

## SOLICITUD-CERTIFICADO DE SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE PLAN 2

Código SBS: AE0506100330

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**PÓLIZA N° 9301- 500001**

**CERTIFICADO N°:**

**INICIO:** / /  
**FIN:** / /

**El plan es mensual:** A los 30 días calendario desde la fecha de emisión de este certificado. Se renueva automáticamente a su fin de vigencia, por períodos iguales y sucesivos.

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

### DATOS DEL ASEGURADO. Relación con el CONTRATANTE: Económica

#### DATOS DEL ASEGURADO:

**Nombres y apellidos:**

**Tipo y n° de documento:**

DNI  Carnet de Extranjería  N°

**Fecha de nacimiento:**

**Sexo:** M  F

**Domicilio:**

**Distrito:**

**Provincia:**

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:**

**Relación con el contratante:** Económica

#### DATOS DEL CÓNYUGE:

**Nombres y apellidos:**

**Tipo y n° de documento:**

DNI  Carnet de Extranjería  N°

**Fecha de nacimiento:**

**Sexo:** M  F

**Domicilio:**

**Distrito:**

**Provincia:**

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:**

### COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

#### Coberturas Principales:

**PLAN 2**

##### Muerte Accidental

Si como consecuencia de un accidente se produce el fallecimiento del Asegurado, RIMAC indemnizará al (a los) Beneficiario(s) respectivos, siempre que el evento no se encuentre excluido. El fallecimiento debe producirse como máximo a los noventa (90) días calendario contados desde la fecha del accidente.

S/ 170,000

**Se deja constancia que al presente Plan [\*], no será aplicable la cobertura de seguro denominada "Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente" a la que hace referencia el literal B. del artículo 24 de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales CNT.**

### PRIMAS

PLANES	TITULAR SOLO Prima Comercial + IGV	TITULAR + CÓNYUGE Prima Comercial + IGV
Prima Comercial	S/ 35.00	S/ 55.00

Comisión del comercializador: 35% sobre la Prima Neta.

La Prima Neta es la Prima Comercial descontando IGV (18%) y el gasto de emisión (3%).

### DATOS DEL MEDIO DE PAGO ELEGIDO

Tarjeta de Crédito:  Cta. Ahorros:

Nº \_\_\_\_\_ F. Vencimiento: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

En caso de la Cobertura por Muerte Accidental, los beneficiarios serán:

NOMBRE*	TIPO Y N° DE DOCUMENTO*	DIRECCIÓN*	RELACIÓN CON EL ASEGURADO	% DE PARTICIPACIÓN EN EL BENEFICIO

NOMBRE*	TIPO Y N° DE DOCUMENTO*	DIRECCIÓN*	RELACIÓN CON EL ASEGURADO	% DE PARTICIPACIÓN EN EL BENEFICIO

(\*) Campos obligatorios.

En caso que no se haya(n) designado BENEFICIARIO(S), se considerará como BENEFICIARIO(S) al / a los Heredero(s) Legal(es) del ASEGURADO.

En caso los datos de identificación del BENEFICIARIO designado sean incorrectos y/o incongruentes entre sí (nombre - DOI), tal designación se tendrá por no realizada, entendiéndose como BENEFICIARIO(S) de la Póliza a el/los Heredero(s) Legal(es) del ASEGURADO.

Si se designaron varios BENEFICIARIOS, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

## ASISTENCIA

Asistencia Protección Múltiple (cláusula adicional Protección Múltiple)

Según cláusula adicional.

## CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

**Lugar:** Oficinas del Contratante.

**Forma:** El pago de la prima es mensual, con cargo en cuenta o Tarjeta de Crédito según la modalidad del plan elegido. De no existir saldo en la cuenta, el Asegurado Titular autoriza al Contratante a proceder con el cargo respectivo en cualquier otra cuenta donde mantenga saldo acreedor.

Cuando la cuenta y/o tarjeta de crédito del Asegurado Titular se encuentre bloqueada o retenida por requerimiento de la autoridad competente y/o instrucciones del Contratante por operaciones activas celebradas por el Asegurado Titular, el Contratante y/o la Compañía no será responsable por la imposibilidad de realizar el cargo de la prima del presente seguro. Las consecuencias de esta falta de pago serán de total responsabilidad del Asegurado Titular. Es responsabilidad del Asegurado Titular informar al Contratante y/o a la Compañía de cualquier cambio, renovación, bloqueo, suspensión, anulación u otra modificación sobre la cuenta o tarjeta de crédito donde se carga mensualmente la prima del seguro.

**Fecha de vencimiento de pago de la prima:** 30 días desde el inicio de vigencia y/o renovación.

**Interés Moratorio:** No aplica

## DATOS DE LA ASEGURADORA

**Aseguradora:** Rimac Seguros y Reaseguros

**RUC:** 20100041953

**Dirección:** Las Begonias Nro. 475, Piso 1.

**Distrito:** San Isidro

**Provincia:** Lima

**Departamento:** Lima

**Teléfono:** 411-1111

**Página Web:** [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe)

**Correo electrónico:** [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe)

## DATOS DEL CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA

**CONTRATANTE:** BANCO BBVA PERÚ

**RUC:** 20100130204

**Dirección:** Av. República de Panamá 3055

**Distrito:** San Isidro

**Provincia:** Lima

**Departamento:** Lima

**Teléfono:** (01) 595-0000

## DEDUCIBLES

No aplica.

## INTERÉS ASEGURABLE

La vida y salud del ASEGURADO.

## REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Edad mínima de ingreso: 18 años.

Edad máxima de ingreso: 65 años y 364 días.

Edad máxima de permanencia en el seguro: 70 años y 364 días.

## DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

EL ASEGURADO tiene derecho a arrepentirse de la contratación del Certificado de Seguro. Para esto, el ASEGURADO podrá resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el ASEGURADO haya recibido el Certificado de Seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en el mismo. 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 estos fines, el ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de Identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las Plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentra indicadas en el presente Certificado del Seguro. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que se usaron para la contratación del seguro.

## EXCLUSIONES

Son exclusiones del presente contrato: Queda excluido de la cobertura de este certificado el fallecimiento del ASEGURADO o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

1. Suicidio, automutilación o autolesión.
2. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de las normas vigente; en duelo concertado en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar así como participando activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
3. Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el BENEFICIARIO, dejando a salvo el derecho de acrecer de los restantes BENEFICIARIOS. En caso no se hayan designado BENEFICIARIOS, se le aplica la misma condición para los Herederos Legales.
4. Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.
5. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
6. Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, o en operaciones o viajes submarinos, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares.
7. 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.
8. Realización de actividades y/o deportes como escalamiento, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, inmersión o caza submarina, surf, windsurf, navegación en velero, canotaje, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, caza de fieras, rodeo, artes marciales, boxeo, lucha libre, squash, rugby, football Americano.
9. La práctica o desempeño de profesiones u oficios como 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.
10. Estar bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo al momento y como acto generador del siniestro.
11. Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por el presente certificado.
12. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
13. Las complicaciones médicas de embarazos o parto.

## 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 el certificado de Seguro. Ante tu solicitud, se considerará resuelta de manera automática.

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 en que solicitaste la resolución de la Póliza.

## EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

En caso de incumplimiento del pago de la prima, el contrato de seguro quedará extinguido transcurridos noventa (90) días calendario desde el incumplimiento. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el período efectivamente cubierto por el Certificado de Seguro.

## AVISO DEL SINIESTRO

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro, o desde que el BENEFICIARIO tenga conocimiento del beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las Condiciones Particulares del presente documento o certificado de seguro tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a la ASEGURADORA pudiendo recibir el comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro.

## SOLICITUD DE COBERTURA

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus Plataformas de Atención al Cliente en Lima o provincias o a través del comercializador, los siguientes documentos:

1. Copia Certificada del Acta de Defunción.
2. Certificación de Reproducción Notarial del Certificado de Defunción.
3. Copia Certificada del Atestado policial, en caso de haberse realizado.
4. Original del Informe elaborado por el empleador acerca de las circunstancias del accidente (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).

5. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso de haberse realizado.
6. Copia Certificada del Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, de acuerdo a las circunstancias, según corresponda.
7. Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y en caso que el ASEGURADO haya participado como conductor del vehículo).
8. Copia simple del documento de identidad de los BENEFICIARIOS o Copia Certificada de la Partida de Nacimiento, en caso que los BENEFICIARIOS sean menores de edad y no cuenten con DNI).
9. En caso de no contar con BENEFICIARIOS, adjuntar el Testimonio y Copia Literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada, según corresponda. En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente.

### CONSULTA DE ESTADO DE SINIESTRO

Una vez que haya presentado la documentación indicada en la “Solicitud de Cobertura”, usted podrá conocer el estado de su siniestro comunicándose a los teléfonos: 411-1111 (Lima) o 0800-41111 (provincias).

### PAGO DE SINIESTRO

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación e información completa exigida por el presente certificado, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro. En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO o BENEFICIARIOS o HEREDEROS, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que la ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la ASEGURADORA para consentir o rechazar el siniestro.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder el pago del beneficio.

### LUGARES AUTORIZADOS POR RIMAC PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicado por el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO a la ASEGURADORA en las Plataformas de Atención al Cliente:

<b>OFICINA PRINCIPAL</b>	Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima
<b>PLATAFORMAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE</b>	
<b>Lima:</b> Calle Las Begonias 690, San Isidro	<b>Arequipa:</b> Pasaje. Belén 103 Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700.

**Central de Consultas y Reclamos:** (01) 411-1111

**Central de Emergencias Aló Rímac: Lima:** (01) 411-1111 Provincias: 0-800-4-1111

**Correo Electrónico para Atención al Cliente:** atencionalcliente@rimac.com.pe

**Correo Electrónico para Reclamos:** reclamos@rimac.com.pe

**Página Web:** [www.rimac.com](http://www.rimac.com)

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

### MEDIOS HABILITADOS POR RIMAC PARA PRESENTAR RECLAMOS

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular o servicio, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita en las modalidades que se detallan a continuación:

**Verbal:** Vía Presencial Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas.

**Escrito:** Mediante carta dirigida a Rímac 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](mailto:reclamos@rimac.com.pe)

**Página Web:** [www.rimac.com](http://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 CONSULTAS / RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

<b>Defensoría del Asegurado:</b>	<a href="http://www.defaseg.com.pe">www.defaseg.com.pe</a> Teléfono: (01) 421-0614 Lima: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima.
----------------------------------	--

<b>Indecopi:</b>	<a href="http://www.indecopi.gob.pe">www.indecopi.gob.pe</a> Teléfono: (01) 224-7777 Teléfono 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.
<b>SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP (SBS):</b>	<a href="http://www.sbs.gob.pe">www.sbs.gob.pe</a> 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. <b>Consultas y Denuncias: 0800-10840</b>

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante el llenado del presente Registro, declaro haber sido informado, conforme a Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales ("la Ley") y al Decreto Supremo 003-2013/JUS, Reglamento de la Ley ("el Reglamento"), que los datos personales que he proporcionado serán tratados por Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante, "RIMAC SEGUROS") con la finalidad de realizar la contratación de bienes y servicios, así como, a efectos de supervisar la ejecución de los mismos, para efectuar el pago de los importes pactados, y para realizar un control posterior del servicio prestado o bien adquirido. Estos datos son obligatorios y la negativa a suministrarlos supondrá la imposibilidad de concretar la relación contractual.

Los datos personales entregados, ya sea que se trate de personas naturales o de representantes de personas jurídicas, serán almacenados mientras dure la relación contractual con RIMAC SEGUROS, y hasta por 10 años de culminada la misma, en el banco de datos de su titularidad, ubicado en Calle Las Begonias N° 540, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Proveedores" con código RNPDP-PJP N.° 1634.

Para la finalidad descrita anteriormente, RIMAC SEGUROS podrá realizar el tratamiento de los datos personales por encargo a terceros a nivel nacional y/o internacional, encontrándose los listados de dichos terceros en [www.rimac.com.pe/politica-privacidad](http://www.rimac.com.pe/politica-privacidad). A estos terceros les son aplicables las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales que a RIMAC SEGUROS.

Conozco mi derecho a solicitar el acceso a los datos personales y a conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC SEGUROS y/o enviando una solicitud al correo electrónico [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe), pudiendo además acudir a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial mediante la acción de hábeas data.

### 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. 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 la ASEGURADORA.
- iv. Los pagos efectuados por los ASEGURADOS o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a La ASEGURADORA.

### 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 la ASEGURADORA, en tanto la ASEGURADORA hubiera proporcionado información veraz.



GIOVANNI SCARSI NUÑEZ  
 Vicepresidente  
 División Seguros Personales  
 Rimac Seguros y Reaseguros

## CLÁUSULA ADICIONAL DE ASISTENCIAS PROTECCIÓN MÚLTIPLE

Es indispensable que el AFILIADO se comunique a la central telefónica 01-4113073 para recibir cualquiera de las asistencias descritas en la presente Cláusula Adicional. La comunicación a esta central telefónica es requisito para activar la cobertura en caso el AFILIADO la necesite usar.

**RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS**, le brinda un beneficio a los Asegurados de la **Póliza de Seguro Protección Múltiple BBVA**, de manera gratuita, su **CLÁUSULA ADICIONAL “ASISTENCIA PROTECCIÓN MÚLTIPLE”**, a través de un proveedor de servicios (**EL PROVEEDOR**), le brinda Asistencia Médica, Hogar, Vial, Asistencia Segura y Referencias las 24 horas del día, los 365 días del año. Con tan solo una llamada, RIMAC dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención, sujetándose para ello a las condiciones de la Cláusula.

**Seguro al que aplica la Cláusula:** Protección Múltiple BBVA, en adelante, Protección Múltiple.

**Periodo de carencia:** No aplica.

**Vigencia de la Cláusula Adicional Asistencia Protección Múltiple:** La Cláusula tiene una Vigencia Anual, que será renovable automáticamente siempre y cuando el Seguro Protección Múltiple permanezca vigente y al día en sus pagos de primas.

**La Cláusula Adicional “Asistencia Protección Múltiple” es brindado por un tercero con quien RIMAC mantiene relaciones comerciales.**

**Si es que por caso fortuito, el contrato que mantiene RIMAC con EL PROVEEDOR se resuelva, RIMAC podrá otorgar las presentes asistencias a través de otro proveedor de servicios, o de lo contrario, reemplazarlas por otras asistencias.**

### 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

#### 1.1. DEFINICIONES:

Siempre que se utilicen letras MAYÚSCULAS en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

**A. RIMAC: RIMAC SEGUROS.**

**B. EL PROVEEDOR:** El proveedor elegido por RIMAC SEGUROS para brindar los servicios indicados en la presente cláusula.

**C. AFILIADO:** Es la persona física AFILIADO a RIMAC SEGUROS que se haya afiliado a “RIMAC - BBVA PROTECCIÓN MULTIPLE”. Dentro de este rubro se entenderán como AFILIADOS del AFILIADO el cónyuge, hijos y/o dependientes menores de 18 años que vivan permanentemente y bajo la dependencia económica del AFILIADO, quienes podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el AFILIADO de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

**D. TITULAR:** AFILIADO principal de RIMAC SEGUROS.

**E. NUEVOS SOLES:** La moneda en curso legal en la REPÚBLICA del PERÚ.

**F. SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados en “RIMAC SEGUROS” y que se refiere el presente documento.

**G. SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Todo hecho o acto del hombre, accidente, avería o falla de un vehículo de un AFILIADO ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el documento, que den derecho a la prestación de los SERVICIOS.

**H. ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales a un AFILIADO, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad) que ocurra a un AFILIADO durante la vigencia del presente documento.

**I. FAMILIAR:** Cónyuge e hijos y/o dependientes económicos de un AFILIADO menores de 18 años.

**J. FECHA DE INICIO:** Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece EL PROVEEDOR estarán a disposición de los AFILIADOS de RIMAC SEGUROS.

**K. PAÍS DE RESIDENCIA:** La República del Perú.

**L. REPRESENTANTE:** Cualquier persona, sea o no acompañante del AFILIADO que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

**M. TERRITORIALIDAD:**

**Lima Metropolitana, Callao y Balnearios:**

Por el Norte: Hasta la Variante de Ancón.

Por el Sur: Hasta Villa el Salvador (en verano se amplía hasta Asia).

Por el Este: Hasta Chosica.

Por el Oeste: Hasta la Punta.

**Provincias:** El radio de acción será de 40km. a la redonda, partiendo del centro de cada ciudad. Por el Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote y Huaraz. Por el Sur: Chincha, Pisco, Ica, Arequipa, Juliaca, Puno y Tacna. Por el Este: Huancayo, Huánuco y Cusco.

### 2. BENEFICIOS

#### 2.1. SERVICIOS DE MÉDICO:

**A. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y REFERENCIA:** En caso de que el AFILIADO requiera de una consulta telefónica con un médico ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), EL

PROVEEDOR gestionará, coordinará un enlace telefónico con un médico especialista en medicina general para que absuelva su consulta, así como también brindara referencia al tema. Este servicio se brindará las 24 horas del día. El servicio aquí indicado se realizará: **SIN LÍMITE DE EVENTOS.**

- B. ENVÍO DE MÉDICOS A DOMICILIO:** En caso de que el **AFILIADO** sufra una enfermedad o padecimiento del momento y que requiera la evaluación o diagnóstico de un Médico General, **EL PROVEEDOR** gestionará y cubrirá el costo del traslado del médico a la residencia del **AFILIADO**, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **AFILIADO** siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por **médicos distintos a los autorizados por EL PROVEEDOR**, no están cubiertas, y **EL PROVEEDOR** no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el **AFILIADO** o terceros. **CO PAGO DE S/ 35.00 SOLES Y SIN LÍMITE DE EVENTOS.**
- C. AMBULANCIA POR EMERGENCIA:** En caso de que el **AFILIADO** sufra una enfermedad grave o accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización, gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad con un límite máximo de: **S/ 350.00 SOLES POR EVENTO Y 4 EVENTOS AL AÑO.**
- D. HEMOGRAMA COMPLETO, PROTEINA C-REACTIVA:** En caso de que el **AFILIADO** requiera realizar los exámenes de Hemograma completo y Proteína c-reactiva para el o su núcleo familiar básico, **EL PROVEEDOR** gestionará y coordinará una cita con el laboratorio disponible más cercano a la vivienda del afiliado. Este servicio se brindará **“HASTA DE S/ 150.00 NUEVOS SOLES Y 1 EVENTO POR AÑO.** En caso de exceder la cobertura, el cliente podrá realizar el pago de la diferencia por los servicios que necesite, previa información de la central de emergencias de **EL PROVEEDOR.**
- E. CONSULTA OFTALMOLÓGICA GENERAL (MEDICIÓN DE VISTA, FONDO DE OJO):** En caso el cliente lo solicite, **EL PROVEEDOR** coordinará una cita médica con un especialista en oftalmología el cual realizará un despistaje para prevención de enfermedades y medición ocular (fondo de ojo). El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/300.00 NUEVOS SOLES Y 2 EVENTOS POR AÑO.** La cobertura es por la consulta médica, no están incluidos tratamientos, operaciones, lentes o medicamentos.

## 2.2. SERVICIOS DE HOGAR

- A. GASFITERÍA, ELECTRICISTA, CERRAJERÍA, VIDRIERÍA (INCLUYE MANTENIMIENTOS):** En virtud del presente anexo, **EL PROVEEDOR** garantiza la puesta a disposición del **AFILIADO** de una ayuda material inmediata, de servicios con el fin de limitar y controlar los daños materiales, presentados en el hogar del **AFILIADO**, a consecuencia de un evento fortuito o mantenimientos que se necesiten realizar, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente anexo y por hechos derivados de los servicios especificados en el mismo. Para efectos de este programa de servicio, se considera **EMERGENCIA** una situación accidental y fortuita que deteriore el inmueble (fuga de agua), que no permita su utilización cotidiana (un corto circuito), que ponga en riesgo la seguridad del mismo y sus habitantes (una cerradura exterior inservible, un cristal exterior roto), e inhabitabilidad de la vivienda a consecuencia de un evento. Se considera como **MANTENIMIENTOS** toda ayuda que el cliente necesite, no necesariamente 9/13 ocurrida en el momento, servicios para instalación de griferías, aperturas de puertas peatonales internas, servicios de electricidad para instalaciones o reparaciones y atenciones de vidriera para puertas y ventanas internas y externas de la casa.

**SERVICIO DE CERRAJERÍA:** Cuando a consecuencia de cualquier hecho, como pérdida, extravío o robo de las llaves, inutilización de la cerradura por intento de hurto u otra causa que impida la apertura del inmueble vivienda y que ponga en riesgo la seguridad del mismo. **EL PROVEEDOR** a solicitud del **AFILIADO** enviará a la mayor brevedad posible un técnico especializado que realizará la asistencia necesaria para restablecer el acceso al inmueble y el correcto cierre de la puerta del mismo. Se atenderán servicios de puertas peatonales internas. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/150.00 POR EVENTO** (Incluye el costo de los materiales y mano de obra).

**EXCLUSIONES AL SERVICIO DE CERRAJERÍA.** Quedan excluidas de la presente cobertura, la reposición de cerraduras, accesorios propios de una puerta, así como también aperturas de muebles, armarios guardarropas o similares.

**SERVICIO DE GASFITERÍA:** Cuando a consecuencia de cualquier hecho en las instalaciones fijas de abastecimiento y/o sanitarias propias del inmueble del **AFILIADO**, se presente alguna rotura, fuga de agua o avería que imposibilite el suministro o evacuación de agua, **EL PROVEEDOR** enviará un técnico especializado, que realizará la asistencia de emergencia necesaria para restablecer el servicio, siempre y cuando el estado de las redes lo permitan. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/150.00 POR EVENTO** (Incluye el costo de los materiales y mano de obra, así como el traslado del operario).

**EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE GASFITERÍA.** Quedan excluidas de la presente cobertura, la reposición de: Griferías, cisternas, depósitos, calentadores junto con sus acoplos, tanques hidroneumáticos, bombas hidráulicas, radiadores, aparatos de aire acondicionado, lavadoras, secadoras, y cualquier aparato doméstico conectado a las tuberías de agua, y en general de cualquier elemento ajeno a las conducciones de agua propias de la vivienda, arreglo de canales y bajantes, limpieza general de trampas de grasa, limpieza general de pozos sépticos, ni

averías que se deriven de humedad o filtraciones. Así como cualquier tipo de reparación en áreas comunes o en instalaciones propiedad de la Empresa de Servicio Público de Agua y alcantarillado.

**SERVICIO DE ELECTRICIDAD:** Cuando a consecuencia de cualquier hecho en las instalaciones eléctricas propias en el interior del inmueble del **AFILIADO** (casa, departamento de uso habitacional), se produzca una falta de energía eléctrica en forma total o parcial (cortocircuito), **EL PROVEEDOR** enviará a un técnico especializado que realizará lo necesario para restablecer el suministro de energía eléctrica, siempre y cuando el estado de las redes lo permitan. Además, reparación o cambio de tableros eléctricos, llaves de cuchillas, interruptores, o fusibles dañados por corto circuito o sobrecarga, únicamente en áreas que pertenezcan a la instalación eléctrica del inmueble domicilio del **AFILIADO**. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/ 150.00 POR EVENTO**.

**EXCLUSIONES AL SERVICIO DE ELECTRICIDAD.**- Quedan excluidas del presente servicio, la reparación y/o reposición de averías propias de: Electrodomésticos tales como: estufas, hornos, calentadores, lavadora, secadoras, neveras y en general cualquier aparato que funcione por suministro eléctrico, cualquier tipo de reparación en áreas comunes o en instalaciones propiedad de la Empresa de Energía.

**SERVICIOS DE VIDRIERÍA:** Cuando a consecuencia de cualquier hecho o imprevisto se produzca la rotura de alguno de los vidrios o puertas de las ventanas internas y externas y que pongan en riesgo la seguridad del mismo, sus ocupantes, o de terceros, **EL PROVEEDOR** enviará a la mayor brevedad posible un técnico que realizará la asistencia de emergencia, siempre y cuando las condiciones por motivos de la hora y del día lo permitan. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/150.00 POR EVENTO** (incluye el costo de los materiales, traslado del operario y mano de obra).

**EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE VIDRIERÍA.**- Quedan excluidas del presente servicio: a) Cualquier clase de espejos, y cualquier tipo de vidrios que no formen parte de puertas o ventanas, Roturas de vidrios por fenómenos naturales. El **AFILIADO** tendrá derecho a reintegro de los 10/13 diversos gastos cubiertos en el presente anexo ÚNICAMENTE en caso de notificación inmediata, siempre y cuando sea antes de la reparación y acuerdo previo de **EL PROVEEDOR**, siempre y cuando **EL PROVEEDOR** no tenga proveedor disponible para la atención, el cliente debe presentar la documentación necesaria (boleto o comprobante) sobre lo realizado en el servicio, incluyendo datos del proveedor (teléfono, nombre completo y DNI) que corresponda a dicha reparación.

El límite de eventos en total por los servicios de hogar serán 4 eventos al año, el cliente podrá disponer de cualquiera de los servicios señalados hasta por el tope de cobertura y eventos.

**B. LIMPIEZA DE ROLLER, STORES:** Cuando el **AFILIADO** requiera este servicio en el hogar, **EL PROVEEDOR** a solicitud del **AFILIADO** podrá enviar un profesional para la limpieza del roller y/o store. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/150.00 SOLES Y 2 EVENTOS POR AÑO**.

**EXCLUSIONES DEL SERVICIO:** Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación de cualquier roller y/o store y otras limpiezas que no estén especificadas.

**C. LAVADO DE COLCHONES:** Cuando el **AFILIADO** requiera este servicio en el hogar, **EL PROVEEDOR** a solicitud del **AFILIADO** podrá enviar un profesional para la limpieza del colchón dentro del domicilio del **AFILIADO**. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/ 150.00 SOLES Y 2 EVENTOS POR AÑO**.

**EXCLUSIONES DEL SERVICIO:** Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación de cualquier colchón y otras limpiezas que no estén especificadas.

**D. LAVADO DE ALFOMBRAS:** Cuando el **AFILIADO** requiera este servicio en el hogar, **EL PROVEEDOR** a solicitud del **AFILIADO** podrá enviar un profesional para la limpieza de las alfombras dentro del domicilio del **AFILIADO**. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/ 150.00 SOLES Y 2 EVENTOS POR AÑO**.

**EXCLUSIONES DEL SERVICIO:** Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación de cualquier alfombra y otras limpiezas que no estén especificadas.

**E. TÉCNICO DE LÍNEA BLANCA A DOMICILIO:** Cuando el **AFILIADO** requiera este servicio en el hogar, **EL PROVEEDOR** a solicitud del **AFILIADO** podrá enviar un personal técnico especialista en línea blanca para la reparación de lavadoras, secadoras, refrigeradoras y congeladoras incluyendo los materiales y repuestos necesarios. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **S/ 150.00 POR EVENTO, MAXIMO 2 EVENTOS POR AÑO**.

**EXCLUSIONES DEL SERVICIO:** Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación de cualquier artefacto y otros servicios que no estén especificados.

**F. HOTEL PARA MASCOTAS POR VIAJE:** Ante una necesidad de dejar en custodia a la mascota el **AFILIADO** solicitará hospedaje, **EL PROVEEDOR** asumirá el costo de su estadía y alimentación en dicha veterinaria. El presente servicio se prestará con un **COPAGO DE S/ 25.00 NUEVOS SOLES POR DÍA (incluye alimentos) Y 3 EVENTOS POR AÑO**.

Este servicio se brindará solo en LIMA. \*\* No incluye traslado, Costo de traslado ida y vuelta S/ 80.00 asumidos por el cliente para hospedaje (Lurín y Surco), Hospedaje para perros, gatos. En caso contrario el cliente puede dejar a su mascota en el hospedaje.

**G. SERVICIO DE TRASLADO DE PAQUETES OLVIDADOS:** En caso el **AFILIADO** quisiera enviar o recibir algún documento o paquete no mayor a 3kg, **EL PROVEEDOR** se encargará de hacer llegar dicho paquete a un destino dentro de la ciudad de LIMA. **S/ 150.00 POR EVENTO, MÁXIMO 3 EVENTOS POR AÑO.**

### 2.3. SERVICIO VIAL:

La atención del servicio vehicular es independiente a cualquier vehículo donde se encuentre el **AFILIADO**, siempre y cuando sea de uso particular no mayor a 15 años de ANTIGÜEDAD, quedan excluidos vehículos de carga, taxis, motocicletas y transporte público.

**A. GRÚA POR AVERÍA O ACCIDENTE:** En caso de accidente automovilístico o avería que no permita la circulación autónoma del **VEHÍCULO AFILIADO**, **EL PROVEEDOR** gestionará y cubrirá el costo de los servicios de remolque en grúa hasta el taller mecánico o el lugar indicado por el **AFILIADO**, con un límite máximo de: **S/ 350.00 POR EVENTO, MÁXIMO 3 EVENTO POR AÑO.**

**EL PROVEEDOR** se compromete que antes de enviar el servicio, en caso de haber un excedente le comunicará al **AFILIADO** el monto del mismo para su autorización, el cual será pagado en forma inmediata por el **AFILIADO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

En todos los casos, el **AFILIADO** deberá acompañar a la GRÚA durante todo el trayecto de traslado del **VEHÍCULO DEL AFILIADO** hasta el taller de destino o lugar indicado. Exceptuando los casos en que él o los ocupantes tengan que ser trasladados a un centro Hospitalario o Clínica, o que se encuentren imposibilitados para acompañar el vehículo.

Queda entendido que el **SERVICIO DE REMOLQUE** no se prestará a vehículos con carga y/o heridos. **EL PROVEEDOR** tampoco organizará ni pagará los servicios que sean requeridos con el propósito de sacar el vehículo atascado o atorado en huecos, barrancos, etc.

**B. AUXILIO VIAL:** Cambio de llanta por el repuesto en caso de pinchadura, falta de combustible (hasta 2 galones cubiertos por el Afiliado), o necesidad de paso de corriente de los **VEHICULOS DEL AFILIADO**, **EL PROVEEDOR** gestionará y cubrirá el costo del envío de una persona que se encargue de solucionar el inconveniente respectivo, de tal forma que el vehículo en relación con el cual se solicita el servicio pueda movilizarse por sus propios medios. Cabe recalcar que el vehículo debe tener una ANTIGÜEDAD máxima de 15 años, con un límite máximo de: Cambio de llanta: **S/ 250.00 POR EVENTO**. Suministro de combustible: **S/ 250.00 POR EVENTO**. Paso de corriente: **S/ 250.00 POR EVENTO**. Apertura de puerta de vehículo: **S/ 250.00 POR EVENTO**. **\*EL AFILIADO PODRÁ GOZAR DE 8 EVENTOS AL AÑO DE CUALQUIERA DE ESTOS SERVICIOS DE AUXILIO VIAL.**

El excedente de los montos por evento será pagado en forma inmediata por el **AFILIADO** con sus propios recursos al proveedor. **EL AFILIADO** en todo momento deberá supervisar la prestación de los **SERVICIOS DE ASISTENCIA VIAL**.

### 2.4. ASISTENCIA SEGURA MUJER Y/O VARÓN (SOLO TITULAR):

**A. MAMOGRAFÍA:** Cuando el **AFILIADO** requiera de realizarse un examen de Mamografía, el Afiliado contará con máximo 30% de descuento con la red de clínicas disponibles que brinde **EL PROVEEDOR** al momento de la comunicación. **MÁXIMO 1 EVENTO POR AÑO.**

**B. COLPOSCOPIA:** Cuando el **AFILIADO** requiera de realizarse un examen de Colposcopia, el Afiliado contará con máximo 30% de descuento con la red de clínicas disponibles que brinde **EL PROVEEDOR** al momento de la comunicación. **MÁXIMO 1 EVENTO POR AÑO.**

**C. ESTUDIOS DE CONTROL PAPANICOLAU:** Cuando el **AFILIADO** requiera de realizarse un estudio de control Papanicolaou, **EL PROVEEDOR** brindara la conexión entre el **AFILIADO** y la clínica para gestionar el estudio. **EL PROVEEDOR** no realizará cobertura alguna por este evento.

**D. ECOGRAFÍAS:** Cuando el **AFILIADO** requiera de realizarse un examen de Ecografías, el Afiliado contará con máximo 30% de descuento con la red de clínicas disponibles que brinde **EL PROVEEDOR** al momento de la comunicación. **MÁXIMO 1 EVENTO POR AÑO.**

**E. EXÁMENES DE GENITALES MASCULINOS (PALPACIÓN DE TESTÍCULOS):** Cuando el **AFILIADO** requiera de realizarse un examen de Palpación de Testículos el Afiliado contará con máximo 30% de descuento con la red de clínicas disponibles que brinde **EL PROVEEDOR** al momento de la comunicación. **MÁXIMO 1 EVENTO POR AÑO.**

**F. EXÁMENES DE GENITALES MASCULINOS (PALPACIÓN DE PENE):** Cuando el **AFILIADO** requiera de realizarse un examen de Palpación de pene, el Afiliado contará con máximo 30% de descuento con la red de clínicas disponibles que brinde **EL PROVEEDOR** al momento de la comunicación. **MÁXIMO 1 EVENTO POR AÑO.**

**G. TACTO RECTAL (PALPACIÓN DE PRÓSTATA):** Cuando el **AFILIADO** requiera de realizarse un examen de Tacto Rectal (palpación de próstata), el Afiliado contará con máximo 30% de descuento con la red de clínicas disponibles que brinde **EL PROVEEDOR** al momento de la comunicación. **MÁXIMO 1 EVENTO POR AÑO.**

**H. COLONOSCOPIA (CÓLON):** Cuando el **AFILIADO** requiera de realizarse un examen de cólon, el Afiliado contará con máximo 30% de descuento con la red de clínicas disponibles que brinde **EL PROVEEDOR** al momento de la comunicación. **MÁXIMO 1 EVENTO POR AÑO.**

### 3. CASOS DE EXCEPCIÓN:

No son objeto de los SERVICIOS, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- A. La mala fe del **AFILIADO** comprobada por el personal de **EL PROVEEDOR**.
- B. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.
- C. Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- D. Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- E. La energía nuclear radiactiva.
- F. Enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos, enfermedades Pre existentes y de las diagnosticadas con anterioridad.
- G. La ingestión de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- H. Enfermedades mentales.
- I. La adquisición y uso de prótesis o anteojos.
- J. El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia del **AFILIADO** en el procedimiento.
- K. La falta de cooperación del **AFILIADO** para la recuperación de la caución exhibida por la empresa.

EL PROVEEDOR avisará a **RIMAC SEGUROS** de los servicios improcedentes por las causas arriba citadas para verificar si éste autoriza la prestación del servicio por la calidad del cliente de que se trate siempre y cuando que por circunstancias de la hora y el día se pueda comunicar inmediatamente, de lo contrario se reportará al día siguiente hábil por escrito.

### 4. EXCLUSIONES:

- A. Cuando el **AFILIADO** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- B. Cuando el **AFILIADO** no se identifique como **AFILIADO** de **RIMAC SEGUROS**.
- C. Cuando el **AFILIADO** incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.

### 5. EXCLUSIONES GENERALES:

- A. Daños intencionales, así como los causados por guerra, rebelión, asonada, motín, protesta, paro y situaciones que alteren la seguridad PÚBLICA.
  - B. Daños por terremoto, erupción volcánica, inundación, erupción, y cualquier fenómeno natural.
  - C. Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los trabajos.
  - D. Cuando cualquier autoridad competente con orden de allanamiento, cateo, aseguramiento, rescate, se vea obligada a forzar o destruir cualquier elemento de acceso como puertas, ventanas, cerraduras en el negocio del afiliado.
- En caso de que el costo del servicio de exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el afiliado.

### 6. OBLIGACIONES DEL AFILIADO:

Con el fin de que el **AFILIADO** pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- A. Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **EL PROVEEDOR**.
- B. Identificarse como **AFILIADO** ante los funcionarios de **EL PROVEEDOR** o ante las personas que esta **ÚLTIMA** compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.

### 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE REQUERIR ASISTENCIA:

- A. El **AFILIADO** deberá llamar a la Central de Emergencia 4113073.
- B. Seguidamente, deberá identificarse con el nombre del **AFILIADO**, DNI, teléfono y dirección para la validación respectiva.
- C. El SERVICIO se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables.
- D. En el caso de los beneficios adicionales, el **AFILIADO** deberá abonar el importe por concepto de deducibles y/o gastos no cubiertos que correspondan SEGÚN las condiciones establecidas en la póliza que tenga contratada.

### 8. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:

Queda entendido que **EL PROVEEDOR** podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.