

SOLICITUD – CERTIFICADO SEGURO DE DESGRAVAMEN PREMIER CAJA CUSCO

Código SBS: VI0507400419
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

PÓLIZA N° 8745500001 SOLES

PÓLIZA N° 8745500002 DÓLARES

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

| TASA DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN* | | MONEDA |
|---------------------------------|------------------|-------------------|
| | | |
| FORMA DE PAGO/RENOVACIÓN | FECHA DE EMISIÓN | INICIO DEL SEGURO |
| | | |
| OFICINA GESTORA | CÓD. VENDEDOR | |
| | | |

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

(*) Esta tasa se aplicará al saldo insoluto de la deuda, cuyo detalle se encuentra en el cronograma de créditos entregado por Caja Cusco.

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR 1

| | | |
|--|---------------------|----------------------|
| Nombre y Apellido | N° Documento | Fecha de Nacimiento: |
| Sexo: | Correo electrónico: | Estado Civil: |
| Teléfono: | Dirección: | |
| Relación con el CONTRATANTE: Económica | | |

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR 2

| | | |
|--|---------------------|----------------------|
| Nombre y Apellido | N° Documento | Fecha de Nacimiento: |
| Sexo: | Correo electrónico: | Estado Civil: |
| Teléfono: | Dirección: | |
| Relación con el CONTRATANTE: Económica | | |

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

Contratante: CMAC Cusco S.A **RUC:** 20114839176
Dirección: Av. De la Cultura 1624, Wanchaq, Cusco, Cusco **Teléfono:** 51(84)606161

DATOS DE LA ASEGURADORA

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

RESUMEN DE LAS COBERTURAS

| | |
|--|-----------------------------------|
| Cobertura Principal | Suma Asegurada (S/ o US\$) |
| Fallecimiento Natural y Accidental | S/. 1 620,000 o US\$ 450 000 |
| Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Enfermedad | S/. 1 620,000 o US\$ 450 000 |
| Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Accidente | S/. 1 620,000 o US\$ 450 000 |

SUMA ASEGURADA MÍNIMA: Créditos superiores a S/ 300.00 o US\$ 100.00.

SUMA ASEGURADA MÁXIMA: Créditos hasta un máximo de US\$ 450 000 ó S/ 1,620,000. Si un asegurado tiene dos o más líneas de crédito aseguradas bajo la presente póliza, LA ASEGURADORA en caso de siniestro sólo indemnizará hasta US\$ 450 000 ó S/ 1,620,000 por todas las líneas de crédito (*).

(*) En caso se presente alguna solicitud de crédito por un importe mayor al indicado como suma máxima asegurada, ésta será evaluada por LA ASEGURADORA en forma individual a petición del CONTRATANTE, siendo el área de suscripción de la aseguradora quien determinará las condiciones de aceptación o rechazo de la solicitud.

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO

Saldo Insoluto: La suma asegurada será el equivalente al saldo insoluto del crédito que el asegurado adeude al contratante a la fecha del fallecimiento y/o invalidez total y permanente, de acuerdo con el cronograma de pagos preestablecido.

Créditos de los siguientes tipos:

- Créditos Gran Empresa
- Créditos Mediana Empresa
- Créditos Pequeña Empresa
- Créditos Micro Empresa
- Créditos Personales
- Créditos Prendarios
- Crédito Agropecuario
- Deudores en Proceso Judicial
- Otros que determine la CMAC CUSCO S.A.

DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS

Cobertura de Fallecimiento por muerte natural y muerte accidental:

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

Cobertura de Invalidez total y permanente por enfermedad:

En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, que surja como consecuencia de una enfermedad diagnosticada dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, RIMAC –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en la Póliza de Seguro.

Definición de Invalidez Total y Permanente:

A efectos de lo establecido en la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual, definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6% de su capacidad total.

Cobertura de Invalidez total y permanente por accidente:

En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO que surja como consecuencia de un accidente producido dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, LA ASEGURADORA –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro, de acuerdo a lo siguiente.

Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura, se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, a la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6%, de su capacidad total.

Definición de Accidente: Todo suceso violento, súbito, imprevisto, involuntario, y fortuito, causado por agentes externos, que causa o da lugar a daños o lesiones en el ASEGURADO.

No se consideran como accidentes las siguientes situaciones, ni sus consecuencias, ni los eventos o sucesos que se produzcan por o como consecuencia de: ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.

PRIMA

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

| Montos de Créditos - Soles | Tasa Comercial Mensual Titular (x Mil) | Tasa Comercial Mensual Titular + 1 (x Mil) | Comisión de comercialización sobre la Tasa Neta |
|-------------------------------------|--|--|---|
| Créditos desde S/300 según detalle: | | | |
| De S/ 300 a S/ 5 000 | 1.5765‰ | 3.1530‰ | 60.43% |
| De S/ 5 001 a S/ 30 000 | 0.9000‰ | 1.8000‰ | 51.86 % |
| De S/ 30 001 a S/ 40 000 | 0.8000‰ | 1.6000‰ | 49.20% |
| De S/ 40 001 a S/ 49 999 | 0.6500‰ | 1.3000‰ | 38.90% |
| De S/ 50 000 a S/ 120 000 | 0.6000‰ | 1.2000‰ | 34.30% |
| De S/ 120 001 a más | 0.5000‰ | 1.0000‰ | 22.40% |
| Créditos Institucionales | 0.3808‰ | 0.7616‰ | 0.00% |

| Montos de Créditos - Dólares | Tasa Comercial Mensual Titular (x Mil) | Tasa Comercial Mensual Titular + 1 (x Mil) | Comisión de comercialización sobre la Tasa Neta |
|-------------------------------------|--|--|---|
| Créditos desde \$100 según detalle: | | | |
| De \$ 100 a \$ 1,700 | 1.5765‰ | 3.1530‰ | 60.43% |
| De \$ 1,701 a \$ 9,100 | 0.9000‰ | 1.800‰ | 51.86% |
| De \$ 9,101 a \$ 12,100 | 0.8000‰ | 1.6000‰ | 49.20% |
| De \$ 12,101 a \$ 15,150 | 0.6500‰ | 1.3000‰ | 38.90% |
| De \$ 15,1501 a \$ 36,400 | 0.6000‰ | 1.2000‰ | 34.30% |
| De \$ 36,401 a más | 0.5000‰ | 1.0000‰ | 22.40% |
| Créditos Institucionales | 0.3808‰ | 0.7616‰ | 0.00% |

Comisión por intermediación de corredor de seguros: 4.5% + igv de la prima Rímac neta (sin Derecho de Emisión)

La tasa Neta es la tasa Comercial mensual descontando el gasto de emisión (3%).

Ejemplo de cálculo de la prima a pagar:

Saldo Capital S/.10,000

Tasa 0.90‰

Prima a pagar: S/.10,000 * 0.90‰ = S/.9.00

INTERÉS ASEGURADO

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

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar y forma: Oficinas del Contratante. **Forma:** El pago de la prima es mensual, conforme al cronograma de pago del crédito. **Fecha de vencimiento de pago de la prima:** 30 días desde el inicio de vigencia y/o renovación. **Interés Moratorio:** No aplica

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

El beneficiario es el Contratante / Comercializador, es decir Caja Municipal de Ahorro y Credito Cusco S.A.

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: La edad máxima de ingreso es 75 años, 11 meses y 29 días (después solo renovaciones). La edad máxima de permanencia es 80 años, 11 meses, 29 días.

Para las coberturas Invalidez total y permanente por accidente e Invalidez total y permanente por enfermedad: La edad máxima de ingreso es 75 años, 11 meses y 29 días (después solo renovaciones). La edad máxima de permanencia es 80 años, 11 meses, 29 días.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Todo prestatario con solicitud nueva de crédito, superior a US\$ 20 000 ó S/. 72 000 hasta un máximo de US\$ 150 000 ó S/ 540 000, está obligado a llenar una declaración personal de salud (DPS), según modelo anexo inserto en la póliza, exigencia aplicable a todo crédito nuevo solicitado a partir de la vigencia del nuevo seguro a contratar.

En caso de consignar una respuesta afirmativa, la conformidad y desembolso de créditos quedarán sujetos a aceptación del riesgo de la aseguradora. Lo mismo ocurre si el cliente declara alguna información adicional y relevante sobre su estado de salud (esta información es requerida dentro de la DPS)

Todo nuevo prestatario con solicitud de crédito superior a US \$ 150 000 ó S/ 540 000, estará obligado a llenar una declaración personal de salud (DPS), que será remitida a la aseguradora para su evaluación; ésta podrá solicitar al cliente someterse a exámenes médicos, según monto del préstamo y edad, por cuenta de la Aseguradora, la cual en un plazo máximo de 48 horas (contados desde la fecha en que la aseguradora obtenga los resultados del examen médico) dará conformidad o no a la admisibilidad del asegurado, caso contrario se dará por conforme su inclusión en la póliza, salvo los casos que requieran aceptación por parte de reasegurador, en cuyo caso el plazo se extenderá según el importe del crédito y documentos a evaluar no pudiendo extenderse de 5 días útiles.

Para créditos mancomunados, el titular y su cónyuge deberán cumplir con estas exigencias: llenado de DPS y exámenes médicos, según corresponda.

Sumas aseguradas mayores a USD 450,000 (casos especiales): EL CONTRATANTE deberá solicitar de manera expresa al Área de Suscripción de LA ASEGURADORA la evaluación correspondiente de los casos que superen la suma asegurada máxima del producto que es USD 450,000. El Área de Suscripción solicitará la documentación y/o exámenes que considere necesarios para la correcta evaluación del riesgo y procederá a determinar si el asegurado será aceptado o no en la póliza y bajo qué condiciones.

El sobrecargo máximo de la tasa es del 100% (todos los casos que superen dicho porcentaje no podrán ser incluidos en la póliza de Desgravamen).

Escala de Exámenes Médicos

| | | |
|--|--------------------------|-------|
| Hasta 41 años de edad: | Hasta US\$ 200,000 | A |
| | De US\$ 200,001 a más | A + B |
| Desde 42 y hasta 51 años: | Hasta US\$ 170,000 | A |
| | Desde US\$ 170,001 a más | A + B |
| Desde 52 años hasta 75 años 364 días: | Hasta US\$ 150,000 | A |
| | Desde US\$ 150,001 a más | A + B |

Con:

A: Declaración personal de salud, las mismas tienen vigencia de 45 días

B: Reconocimiento médico con análisis de orina completa, electrocardiograma y prueba de esfuerzo, radiografía de tórax (solo si el cliente ha tenido antecedentes de alguna afección pulmonar) y análisis completo de sangre con test de HIV

Los tiempos de respuesta son:

24 horas: Solicitudes sin requerimientos adicionales

48 horas: Solicitudes con requerimientos adicionales, contados desde la obtención de los resultados de los exámenes realizados para pronunciarse sobre la conformidad del crédito.

En los casos que se requiera aceptación por parte de reasegurador, el plazo se extenderá, según el importe del crédito y documentos a evaluar, hasta en 5 días útiles.

Se deberán enviar a Suscripción todas las Declaraciones de Salud que presenten al menos una respuesta positiva en el cuestionario y/o un índice de Masa Corporal igual o mayor a 28.

Caja Cusco será responsable del correcto archivo de las Declaraciones Personales de Salud que no requieran ser remitidas para suscripción poniendo a disposición de LA ASEGURADORA estos documentos en cualquier momento en que sean solicitados con un plazo de entrega no mayor a 48 horas. La misma consideración rige para los Certificados de Seguro debidamente firmado por los ASEGURADOS en señal de conformidad y aceptación del seguro.

Si después de realizar los exámenes solicitados inicialmente por Suscripción de LA ASEGURADORA, se detectara indicio de alguna enfermedad o dolencia, LA ASEGURADORA podrá requerir exámenes adicionales cuyo costo será cubierto en un 100% por el ASEGURADO. Igualmente, se podrá solicitar que el ASEGURADO complete otro tipo de cuestionario relacionados a su profesión o deportes.

LA ASEGURADORA no asumirá el costo de los exámenes médicos en casos donde se solicite adicionales a los establecidos en la póliza.

EL CONTRATANTE tiene la obligación de informar y hacer cumplir a los Asegurados los requisitos de asegurabilidad indicados en la Póliza de Desgravamen.

Las solicitudes que no tienen ninguna observación y no contienen ninguna respuesta positiva, ni ningún requerimiento adicional por monto y plazo (considerar cúmulos por préstamos anteriores), serán aceptadas automáticamente.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL

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

- Suicidio consciente y voluntario dentro del primer año de vigencia completos e ininterrumpidos. La auto mutilación o autolesión*.**
- Penal de muerte, participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos, duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.**

- c. Acto delictivo contra el Asegurado cometido por el Beneficiario o heredero, en calidad de autor o cómplice.
- d. Guerra, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- e. Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro**.

(*) Condición especial que modifica la exclusión de Suicidio: Suicidio consciente y voluntario dentro del primer año de vigencia completo e ininterrumpido. La auto mutilación o autolesión.

(**) Condición especial que modifica la exclusión de Enfermedades Pre existentes: Esta póliza no cubre siniestros de muerte o invalidez que sean consecuencia de las enfermedades graves y/o crónicas, preexistentes a la solicitud del crédito, que se detallan a continuación: SIDA o VIH, cáncer, accidentes cerebro vasculares (ACV), insuficiencia renal crónica y antecedentes de infarto al miocardio y/o de cirugías cardiovasculares; y que éstas hayan sido de conocimiento del cliente de crédito y/o que le hayan sido diagnosticadas o tratadas antes de la solicitud del crédito. La aseguradora podrá solicitar informes médicos ampliatorios, u obtenerlos en forma directa, que le permitan establecer la procedencia del reclamo.

COMUNICACIÓN DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DEL ASEGURADO

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

DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

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

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

EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

Si transcurren 90 días desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima, esta Póliza de Seguro quedará extinguida. RIMAC conservará las primas correspondientes al periodo 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 siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

Modo de Indemnización

- a. Cuando se trata de un sólo prestatario y/o Titular del crédito, el 100 % del préstamo.
- b. En caso de que el crédito sea mancomunado (dos o más personas o ambos cónyuges en una sociedad conyugal) pero no hayan pasado la aprobación del seguro ambos, en ese caso se indemnizará en forma proporcional a la persona que estuvo con cobertura; es decir, el crédito no se cancela al 100%.
- c. Para créditos mancomunados, donde ambos pasaron la aprobación del crédito; y de haberse producido el fallecimiento de uno de los asegurados cubiertos por la póliza, el sobreviviente queda automáticamente excluido de la misma, activándose la cobertura al 100%.

El documento que determina la titularidad del crédito es el formulario de Solicitud de Crédito. El seguro cubre al titular declarado, quien debe tener su certificado de seguro.

Paso 2: Solicitar la Cobertura de fallecimiento:

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

Fallecimiento Natural y Accidental

- Copia Certificada de la Partida o Acta de Defunción emitida por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción o la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con dicho documento). En caso que parte de la indemnización deba ser pagada a otros beneficiarios adicionales, estos también deberán presentar copia de sus Documentos de Identidad. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

En caso de fallecimiento por accidente se deberá presentar además:

- Original o Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Examen toxicológico, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

Documentos a presentar aplicables a las cláusulas adicionales:

Invalidez Total y Permanente por Accidente

- Copia simple de su Documento Oficial de Identidad.
- Copia Certificada del Parte Policial o Atestado Policial completo, en caso de haberse realizado.
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, de la Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. La fecha que se considera para los casos de Invalidez Total y Permanente por accidente es la de ocurrencia del accidente
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

- Copia simple del Documento Oficial de Identidad del ASEGURADO.
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.
- 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. La fecha que se considera para los casos de Invalidez Total y Permanente por enfermedad es la de emisión del Certificado de Discapacidad.
- Estado de Cuenta a la fecha del siniestro, del crédito o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea Beneficiaria.

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

Recuerde que todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

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

Nota1: En caso de muerte presunta, esta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a Rimac Seguros, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de Rimac Seguros se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

Nota 2: CMAC Cusco deberá proporcionar el Estado de Cuenta del préstamo del cliente a la fecha del siniestro, El asegurado autoriza a CMAC Cusco a proporcionar el Estado de Cuenta del crédito del asegurado.

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

La junta médica evaluará la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al ASEGURADO a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el ASEGURADO y LA ASEGURADORA.

La declaración de invalidez del ASEGURADO de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para LA ASEGURADORA y para la junta médica un valor meramente informativo y referencial.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de solicitar documentación adicional en caso de considerarlo necesario. Dicha documentación correrá a cuenta del asegurado.

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 en el Paso 2 precedente 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, y en caso éste último no acepte la prórroga solicitada, podrá solicitarlo 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).

Para efectos de la evaluación de la documentación presentada, el ASEGURADO autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda entregar directamente cualquier información solicitada por RIMAC, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

Si transcurre el plazo descrito en el primer párrafo precedente y RIMAC no se ha pronunciado respecto del siniestro, se entiende que este ha sido consentido.

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

Solicitud de Cobertura Fraudulenta

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

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

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

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

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

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

LUGARES AUTORIZADOS POR RIMAC PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

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

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

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

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

MEDIOS HABILITADOS POR RIMAC PARA PRESENTAR RECLAMOS

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita como se detalla a continuación:

Verbal: Presencial o vía telefónica a través de los Centros de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas.

Escrito: Mediante carta dirigida a RIMAC Seguros o a través de la página web o correo electrónico / **Central de**

Consultas y Reclamos: (01) 411-1111 / **Correo Electrónico:** reclamos@rimac.com.pe / **Página Web:** www.rimac.com

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

No aplica.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado: www.defaseg.com.pe Lima:(01) 421-0614 Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima. /
Indecopi: www.indecopi.gob.pe Lima: (01) 224-7777 Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040 SEDE CENTRAL LIMA SUR:
Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima. SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima. /
Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS): www.sbs.gob.pe LIMA: Los Laureles 214, San Isidro Teléfono (511) 630-9000 | Fax: (511) 630-9239 AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau. Consultas y Denuncias: (511) 630-9000 | 200-1930.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

- I. RIMAC es responsable frente al ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- II. RIMAC es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador.
Para efectos del presente certificado de seguro, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
- III. Las comunicaciones cursadas por los ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a RIMAC.
- IV. Los pagos efectuados por los ASEGURADOS o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a RIMAC.

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

RIMAC remitirá comunicaciones escritas al domicilio del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en caso no se consigne una dirección electrónica, o, a decisión expresa de RIMAC, en forma adicional a la comunicación electrónica o en caso la normatividad vigente lo exija. En caso el ASEGURADO no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-1111. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

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

Lugar y fecha:



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

ASEGURADO TITULAR 1

ASEGURADO TITULAR 2

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD - Seguro Desgravamen

DATOS DEL TITULAR

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

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

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

DATOS DEL CRÉDITO

| | | | | | | | |
|----------------------|--|--------------------------------|----------------------------------|---------|--|-------------|--|
| Importe del Préstamo | | Plazo | | Oficina | | Funcionario | |
| | | | | | | | |
| Tipo de Préstamo | | Moneda | | Mail | | Teléfono | |
| | | Soles <input type="checkbox"/> | Dólares <input type="checkbox"/> | | | | |

Deuda Actual (cúmulos)

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

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

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

Detalle de las respuestas afirmativas

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

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

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

() *Cliente prefiere mantener la confidencialidad de la información.*

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del Titular 1 _____

Firma del Titular 2 _____