

SOLICITUD – CERTIFICADO SEGURO DE DESGRAVAMEN PREMIER CAJA CUSCO TARJETA DE CRÉDITO

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

PÓLIZA SOLES N° 8776500001

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

MONEDA:

FORMA DE PAGO / RENOVACIÓN

FECHA DE EMISIÓN

INICIO DEL SEGURO

OFICINA GESTORA

CÓD. VENDEDOR

Los certificados de seguro se emiten de la póliza matriz, y su vigencia estará asociada a que el ASEGURADO mantenga una deuda activa en la tarjeta de crédito del CONTRATANTE. La fecha de inicio de vigencia de los certificados de seguro es la fecha en que inicia el periodo de facturación de la tarjeta de crédito del CONTRATANTE y el cobro debe ser proporcional al promedio de los saldos deudores diarios del periodo de facturación del CONTRATANTE y se mantendrá vigente en tanto: (i) EL ASEGURADO realice el pago puntual y completo de las cuotas de su crédito suscrito con EL CONTRATANTE, (ii) la póliza matriz de desgravamen de Caja Cusco suscrita con LA ASEGURADORA se mantenga vigente; y, (iii) EL ASEGURADO se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en el certificado de seguros respectivo.

La vigencia del certificado de seguro culminará cuando el cliente haya cumplido con el pago total del crédito inicial o cuando la vigencia de la póliza de seguro matriz culmine o cuando el asegurado haya alcanzado el límite de permanencia indicado en el certificado de seguro.

DATOS DEL ASEGURADO

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. La Cultura 1624 Wanchaq, 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 Máxima
Fallecimiento Natural y Accidental	S/ 60,000
Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Enfermedad	S/ 60,000
Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Accidente	S/ 60,000

SUMA ASEGURADA MÁXIMA: S/. 60,000 al momento del fallecimiento o de la invalidez total y permanente. Si un asegurado tiene dos o más líneas de crédito aseguradas bajo la presente póliza, LA ASEGURADORA en caso de siniestro sólo indemnizará hasta S/. 60,000 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 en su tarjeta de crédito con el contratante a la fecha del fallecimiento y/o invalidez total y permanente, de acuerdo con el cronograma de pagos preestablecido. El saldo insoluto de la deuda no incluye intereses, gastos, moras, etc.

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 el presente certificado, 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 el presente certificado.

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

Tasa mensual expresada en miles (‰)

CONCEPTO	
Tasa Comercial Cliente	1.1570 ‰
Comisión de Comercialización	24.70%

La comisión del CONTRATANTE se calcula multiplicando el % de comisión canal por la prima cliente neta (prima cliente neta = prima comercial cliente menos D.E.

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

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: Oficinas del Contratante.

Forma: El pago de la prima es mensual, con cargo en la tarjeta de crédito.

Fecha de vencimiento o pago de la prima: Corresponde a la fecha máxima de pago de la tarjeta de crédito.

Interés Moratorio: No aplica

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

- En caso de la Cobertura Principal, el beneficiario es el Contratante / Comercializador.

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.

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.
- Pena 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.
- Acto delictivo contra el Asegurado cometido por el Beneficiario o heredero, en calidad de autor o cómplice.
- 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.
- Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

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 período efectivamente cubierto. A partir de la fecha en que se produzca la extinción, RIMAC queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO:

Paso 1: Dar aviso a RIMAC

Dar aviso dentro de los 07 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

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

Para Sumas Aseguradas menores o iguales a S/ 10,000 nuevos soles:

- 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 de 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.

Para Sumas Aseguradas mayores a S/ 10,000 nuevos soles:

- 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 de 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.
- Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada por la institución de salud, en caso de fallecimiento por enfermedad.
- 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 Etilico, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

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 Rímac 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 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.

También podrá presentar su Solicitud de Cobertura del Seguro a solicitud.cobertura@rimac.com.pe.

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 Solitud - Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el ASEGURADO en los términos estipulados por RIMAC, en tanto el ASEGURADO hubiera proporcionado información veraz.

Lugar y fecha:



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

ASEGURADO