmente, podrá presentarse a RIMAC en sus Plataformas 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:

En las oficinas de Efectibank ubicadas en la red de Tiendas Efe, La Curacao o Motocorp, a nivel nacional. Central de Consultas y/o reclamos: (01) 641-2412. Página Web: www.efectibank.pe

Verbal: Presencial o vía telefónica a través de los Plataformas de Atención al Cliente en Lima y Provincias y Central de Consultas y Reclamos. / **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

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.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

No aplica.

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 número de teléfono, 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 o número de teléfono declarado, 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 o número de teléfono declarado, 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 o bandejas SMS del número de teléfono declarado, 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.