

Código SBS:	AE0506110283
Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias	
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CARSA CERTIFICADO DE SEGURO N° _____ POLIZA DE SEGURO N° 500005	

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

Razón Social: Empresa de Bienes y Servicios para el Hogar S.A.C
 RUC: 20164486720
 Dirección: Av. Rivera Navarrete N° 380 –San Isidro Teléfono: 415-4646

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre: _____ Sexo: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Correo Electrónico: _____
 Tipo y N° de Documento: _____
 Relación con el contratante: Económica

DATOS DEL BENEFICIARIO

Los Beneficiarios serán los Herederos Legales.

INTERES ASEGURADO

La vida del Asegurado.

COBERTURA DEL SEGURO

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s)
Muerte Accidental	S/. 25,000
Invalidez Total Permanente por Accidente	S/. 25,000

PRIMA:

Prima	Monto S/.
Prima Comercial Total	S/. 70
La prima comercial total incluye:	Monto S/.
Cargos por la contratación de comercializadores.	S/. 8.64

Prima única por la vigencia del crédito (máximo 18 meses).
 • El cálculo del monto que reciban los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros se realizará sobre la prima neta.

VIGENCIA DEL SEGURO:

Vigencia desde: ___/___/___	Hora: 12:00m.
Vigencia hasta: ___/___/___	Hora: 12:00m. o la fecha en que el asegurado alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.
Esta póliza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	se renueva automáticamente.

Lugar y fecha de emisión: Lima ___ de ___ de ___

		
RODRIGO GONZALEZ Vicepresidente División Seguros Personales Rímac Seguros y Reaseguros	CONTRATANTE	ASEGURADO (En caso de ser una persona distinta del CONTRATANTE)

RIESGOS CUBIERTOS

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.

INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE: Si el ASEGURADO quedara en estado de invalidez total permanente a causa de algún accidente, la COMPAÑÍA entregará al o los beneficiarios, la suma correspondiente al grado de Invalidez Permanente, basándose en la Tabla de Indemnizaciones incorporada en el Anexo 1 del presente Condicionado General.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Edad mínima de ingreso a la póliza: 18 años.

Edad límite de ingreso a la póliza: 70 años.

Edad límite de permanencia en la póliza: 72 años.

El ASEGURADO podrá contratar como máximo 2 (dos) pólizas de seguros.

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

El ASEGURADO autoriza a CARSA a cargar en su Cuenta de Ahorros, Cuenta Corriente y/o Tarjeta de Crédito el cargo del 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.**

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.

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:

- 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 de Seguro.
- Los denominados "Accidentes Médicos": apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos de miocardio, trombosis, ataques epilépticos.
- Los accidentes que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gramos-litro a más), drogas o en estado de sonambulismo, y esta situación sea acto generador del siniestro.
- Lesiones que el ASEGURADO sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra internacional o civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, terrorismo; en actos delictivos en que el ASEGURADO participe por culpa grave propia o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- Autolesiones, así como el suicidio consciente y voluntario o tentativa de suicidio y lesiones causadas intencionalmente al ASEGURADO por los beneficiarios de esta Póliza de Seguro.
- Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
- Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes peligrosos y que no guarden relación con la ocupación declarada por el ASEGURADO ni mencionados por él mismo en la solicitud respectiva, o aun cuando lo hubiera hecho. Entiéndase como actividades y deportes peligrosos: Carreras en vehículos a motor o en bicicletas, concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería de fieras y pesca submarina.

- h. Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
- i. Actos infractores de leyes o reglamentos, o actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional.
- j. Las consecuencias no accidentales de embarazos o partos.

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

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:

- Muerte Accidental**
- a) Acta de defunción del ASEGURADO;
 - b) Certificado de defunción del ASEGURADO;
 - c) DNI del ASEGURADO;
 - d) Copia de la Póliza de Seguro y/o Certificado;
 - e) DNI de los Beneficiarios mayores de edad y copia certificada de la partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad;
 - f) Certificado domiciliario de los Beneficiarios menores de edad;
 - g) En caso la Póliza de Seguro detalle a "Herederos legales" como beneficiarios, adjuntar Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.
 - h) Atestado policial completo;
 - i) Protocolo de necropsia;
 - j) Resultado de Análisis Toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado, y,
 - k) Resultado del dosaje etílico (de haberse realizado); sólo en caso de accidente de tránsito.

- Invalidez Total y Permanente por Accidente**
- a) Copia de DNI del ASEGURADO
 - b) Copia de la Póliza de Seguro y/o Certificado;
 - c) Atestado Policial completo

d) Certificado de Invalidez Total y Permanente a causa de accidente, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, AFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación) ó junta de médicos.

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:

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.

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 91º 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:	• Huancayo:
Av. Paseo de la República 3505, San Isidro.	Jr. Ancash 125, Huancayo.
Av. Las Begonias 471, San Isidro.	Telf. (064)-223233
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.	
• Arequipa:	• Trujillo:
Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito.	Av. Víctor Larco 1124.
Telf. (054)-381700	Telf. (044)-485200

• Cajamarca: Jr. Belén 676-678. Telf. (076)-369635	• Chiclayo: Av. Salaverry 560, Urb. Patazca. Telf. (074)- 481400
• Cusco: Calle Humberto Vidal Unda G-5, Urbanización Magisterial, 2da. Etapa. Cusco. Telf. (084)-229990 / (084)-227041	• 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.defaseg.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:

- 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.
- 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.
- 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.