

Código SBS: AE0506100315

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES TELETICKET
CERTIFICADO DE SEGURO N° _____
POLIZA DE SEGURO N° 9023-500009**

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

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre: **TELEDISTRIBUCION S.A.** RUC: 20334461875
Teléfono: _____
Dirección: CALLE AUGUSTO ANGULO No. PROVINCIA : LIMA
130 Of. 251 URB. SAN ANTONIO DEPARTAMENTO: LIMA
Distrito: MIRAFLORES

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre: _____ Tipo y N° de Documento: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Relación con el contratante:

DATOS DEL BENEFICIARIO DATOS DEL BENEFICIARIO: El Beneficiario en la presente Póliza para las coberturas de Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente, Renta Hospitalaria por Accidente y Gastos de Curación será el ASEGURADO.

El Beneficiario en la presente Póliza para la cobertura de Muerte Accidental será el designado a continuación:

Nombre / Razón Social	Tipo y N° de Documento	Dirección	% de Participación en el beneficio

En caso que los Beneficiarios sean menores de edad bastará con señalar el nombre y apellidos completos. En caso que el Asegurado no haya designado Beneficiarios o si el Asegurado fuere menor de edad, los Beneficiarios serán los Herederos Legales.
Si se designaron varios beneficiarios, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Relación con el Asegurado:

INTERES ASEGURADO

La vida del Asegurado

RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura(s) Principal(es)

Muerte Accidental: Este seguro cubre el riesgo de muerte accidental del ASEGURADO nombrado en la Póliza de Seguro, ocasionada por una causa no excluida en estas Condiciones Generales, hasta el límite del capital asegurado indicado en las Condiciones Particulares o Certificado (aplicable sólo para personas a partir de los dieciséis años de edad en adelante).

Coberturas Adicionales (Las Cláusulas Adicionales aplicables forman parte como Anexo/s del presente Certificado de Seguro)

Cobertura(s) Adicional(es)

Invalidez Total y Permanente por Accidente: En caso que el Asegurado, durante la vigencia de la póliza, sufre un accidente que produjere su Invalidez Total y Permanente, calificada por LA ASEGURADORA como tal en base a la tabla de situaciones previstas seguidamente, La Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza y cláusula adicional y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones.

Renta Hospitalaria por Accidente: Se entiende por Renta Hospitalaria al seguro mediante el cual el ASEGURADO recibe un beneficio por día de hospitalización en cualquier Institución Hospitalaria, hasta por un máximo de días al año y siempre que la causa de la hospitalización sea un accidente cubierto por la Póliza. La suma asegurada y los días máximos se indican en las Condiciones Particulares o Certificado de la Póliza (la persona deberá estar al menos 24 horas hospitalizada)

Reembolso de Gastos de Curación por Accidente: Se entiende por gastos de curación por accidente a todos los honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, pruebas y exámenes médicos, requeridos por el ASEGURADO en caso sufra un accidente durante la vigencia de la póliza y que sus causas no se encuentren excluidas dentro de la presente cláusula adicional (deducible de US\$ 20 por evento; gastos sujetos a Tarifa C según tarifario de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú).

EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en esta Póliza de Seguro no se conceden si la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra se deben directa, o indirectamente, total o parcialmente a:

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

- 1) Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos (2) años.
- 2) Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participando activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 3) Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho a recibir el capital garantizado de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.

- 4) Bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo, siempre y cuando este hecho sea generador del siniestro. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si es que el ASEGURADO o los beneficiarios se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- 5) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.

COBERTURA DEL SEGURO

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s)
Muerte Accidental (aplicable sólo para personas a partir de los dieciséis años de edad en adelante)	US\$ 15,000
Coberturas Adicionales (Las Cláusulas Adicionales aplicables forman parte como Anexo/s del presente Certificado de Seguro)	
Cobertura(s) Adicional(es)	Suma(s) Asegurada(s)
Invalidez Total y Permanente por Accidente	US\$ 15,000
Renta Hospitalaria por Accidente (la persona deberá estar al menos 24 horas hospitalizada) *	US\$ 30 diarios, hasta máximo 10 días
Reembolso de Gastos de Curación por Accidente (deducible de US\$ 20 por evento; gastos sujetos a Tarifa C según tarifario de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú)	Hasta US\$ 3,000

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO:

El seguro tiene vigencia 1 hora antes de iniciado el evento y 4 horas después de iniciado el evento.

DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES

Si aplica. Deducible de US\$ 20 por evento; gastos sujetos a Tarifa C según tarifario de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú (Aplica sólo para la cobertura de Reembolso de Gastos de Curación por Accidente).

PRIMA:

Prima	Monto S/.
Prima Comercial Total	0.3894
Prima Comercial Total + IGV (en caso corresponda)	0.4595

La prima comercial total incluye:	Montos S/.
- Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros.	0.0251
- Cargos por la contratación de comercializadores.	0.2776

PRIMA NETA: Única: S/. 0.3781

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

- En caso que el Contratante y/o Asegurado decida no usar corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.
- Existen productos de seguros que solamente se comercializarán a través de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros.

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

El Asegurado autoriza Teledistribución S.A. a realizar el cobro, cuenta corriente o tarjeta de crédito el importe de la prima antes indicada.

La falta de pago de la prima podrá generar la suspensión, resolución y/o extinción del contrato de seguro en la forma establecida en el Condicionado General de la Póliza.

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática 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 vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro.

La ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

En caso que la presente Póliza contemple el Derecho de Reducción, y este sea ejercido, la suspensión de cobertura no procederá en caso hayan transcurrido dos (02) años o menos, según se haya pactado en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro.

RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

LA ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA 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 presente Contrato 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 la Póliza.

REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro o el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos. **En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.**

VIGENCIA DEL SEGURO:

Vigencia desde: / / 1 hora antes de iniciado el evento
Vigencia hasta: / / 4 horas después de iniciado el evento

Esta póliza SI NO se renueva automáticamente.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza o en el certificado de seguro según corresponda.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

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. 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

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 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 éste 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 DE MUERTE ACCIDENTAL:

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 en original o en copia legalizada:

- a) Certificado de defunción del ASEGURADO;
- b) DNI del ASEGURADO;
- c) DNI de los beneficiarios mayores de edad o copia certificada de la partida de nacimiento para los menores de edad.
- d) Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.
- e) Atestado policial completo;
- f) Protocolo de necropsia;
- g) Resultado de Análisis Toxicológico y alcoholemia. Dosaje Etilico de haberse realizado
- h) Boleto Original de Teleticket, con la fecha y hora del evento.

SOLICITUD DE COBERTURA DE GASTOS DE CURACIÓN:

- a) Recibo por honorarios del médico a nombre del paciente
- b) Factura a nombre de Rímac Seguros
- c) Órdenes Médicas y resultados de exámenes
- d) Recetas Médicas
- e) Informe del médico tratante o copia de historia clínica

- f) Ticket o Boleto Original comprado en teleticket, el cual acredite la asistencia del ASEGURADO al evento.
- g) Documento de identidad del Asegurado

SOLICITUD DE COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

- a) Atestado policial (en caso de haber existido intervención policial)
- b) Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito).
- c) Documento de identidad del asegurado.
- d) Dictamen de Invalidez o Informe Médico de invalidez e Historia Clínica completa.
- e) Boleto Original de Teleticket, con la fecha y hora del evento.

SOLICITUD DE COBERTURA DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE:

- a) Factura del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del paciente hospitalizado, el período y el motivo de la hospitalización.
- b) Copia Fedateada y Foleada de la Historia Clínica
- c) Documento Nacional de Identidad del asegurado
- d) Ticket o Boleto Original comprado en Teleticket, el cual acredite la asistencia del ASEGURADO al evento.

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.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

- No serán procedentes las solicitudes de devolución de documentos sea que se apruebe o rechace la cobertura.

PAGO DE SINIESTRO

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

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

En caso que la ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a 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 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 comunicarse al ASEGURADO 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 en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicado por el Contratante, Asegurado o Beneficiario a la Aseguradora en las Plataformas 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. Las Begonias 471, San Isidro.
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.

• **Arequipa:**

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

• **Cajamarca:**

Jr. Belén 676-678.
Telf. (076)-369635

• **Cusco:**

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

• **Huancayo:**

Jr. Ancash 125, Huancayo.
Telf. (064)-223233

• **Trujillo:**

Av. Victor Larco 1124.
Telf. (044)-485200

• **Chiclayo:**

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

• **Iquitos:**

Jirón Putumayo 501.
Telf. (065)-242107

• **Piura:**

Calle Libertad 450.
Telf. (073)-284900

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

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 RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado: www.defaseq.com.pe
Lima:(01) 446-9158
Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, 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 y 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 Reclamos: 0800-10840 | (511) 428-0555

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.

- El Contratante y/o 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 consignada en el presente documento. En caso el Contratante y/o 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 411-3000. 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.

- **Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:**


De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (“La Aseguradora”), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con La Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

Lugar y fecha de emisión: Lima 24 de enero del 2020


ROBERTO CARLOS LEON GAVONEL Gerente de Productos Vida División Seguros Personales Rímac Seguros y Reaseguros

CONTRATANTE	ASEGURADO (En caso de ser una persona distinta del CONTRATANTE)