

**SEGURO DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE CARSA
SOLICITUD / CERTIFICADO DE SEGURO
PÓLIZA DE SEGURO N° 4048-500002**

DATOS DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

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

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre: Empresa de Bienes y Servicios para el Hogar S.A.C	RUC: 20164486720
Dirección: Av. Rivera Navarrete 380	Distrito: San Isidro
Provincia: Lima	Departamento: Lima
Teléfono: 415-4646	

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos :	Tipo y N° de Documento:
Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Dirección:	Teléfono:
Correo Electrónico:	
Relación con el CONTRATANTE: Económica	

COBERTURA DEL SEGURO

Coberturas Principales	Suma Asegurada	Días de Cobertura
Renta Hospitalaria por Accidente	S/.90.00 por día	90 días al año.
Muerte Accidental	S/.1.200	—
Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/.1.200	—

Asistencias	Monto Máximo Nuevos Soles S/.	Eventos Máximo
Ambulancia en caso de Emergencia Médica	Hasta S/. 350	2 (dos) eventos al año
Orientación Médica Telefónica	Sin límite	Sin límite
Médico a Domicilio (por accidente o enfermedad grave)	Copago de s./ 30	Sin límite
Control de Tratamientos y Medicamentos	Sin límite	Sin límite
Asistencia y consultoría legal telefónica en materia civil, penal, familiar, laboral y tributaria	Sin límite	Sin límite
Orientación a los deudos del ASEGURADO en todo lo relacionado al reclamo de beneficios sociales	Sin límite	Sin límite

Las Coberturas de Invalidez Permanente por Accidente y Muerte Accidental son excluyentes entre sí, pudiendo el asegurado presentar la denuncia de siniestro solo por una de ellas.

PRIMAS

Prima	Monto S/.
Prima Anual Comercial Total	S/. 59.32
Prima Anual Comercial Total + IGV	S/. 70.00
La prima comercial total + IGV incluye:	Monto S/.
- Cargos por la contratación de comercializadores.	S/. 10.50

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Edad mínima de ingreso a la Póliza: 18 (diez y ocho) años.
Edad límite de ingreso a la Póliza: 65 (sesenta y cinco) años.
Edad límite de permanencia en la Póliza: Sin límite de permanencia.
El ASEGURADO podrá contratar como máximo 2 (dos) Pólizas de seguros.

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente: el beneficiario es el ASEGURADO. En caso que el ASEGURADO falleciera en el periodo de tiempo en que se mantuviera hospitalizado, y no se haya solicitado la cobertura del presente Seguro, ésta deberá ser solicitada por los Herederos Legales del ASEGURADO.
Para la cobertura de Muerte Accidental: los beneficiarios serán los Herederos Legales del ASEGURADO.
Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente: el beneficiario es el ASEGURADO.

DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES

No aplican.

VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia del presente seguro será anual e iniciará a las 00:00 del día siguiente a la fecha de firma de la presente Solicitud / Certificado. Este seguro no se renueva automáticamente.

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, que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima. Asimismo, indicará 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 periodo corrido del Contrato de Seguro.

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

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 y 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, los intereses moratorios respectivos y gastos que origine la rehabilitación. 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

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el 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 ASEGURADO haya recibido la Póliza de Seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el 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 ejercer el derecho de arrepentimiento, el ASEGURADO deberá presentar una comunicación a través de los mecanismos directos de comunicación detallados en el Certificado de Seguro; o en su defecto, en cualquiera de las Plataformas de Atención de la ASEGURADORA.

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 DE LA PÓLIZA

No pueden ser aseguradas las personas afectadas de una Invalidez Total y Permanente.

Asimismo, la presente Póliza no cubre ningún gasto originado por prestaciones médicas. Tampoco indemnizará al asegurado en caso las hospitalizaciones sean originadas, relacionadas o causadas por:

- a) Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza) y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo al CIE-10). Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos de ASEGURADOS DEPENDIENTES, cuyo nacimiento fuera amparado por la Póliza y que fueran inscritos en un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de su nacimiento.
- b) Respecto del Beneficio de Enfermedades Congénitas, las lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.
- c) No se cubren estudios o pruebas genéticas.
- d) Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio del presente seguro.

- e) Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicósomático).
- f) Chequeos médicos y despistajes de enfermedades en una persona sana, así como el tratamiento y/o medicina preventiva, así como todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- g) Cirugía estética, plástica o reconstructiva. Cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia.
- h) Tratamiento de melasma, alopecia, várices con fines estéticos y escleroterapia en várices.
- i) Cualquier afectación del estado de salud o lesiones, cuando el acto generador del siniestro sea resultante del uso no diagnosticado por un médico colegiado de drogas, fármacos, estupefacientes, narcóticos y alcohol, inclusive en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas o bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos. En el caso de lesiones en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas, se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado igual o mayor a 0.5gr/Lt en caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15gr/Lt desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos, se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- j) Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO, a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación al ASEGURADO.
- k) Lesiones a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio militar, así como los que resulten de la participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo.
- l) Lesiones producidas voluntariamente o en estado mental insano como suicidio, intento de suicidio, auto lesión, auto mutilación, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa.
- m) Embarazo, maternidad, sus complicaciones y consecuencias.
- n) Insuficiencia o sustitución hormonal, todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad, raquitismo, menopausia, climaterio, anorexia nerviosa y los derivados de ellos.
- o) Tratamientos originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique por propia cuenta, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.
- p) Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasio y centros no reconocidos por el Colegio Médico Peruano, así como todo tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba, cuya indicación no esté aprobada por la FDA (Food and Drugs Administration – EEUU).
- q) Tratamiento y operaciones derivadas de Hallux valgus, pie plano, varo valgo y otros similares.
- r) Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y cirugía bucal, tales como; periodontitis, osteoporosis, ortodoncia, gingivitis, prótesis, quiste dental y otros, a excepción de lo señalado en la tabla de beneficios y los causados por accidentes cubiertos por esta Póliza.
- s) Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y cráneo-mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aún sean a consecuencia de un accidente.
- t) Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear y/o isótopos radioactivos; así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.

- u) Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes que no guarden relación con la actividad u ocupación declarada por el ASEGURADO, siendo aquellos los siguientes: conducción de automóviles o vehículos de competencia; así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill y similares, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña, y deportes de riesgo según la definición incluida en la presente Póliza.
- v) Hospitalizaciones realizadas en instituciones legalmente no establecidas y hospitalizaciones por convalecencia.
- w) 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.
- x) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- y) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos.
- z) La práctica o desempeño de profesión u oficio claramente riesgoso, siendo aquellos los siguientes: bomberos, mineros, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, obreros de construcción, manipuladores de explosivos.
- aa) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- bb) Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR).

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente:

Los documentos que se deberán presentar a la ASEGURADORA al término de la hospitalización son los siguientes:

1. Factura y documento que acredite la hospitalización del hospital o clínica donde se verifique el nombre del ASEGURADO hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización
2. Copia certificada de la historia clínica desde el ingreso al internamiento.
3. Certificado médico con el o los diagnóstico(s) presentados.
4. Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO, en caso de ser menor de edad podrá presentar adicionalmente la partida de nacimiento.
5. En caso de fallecimiento del ASEGURADO, los herederos legales deberán presentar los mismos documentos anteriores además de lo siguiente:
 - a) Testimonio y/o Resolución Judicial y su respectiva inscripción como definitiva en los registros públicos del Testamento y/o Sucesión Intestada.
 - b) Original y/o copia certificada del Certificado de Defunción.
 - c) Original y copia del Documento Nacional de Identidad de los beneficiarios o solicitantes. Si fuera extranjero el Carné de Extranjería o en su defecto el Pasaporte.
 - d) Protocolo de necropsia.
 - e) Atestado policial completo.

La ASEGURADORA podrá solicitar mayor información acerca del siniestro en caso lo considere necesario.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a 3 (tres) meses.

En ningún caso procederán reembolsos parciales durante la hospitalización. Toda indemnización será reembolsada al fin de la hospitalización y luego de la evaluación y aprobación por parte de La ASEGURADORA.

Para la cobertura de Muerte Accidental:

Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su fallecimiento, siempre que su causa directa y única fuera un accidente no excluido por la Póliza, el o los beneficiarios, acreditando su calidad de tales mediante la presentación de su respectivo Documento de Identidad, podrán exigir el pago de la(s) Suma(s) Asegurada(s) directamente a cualquiera de las oficinas de la ASEGURADORA presentando los siguientes documentos, en original o copia legalizada:

- Acta de defunción del ASEGURADO.
- Certificado de defunción del ASEGURADO.
- Cuestionario de fallecimiento en formato proporcionado por la ASEGURADORA a ser llenado por el médico que certificó la defunción.
- Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Documento Oficial de Identidad de los beneficiarios mayores de edad y/o copia certificada de la partida de nacimiento de los beneficiarios menores de edad.
- Certificado domiciliario de los beneficiarios menores de edad.
- Atestado policial completo.
- Resultado de análisis toxicológico y alcoholemia.
- Resultado del dosaje etílico (sólo en caso de accidente de tránsito), de haberse realizado y cualquier otro documento que la ASEGURADORA estime conveniente.
- Certificado de seguro firmado por el ASEGURADO.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, la ASEGURADORA se reserva el derecho de exigir la necropsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los sucesores o beneficiarios otorgar su conformidad y su concurso, si fueran imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La necropsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los herederos y/o beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta de la ASEGURADORA, excepto los derivados del nombramiento del médico representante, de los herederos o beneficiarios.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a una Invalidez Total y Permanente siempre que su causa directa y única fuera un accidente no excluido por la Póliza, la ASEGURADORA pagará el capital asegurado por Invalidez Total y Permanente detallado en el Certificado de la Póliza.

Los documentos que se deberán presentar a la ASEGURADORA son los siguientes:

- Copia legalizada u original del Documento de Identidad del ASEGURADO.
- Dictamen médico que constate la invalidez.
- Atestado policial o informe sobre las circunstancias del accidente (proporcionado por el empleador en caso sea en horas de trabajo); o declaración jurada del accidente (en caso sea un accidente común).
- Dosaje etílico en caso la invalidez sea consecuencia de un accidente de tránsito.
- Informe médico completo e historia clínica del ASEGURADO.
- Certificado de seguro firmado por el ASEGURADO.

Una vez que el o los beneficiario(s) haya(n) cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo a la ASEGURADORA, y de encontrarlos conformes, completos y sin observación, la ASEGURADORA tendrá un plazo de treinta (30) días calendario para proceder al pago de la(s) Suma(s) Asegurada(s) descrita(s) en el Certificado del presente seguro.

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

PAGO DE LOS BENEFICIOS

En caso de solicitud de pago de beneficios derivados de la presente Póliza, se deberá tener en cuenta que la ASEGURADORA tendrá el plazo de 30 (treinta) días calendario para evaluar el siniestro y proceder a rechazarlo o consentirlo, previo envío de la documentación sustentatoria que dicho siniestro requiera y conforme lo estipula el Condicionado General de la Póliza. Recibida la documentación completa y encontrada conforme, la ASEGURADORA procederá a pagar dentro de 30 (treinta) días calendario la indemnización correspondiente, hasta la Suma Asegurada indicada en el Certificado de la Póliza.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada 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. Víctor 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: En Lima: (01) 411-3000 ó (01) 513-4493; en Provincias: 0-800-41100

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 Aragüez 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

- i. La ASEGURADORA 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. 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 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 al comercializador, por los ASEGURADOS del seguro o terceros encargados del pago, 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 ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por él 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.

INFORMACIÓN ADICIONAL

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

Instrucciones de uso del correo electrónico: i) En caso el ASEGURADO no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifique / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a atencionalcliente@rimac.com.pe o comunicarse al 411-3000; y, ii) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.

- **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 de 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 a RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

El ASEGURADO firma la presente Solicitud / Certificado de Seguro que consta de 9 (nueve) páginas, en señal de haber tomado conocimiento y aceptado las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Certificado de Seguro y Resumen de la Póliza. Este es un seguro diseñado exclusivamente para CARSA y la aceptación del mismo conlleva la aceptación de su intermediación para la administración del seguro.

Lugar y fecha de emisión: _____, ____ de _____ de _____



VICENTE CHECA BOZA
Vicepresidente
División Riesgos Humanos
RIMAC Seguros y Reaseguros

ASEGURADO