



# Seguro Respaldo Total

Este formato de Certificado te ayudará con la información que debes conocer para usar tu Seguro Respaldo Total sin devolución

# Seguro Respaldo Total sin devolución

---

Hola

Queremos darte la bienvenida y agradecerte la confianza depositada en nosotros al adquirir nuestro seguro de Respaldo Total sin Devolución.

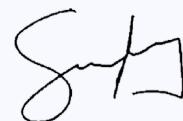
Para conocer más sobre el detalle de tus coberturas, te recomendamos revisar detenidamente tu Certificado de Seguro y asimismo, te recordamos que el presente documento forma parte integrante de la Póliza de Seguro de la referencia, por lo que su firma y envío del mismo a Rimac Seguros y Reaseguros es de carácter obligatorio para el cumplimiento de la normativa vigente.

El ASEGURADO confirma que toma conocimiento, ha recibido y acepta los términos contenidos en el Certificado de Seguro incluido en el presente documento.

Si tuvieras alguna consulta o duda adicional puedes comunicarte con la línea exclusiva 595-9000 Opción 3 o escribirnos al correo electrónico [atencioncliente@rimac.com.pe](mailto:atencioncliente@rimac.com.pe) y, con mucho gusto, te atenderemos.

Nos despedimos, no sin antes reiterarle nuestro compromiso de brindarte siempre lo mejor y trabajar por un mundo con menos preocupaciones.

Cordialmente,



---

Giovanni Scarsi Nuñez

Vicepresidente

División Seguros de Personas

Rimac Seguros y Reaseguros

# Resumen

## a. Información general

### 1. Datos de la empresa aseguradora:

Rimac Seguros y Reaseguros

Ubícanos en:

📍 Oficina principal:

Av. Las Begonias 650, piso 10. San Isidro, Lima

📍 Lima:

Av. Las Begonias 690. San Isidro, Lima

📍 Arequipa:

Pasaje. Belén Nro. 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 de Reclamos: [reclamos@rimac.com.pe](mailto:reclamos@rimac.com.pe)

Correo Electrónico para Atención al Cliente: [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe)

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

### 2. Denominación del producto:

Seguro Respaldo Total sin devolución

### 3. Vigencia del seguro:

De al

### 4. Monto de la prima comercial :

### 5. Lugar y Forma de Pago de la Prima:

### 6. Medio y plazos establecidos para el aviso del siniestro y procedimiento de solicitud de cobertura del seguro:

Se encuentra detallado en el numeral 17 del Certificado de Seguro.

### 7. Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro:

Conforme a lo indicado en el punto 1 de este documento, los canales de orientación son:

- Cualquiera de nuestras Plataformas de Atención al Cliente en Lima y Provincias.
- Centrales telefónicas, correos electrónicos y página web.

En caso este producto se comercialice a través de comercializadores, la solicitud de cobertura podrá ser presentada directamente a éstos.

## 8. Medios habilitados por la ASEGURADORA para presentar reclamos:

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

**Verbal:** Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas. (Punto 1 de este Resumen)

**Escrito:** Mediante carta dirigida a la ASEGURADORA o a través de la página web o correo electrónico. (Punto 1 de este Resumen)

## 9. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias

**Indecopi:**

[www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)

Lima: (01) 224-7777

Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040

SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa

104, San Borja, Lima

SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988,

Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

**Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS):**

[www.sbs.gob.pe](http://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: 0800-10840 | (511) 428-0555

**Defensoría del Asegurado:**

[www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

Lima: (01) 421-0614

Calle Amador Merino Reyna 307,

Piso 9 -San Isidro, Lima

## 10. 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.

## b. Información del certificado de seguro

### 1. Riesgos cubiertos: los descritos en el numeral 5 del Certificado de Seguro.

• **Cobertura Principal: Fallecimiento.**

Si se produjera tu fallecimiento siempre que dicho evento no esté excluido en tu póliza de seguro, la ASEGURADORA indemnizará al BENEFICIARIO, de acuerdo a las condiciones, coberturas y límites contratados.

• **Cobertura adicional 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 el Certificado 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.

La presente cobertura incluye la Invalidez Total y Permanente que, derivada de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

Esta cláusula adicional es parte integrante de la Póliza de Seguro y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en esta, por las Condiciones Generales del mismo, de modo que sólo será válida y regirá mientras la Póliza de Seguro lo sea y se encuentre vigente.

Se deja constancia que será causal de terminación de la Póliza de Seguro, de la cual forma parte la presente cláusula adicional en caso se produzca alguno de los siguientes eventos:

- A. A partir del momento en que la ASEGURADORA hubiese realizado el pago de la indemnización correspondiente a esta cláusula adicional.
- B. Al término de la vigencia mensual en curso en la que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia para esta cobertura.

Si después de la terminación de este seguro, la ASEGURADORA llegara a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y, por lo tanto, la obligación de LA ASEGURADORA se limitará a la devolución de dichas primas.

• **Cobertura adicional de Invalidez total y permanente por enfermedad**

En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO que surja como consecuencia de un accidente producido dentro de la vigencia del Seguro, la ASEGURADORA –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en el Certificado 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.

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del ASEGURADO para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

La cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad cuenta con un período de carencia de 180 días calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia del Seguro, por lo cual si la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad se presenta durante este período o se produjere por una enfermedad diagnosticada durante este período de carencia (180 días siguientes a la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula adicional), ésta no será materia de cobertura. En este caso, la ASEGURADORA devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente a la presente cobertura y reducirá las siguientes en el mismo importe.

Esta cláusula adicional es parte integrante de la Póliza de Seguro y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en esta, por las Condiciones Generales del mismo, de modo que sólo será válida y regirá mientras la Póliza de Seguro lo sea y se encuentre vigente.

Se deja constancia que será causal de terminación de la Póliza de Seguro, de la cual forma parte la presente cláusula adicional en caso se produzca alguno de los siguientes eventos:

- A. A partir del momento en que la ASEGURADORA hubiese realizado el pago de la indemnización correspondiente a esta cláusula adicional.
- B. Al término de la vigencia mensual en curso en la que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia para esta cobertura.

Si después de la terminación de este seguro, la ASEGURADORA llegara a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y, por lo tanto, la obligación de la ASEGURADORA se limitará a la devolución de dichas primas.

• **Cobertura adicional de Renta Hospitalaria por Accidente**

Si dentro de la vigencia de la póliza, el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su hospitalización por un período mínimo de 72 horas continuas, en un Establecimiento de Salud dentro del territorio peruano con autorización desde el Primer Nivel de Atención Categoría I-4, la ASEGURADORA le pagará una suma de dinero (Renta) por cada día que se encuentre hospitalizado (desde el primer día de hospitalización siempre que cumpla con la condición del período mínimo) hasta treinta (30) días calendarios en forma anual con un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios por año de vigencia de la Póliza y por única vez durante cada anualidad.

La descripción completa de esta cobertura se encuentra en tu Certificado de Seguro.

**• Cobertura adicional de Indemnización por Enfermedades Graves**

La presente cláusula adicional otorga la indemnización descrita en las Condiciones Particulares a favor del Asegurado en caso éste se ve afectado por alguna de las enfermedades graves descritas en la presente cláusula, durante el período de vigencia de la Póliza de Seguro (luego de transcurrir el período de carencia y sobrevivencia) y antes de cumplir la edad máxima de permanencia.

Esta cobertura no es cancelatoria.

**Período de Carencia: 180 días**

**Período de sobrevivencia: 30 días contados desde la fecha de diagnóstico**

Listado de Enfermedades Graves materia de cobertura: **Ataque al Corazón (Infarto de Miocardio), Derrame e Infarto Cerebral, Cirugía de By-pass Aortocoronaria, Cáncer, Trasplante de órganos mayores, compuesto de tejidos o de médula ósea, Fallo Renal (Enfermedad renal en etapa final).**

La descripción completa de esta cobertura se encuentra en tu Certificado de Seguro.

**• Cobertura adicional de Canasta Familiar**

La ASEGURADORA otorgará a los beneficiarios designados por el ASEGURADO, una suma en calidad de Canasta Familiar, en caso que el ASEGURADO fallezca durante la vigencia de la póliza de seguro, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre dentro de los eventos excluidos en las Condiciones Generales.

La descripción completa de esta cobertura se encuentra en tu Certificado de Seguro.

**• Cobertura adicional de Indemnización Estudiantil**

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, producido dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, y siempre que tenga hijos menores de 18 años de edad al momento del siniestro, la ASEGURADORA pagará la suma asegurada descrita en la Póliza de Seguro. El importe de la indemnización a otorgar bajo la presente cobertura es único y no está relacionada al número de hijos que existieran al momento del siniestro.

La descripción completa de esta cobertura se encuentra en tu Certificado de Seguro.

**• Cobertura adicional de Indemnización por Sepelio**

En caso de fallecimiento del ASEGURADO producido dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, la ASEGURADORA pagará la suma asegurada descrita en la Póliza de Seguro.

La descripción completa de esta cobertura se encuentra en tu Certificado de Seguro.

**2. Principales Exclusiones:**

Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan en, o a consecuencia de, los siguientes eventos o circunstancias.

- a. Enfermedades, lesiones y/o condiciones pre-existentes al inicio de la vigencia del presente seguro.
- b. Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos años.
- c. 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.

El detalle completo de las exclusiones se encuentra en el numeral 13 de tu Certificado de Seguro. Las coberturas adicionales podrán contener exclusiones específicas las cuales se añadirán a las presentes exclusiones generales.

**3. Derecho de Arrepentimiento:**

Si es que este certificado de Seguro ha sido adquirido a través de Comercializadores (inc. Bancaseguros) o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia (por ejemplo: web, telemarketing, entre otros), podrás arrepentirte de su contratación, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha en que recibiste este documento. El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado a través de un correo electrónico dirigido a [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe) (con el asunto "Derecho de arrepentimiento") o a través del mismo mecanismo de comunicación utilizado para la contratación del certificado, indicando tu nombre y apellidos completos y tu número de DNI. Este certificado se considerará resuelto (anulado) desde la fecha en que recibimos tu comunicación y siempre que no hayas hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. Resuelto el certificado procederemos a devolverte la totalidad de la prima pagada al medio de pago utilizado para contratar este certificado, dentro del plazo de 30 días contados partir de la fecha en que te hayas arrepentido.

**4. Derecho del CONTRATANTE y/o ASEGURADO de resolver el contrato sin expresión de causa:**

Se encuentra detallado en el numeral 15 del Certificado de Seguro.

**5. Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las Modificaciones de las Condiciones Contractuales propuestas por la ASEGURADORA durante la vigencia del contrato:**

Se encuentra detallado en el Artículo 6 de las Condiciones Generales.

# Seguro Respaldo Total sin devolución

# Certificado

Código SBS VI0507200462

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Nº Póliza	Nº Certificado
Nº Solicitud:	Producto
Oficina Gestora:	Canal de Venta:
Fecha de Cotización/ Solicitud:	Fecha de Emisión:
Fecha Inicio de Vigencia:	Plazo:
Fecha Fin de Vigencia:	
Moneda:	Frecuencia de Pago:
Forma de Pago:	Número de Tarjeta:

El ASEGURADO acepta las condiciones del presente Certificado de Seguro y que la vigencia del seguro iniciará cuando se realice el pago de la primera prima del Seguro. Dicho esto, la ASEGURADORA no será responsable de ningún siniestro ocurrido entre la fecha de entrega del presente documento hasta la fecha en que se realice el pago de la primera prima del Seguro.

La vigencia de este seguro es de Largo Plazo y NO tiene posibilidad de renovación.

## 1. Datos del Asegurado Titular / Responsable de pago

Nombres:	
Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Tipo de documento:	Nº de documento:
Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Teléfono:	
Email:	
Dirección:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	Relación con el contratante:

## 2. Datos del Contratante / Comercializador

Contratante:	BANCO BBVA PERÚ		
RUC:	20100130204	Dirección:	Av. República de Panamá 3055
Distrito:	San Isidro	Provincia:	Lima
Departamento:	Lima	Teléfono:	(01) 211-1000

## 3. Datos de la aseguradora

Aseguradora:	Rimac Seguros y Reaseguros		
RUC:	20100041953	Dirección:	Calle El Parque 149, Piso 2
Distrito:	San Isidro	Provincia:	Lima
Departamento:	Lima	Teléfono:	(01) 411-1111
Página Web:	www.rimac.com	Correo electrónico:	atencionalcliente@rimac.com.pe

## 4. Resumen de las Coberturas

Coberturas	Asegurado	Suma asegurada S/
<b>Cobertura Principal</b>		
Fallecimiento	ASEGURADO TITULAR	
<b>Coberturas adicionales</b>		
Invalidez total y permanente por Accidente o Enfermedad	ASEGURADO TITULAR	
Renta Hospitalaria por Accidente	ASEGURADO TITULAR	
Indemnización por Enfermedades Graves	ASEGURADO TITULAR	
Canasta Familiar	ASEGURADO TITULAR	
Indemnización Estudiantil	ASEGURADO TITULAR	
Indemnización por Sepelio	ASEGURADO TITULAR	

### Periodo de carencia:

Solo tiene periodo de carencia la cobertura adicional de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad y la Indemnización por Enfermedades Graves: 180 días.

### Periodo de gracia:

No aplica.

### Beneficios

Asistencia Médica y de Hogar (Beneficio Adicional de Asistencia Médica y de Hogar): Según Términos y Condiciones del Manual de Uso. Para revisarlo [haz click aquí](#).

**Nº máximo de Certificados por ASEGURADO:** El ASEGURADO podrá contratar una o más pólizas de Vida Respaldo Total sin devolución, siempre que la sumatoria de las Sumas Aseguradas de cada una de las coberturas de cada póliza, excepto las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, Indemnización por Enfermedades graves y Renta Hospitalaria por accidente no superen el equivalente a S/380,000. Si es que el ASEGURADO contrata una o más pólizas por una suma mayor al límite de S/380,000, la indemnización máxima que asumirá LA ASEGURADORA será de S/380,000.

## 5. Definiciones de las Coberturas

### a) Cobertura Principal: Fallecimiento.

Si se produjera tu fallecimiento siempre que dicho evento no esté excluido en tu póliza de seguro, la ASEGURADORA indemnizará al Beneficiario, de acuerdo a las condiciones, coberturas y límites contratados.

### b) Cobertura Adicional de Invalididad total y permanente por Accidente o Enfermedad:

En caso de Invalididad Total y Permanente del ASEGURADO de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad o de accidente, la ASEGURADORA –mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza. Esto se cumplirá siempre que la Póliza de Seguro se encuentre vigente y la invalidez total y permanente ocurra antes que el ASEGURADO cumpla setenta y cuatro años (74) y trescientos sesenta y cuatro días (364) de edad.

En los casos de Invalididad Total y Permanente del ASEGURADO que se presenten como consecuencia de un accidente, el otorgamiento de la cobertura se brindará así la Invalididad Total y Permanente se configure dentro de los dos (02) años siguientes a la fecha de producido el accidente, siempre que este accidente se haya producido durante la cobertura activa de la presente Póliza.

Se considera Invalididad Total y Permanente el hecho que el ASEGURADO sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual, de forma definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, debido a lesiones corporales o por enfermedad y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses consecutivos.

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del ASEGURADO para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

**La cobertura de Invalididad Total y Permanente por Enfermedad cuenta con un período de carencia de 180 días calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, por lo cual si la Invalididad Total y Permanente por Enfermedad se presenta durante este período o se produjere por una enfermedad diagnosticada durante este período de carencia (180 días siguientes a la fecha de inicio de vigencia de esta cláusula adicional), esta no será materia de cobertura. En este caso, la ASEGURADORA devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente a la presente cobertura y reducirá las siguientes en el mismo importe.**

Esta cláusula adicional es parte integrante de la Póliza de Seguro y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en esta, por las Condiciones Generales del mismo, de modo que sólo será válida y regirá mientras la Póliza de Seguro lo sea y se encuentre vigente.

Se deja constancia que será causal de terminación de la Póliza de Seguro, de la cual forma parte la presente cláusula adicional en caso se produzca alguno de los siguientes eventos:

- A. A partir del momento en que LA ASEGURADORA hubiese realizado el pago de la indemnización correspondiente a esta cláusula adicional.
- B. Al término de la vigencia mensual en curso en la que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia para esta cobertura.

Si después de la terminación de este seguro, LA ASEGURADORA llegase a recibir cualquier prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y, por lo tanto, la obligación de LA ASEGURADORA se limitará a la devolución de dichas primas.

#### Definición de Accidente:

Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

**c) Renta Hospitalaria por Accidente:**

Si dentro de la vigencia de la póliza, el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su hospitalización por un periodo mínimo de 72 horas continuas, en un Establecimiento de Salud dentro del territorio peruano con autorización desde el Primer Nivel de Atención Categoría I-4, la ASEGURADORA le pagará una suma de dinero (Renta) por cada día que se encuentre hospitalizado (desde el primer día de hospitalización siempre que cumpla con la condición del periodo mínimo) hasta treinta (30) días calendarios en forma anual con un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días calendarios por año de vigencia de la Póliza.

La indemnización de la suma asegurada solo procederá si el ASEGURADO TITULAR presenta un documento emitido por la institución hospitalaria legalmente autorizada, en la cual indique la fecha de ingreso y la fecha de alta del Asegurado Titular.

Se deja constancia que esta cobertura deberá ser solicitada una vez que el ASEGURADO haya sido dado de alta en el Establecimiento de Salud antes indicado.

Definición de Categoría I-4: Agrupan los centros de salud y los centros médicos con camas de internamiento.

**d) Indemnización por Enfermedades Graves:**

La presente cláusula adicional otorga la indemnización descrita en las Condiciones Particulares a favor del Asegurado en caso éste se ve afectado por alguna de las enfermedades graves descritas en la presente cláusula, durante el periodo de vigencia de la Póliza de Seguro (luego de transcurrir el periodo de carencia y sobrevivencia) y antes de cumplir la edad máxima de permanencia.

Será condición para la activación de la presente cobertura adicional que el Asegurado sobreviva por 30 días calendarios contados desde la fecha de diagnóstico de la enfermedad grave presentada. Por ende, en caso de que se produzca el fallecimiento del Asegurado antes del plazo descrito, esta cobertura no se activará.

Esta cobertura no es cancelatoria.

**Período de Carencia**

La presente cobertura cuenta con un periodo de carencia de ciento ochenta (180) días calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia o desde la fecha en que fue incluida esta cláusula en la Póliza de Seguro. Por tanto, en caso de que alguna enfermedad grave se diagnostique durante dicho periodo, esta no será materia de cobertura. En este caso, la ASEGURADORA devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente a la presente cobertura y reducirá las siguientes en el mismo importe.

Listado de Enfermedades Graves materia de cobertura:

**• Ataque al Corazón (Infarto de Miocardio)**

Un infarto de miocardio es la muerte del tejido cardíaco debido a una obstrucción prolongada del flujo sanguíneo. Bajo esta definición, el infarto de miocardio se manifiesta por un aumento y/o caída de los biomarcadores cardíacos (troponina o CKMB) a niveles considerados como diagnóstico de infarto de miocardio. El diagnóstico debe ser confirmado por un cardiólogo y al menos debe tener dos de los siguientes criterios:

- Síntomas de isquemia (como angina de pecho).
- Cambios en el Electrocardiograma sugestivos de nueva isquemia (nuevos cambios ST-T o nuevo bloqueo de rama izquierda)
- Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG

**Se excluyen:**

- Síndrome agudo coronario (angina de pecho estable o inestable).
- Elevación de troponinas en ausencia de enfermedades cardíacas isquémicas (p.ej. miocarditis, disfunción apical, contusión cardíaca, embolia pulmonar, toxicidad de drogas).

**• Derrame e Infarto Cerebral**

Muerte del tejido cerebral debido a un evento cerebrovascular agudo causado por trombosis o hemorragia intracraneal (incluida la hemorragia subaracnoidea), o embolia proveniente de una fuente extracraneal con aparición aguda de nuevos síntomas neurológicos y evidenciado en el examen clínico.

Para que esta cobertura se active, el déficit neurológico (síntomas neurológicos) debe persistir por más de tres (03) meses contados desde la fecha de diagnóstico. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista en neurología y apoyado con los documentos correspondientes de imagen.

**Se excluyen:**

- Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND).
- Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos
- Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.
- Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa)

**• Cirugía de By-pass Aortocoronaria**

Aortocoronaria sobre su persona, la misma que debe ser determinada por un cardiólogo o cirujano cardíaco y apoyado por los resultados de angiografía coronaria que confirme la condición.

La orden médica debe acreditar la necesidad de realizarse sobre el Asegurado una cirugía de corazón para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias con injertos (venosos o arteriales) de derivación (bypass) como consecuencia de su enfermedad grave.

La derivación (bypass) es la cirugía cardíaca con esternotomía completa (división vertical del esternón) o con esternotomía o toracotomía parcial.

**Se excluyen:**

- La cirugía de bypass para tratar el estrechamiento u obstrucción de una (01) arteria coronaria.
- La angioplastia coronaria o implante de stent.

**• Cáncer**

Esta cobertura se activa en caso que sobre el Asegurado, un médico especialista (oncólogo) haya diagnosticado positivamente la presencia de un tumor maligno, con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos.

A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

**Se excluyen:**

- Ningún tumor histológicamente clasificado como premaligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ (incluyendo el carcinoma ductal y lobular in situ de mama y la displasia cervical CIN-1, CIN 2 y CIN-3).
- Ningún cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.
- La leucemia linfocítica crónica que se encuentre en etapa B de Binet o menor a ella.
- Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis.
- Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0.
- Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta.
- Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial.
- Gammapatía monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori.
- Tumor del estroma gastrointestinal (sigla en inglés GIST) en estadio I y II de acuerdo con el Manual de estadificación del cáncer de la AJCC, séptima edición (2010).
- Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.
- Carcinoma micro invasor de mama (histológicamente clasificado como T1mic) a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación.
- Carcinoma micro invasor del cuello uterino (histológicamente clasificado como estadio IA1) a menos que la enfermedad requiera hysterectomía, quimioterapia o radiación.

- **Trasplante de órganos mayores, compuesto de tejidos o de médula ósea**

Esta cobertura se activa en caso el Asegurado se haya sometido como receptor a un trasplante por autoinjerto o isoinjerto de uno o más de los siguientes órganos:

- Corazón
- Riñón
- Hígado (incluyendo trasplante de parte del hígado o del hígado proveniente de donante vivo)
- Pulmón (incluyendo el trasplante de un solo lóbulo de donante vivo o trasplante de un solo pulmón)
- Médula Ósea (trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas precedida por la ablación total de la médula ósea)
- Intestino Delgado
- Páncreas

El trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto) se encuentran también dentro de los supuestos de activación de la presente cobertura.

El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

**Se excluyen:**

- **El trasplante de otros órganos, partes del cuerpo o tejidos (incluyendo la córnea y la piel).**
- **El trasplante de otras células (incluyendo células de los islotes y células madre que no sean las hematopoyéticas).**

- **Fallo Renal (Enfermedad renal en etapa final)**

Esta cobertura se activa si es que un médico especialista en nefrología diagnostica sobre el Asegurado, una insuficiencia crónica terminal (irreversible) de ambos riñones, y que, como consecuencia de dicho diagnóstico, requiere necesariamente hemodiálisis o diálisis peritoneal.

**No están cubiertos por esta definición:**

**Insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal.**

**e) Canasta Familiar:**

La ASEGURADORA otorgará a los beneficiarios designados por el ASEGURADO, una suma en calidad de Canasta Familiar, la misma que se encuentra descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o en el Certificado de Seguro, en caso que el ASEGURADO fallezca durante la vigencia de la póliza de seguro, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre dentro de los eventos excluidos en las Condiciones Generales.

Esta cobertura es accesoria a la cobertura principal de fallecimiento, por lo que esta se activa siempre que se haya aceptado el otorgamiento de la indemnización de la cobertura principal de fallecimiento.

**f) Indemnización Estudiantil:**

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, producido dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, y siempre que tenga hijos menores de 18 años de edad al momento del siniestro, la ASEGURADORA pagará la suma asegurada descrita en la Póliza de Seguro, al cónyuge o conviviente sobreviviente o, en caso de fallecimiento de ambos, al mayor de los hijos o al tutor responsable de ellos.

El importe de la indemnización a otorgar bajo la presente cobertura es único y no está relacionada al número de hijos que existieran al momento del siniestro.

Esta cobertura es accesoria a la cobertura principal de fallecimiento accidental, por lo que su activación solo se realizará en tanto el otorgamiento de la cobertura de fallecimiento accidental haya sido aceptada por la ASEGURADORA.

Esta cobertura aplica a los hijos del ASEGURADO sean biológicos o en tanto hayan sido adoptados legalmente por este, conforme a la normatividad vigente.

**g) Indemnización por Sepelio:**

En caso de fallecimiento del ASEGURADO producido dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, la ASEGURADORA pagará la suma asegurada descrita en la Póliza de Seguro. El importe de la indemnización a otorgar bajo la presente cobertura se pagará por ÚNICA VEZ a favor de:

- El Beneficiario o Beneficiarios designados para la cobertura principal en caso de fallecimiento del ASEGURADO TITULAR
- El ASEGURADO TITULAR en caso de fallecimiento del ASEGURADO DEPENDIENTE

Esta cobertura es accesoria a la cobertura principal de fallecimiento, por lo que su activación solo se realizará en tanto la cobertura de fallecimiento del ASEGURADO TITULAR haya sido aceptada por la ASEGURADORA. Y en caso de fallecimiento del ASEGURADO DEPENDIENTE, esta cobertura se activará siempre que no esté excluido en tu póliza de seguro y de acuerdo a las condiciones, coberturas y límites contratados.

## 6. Prima

**Coberturas****Prima Comercial****Cobertura Principal**

Fallecimiento

**Coberturas adicionales**

Invalidez total y permanente por Accidente o Enfermedad

Renta Hospitalaria por Accidente

Indemnización por Enfermedades Graves

Canasta Familiar

Indemnización Estudiantil

Indemnización por Sepelio

**Prima Comercial Total**

**⚠** El pago de la prima se realizará en moneda nacional.

**Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:**

60% sobre la Prima Comercial Total

El cliente recibirá vía correo electrónico y de manera periódica el estado de pagos de su póliza.

## 7. Cronograma, lugar y forma de pago de la prima

Lugar: Oficinas del Contratante.

**Forma:** El pago de la prima es con cargo en cuenta o tarjeta de crédito según la modalidad del plan elegido. De no existir saldo en la cuenta, el ASEGURADO autoriza al COMERCIALIZADOR a proceder con el cargo respectivo en cualquier otra cuenta donde mantenga saldo acreedor. Cuando la cuenta y/o tarjeta de crédito del ASEGURADO se encuentre bloqueada o retenida por requerimiento de la autoridad competente y/o instrucciones del COMERCIALIZADOR por operaciones activas celebradas por el ASEGURADO, El COMERCIALIZADOR y/o la ASEGURADORA 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.

▲ **Fecha de vencimiento de pago de la prima:** fecha de inicio de vigencia del documento de pago

Interés Moratorio: No aplica.

## 8. Suspensión de la cobertura

Ante el incumplimiento del pago de la prima, la ASEGURADORA podrá suspender la cobertura del seguro, para lo cual remitirá una comunicación escrita al Contratante y/o Asegurado, según corresponda, informando acerca de la suspensión y el plazo que dispone para pagar la prima antes que se produzca la suspensión de la cobertura. La suspensión de cobertura se producirá transcurridos treinta (30) días desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima, y siempre que no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

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

## 9. Extinción

No obstante lo antes indicado, e independientemente si es que la ASEGURADORA ejerció su facultad o no de suspender la cobertura del seguro conforme lo indicado en el punto precedente, este certificado se extinguirá si transcurren 90 días desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima.

La ASEGURADORA conservará las primas correspondientes al período efectivamente cubierto. A partir de la fecha en que se produzca la extinción, la ASEGURADORA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme al presente Certificado.

## 10. Datos de los beneficiarios

En caso de la Cobertura Principal de Fallecimiento y las coberturas adicionales de Canasta Familiar, Indemnización Estudiantil e Indemnización por Sepelio del ASEGURADO TITULAR, la condición de beneficiario recaerá en la persona correspondiente, la cual será fijada tomando en cuenta el siguiente orden de prelación:

- Cónyuge o conviviente
- A falta de cónyuge o conviviente, será el hijo mayor del asegurado (siempre que éste sea mayor de edad). En caso el beneficiario sea menor de edad, se pagará a Cuenta en custodia.
- A falta de estos, se pagará a los herederos legales, previa presentación de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada del Asegurado.

En este caso, se debe solicitar partida de matrimonio o certificado de convivencia inscrito en registros públicos o partida de nacimiento; en caso del hijo mayor siempre que sea mayor de edad y a falta de esta sucesión intestada; documento de identidad de quienes resulten herederos legales y declaración jurada de domicilio en caso de herederos legales menores de edad.

El Asegurado podrá modificar sus beneficiarios mediante endoso; pudiendo ser estos distintos a los que se consideran por orden de prelación. En caso de fallecimiento de alguno de los beneficiarios declarados, reciben el porcentaje asignado a éstos, los herederos legales del asegurado.

Beneficiario para las coberturas adicionales de **Invalidez total y permanente por Accidente e Invalidez total y permanente por Enfermedad, Renta Hospitalaria por Accidente, Indemnización por Enfermedades Graves del ASEGURADO TITULAR**: el Asegurado.

Beneficiario para la cobertura adicional de **Indemnización por SEPELIO del ASEGURADO DEPENDIENTE**: el Asegurado.

## 11. Deducibles / Copago

No aplica.

## 12. Requisitos de asegurabilidad

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporadas como tal en la Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

- La edad mínima de ingreso es 18 años.
- La edad máxima de ingreso es 69 años y 364 días.
- La edad máxima de permanencia es 74 años y 364 días.

Para la cobertura de adicional de Sepelio, las edades límite de los Asegurados dependientes serán:

- La edad mínima de ingreso es 0 años.
- La edad máxima de ingreso es 69 años y 364 días.
- La edad máxima de permanencia es 74 años y 364 días.

Para las coberturas adicionales de Invalidez total y permanente por Accidente e Invalidez total y permanente por Enfermedad, las edades límite serán:

- La edad mínima de ingreso es 18 años.
- La edad máxima de ingreso es 69 años y 364 días.
- La edad máxima de permanencia es 74 años y 364 días.

Para las coberturas adicionales de Renta Hospitalaria por Accidente e Indemnización por Enfermedades Graves, las edades límite serán:

- La edad mínima de ingreso es 18 años.
- La edad máxima de ingreso es 59 años y 364 días.
- La edad máxima de permanencia es 64 años y 364 días.

## 13. Exclusiones\*

- Exclusiones de la Cobertura principal de Fallecimiento y Coberturas adicionales de Canasta Familiar, de Indemnización Estudiantil y de Indemnización por Sepelio, en caso el Certificado cuente con estas coberturas adicionales Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan como consecuencia de los siguientes eventos o circunstancias.
  - a. Enfermedades, lesiones y/o condiciones pre-existentes al inicio de la vigencia del presente seguro.
  - b. Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos años.
  - c. 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.
  - d. Pena de Muerte o participación activa del asegurado en cualquier acto delictivo cometido o en actos violatorios de leyes o reglamentos, en duelo concertado; en peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participación activa en huelgas, motines, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
  - e. Cuando el deceso sea consecuencia de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, estando el asegurado en campaña, así como por intervención en duelo concertado.
  - f. Por hacer uso de la aviación salvo cuando estés de viaje en calidad de pasajero en un transporte aéreo de servicio público autorizado y en itinerarios regulares.
  - g. Los siguientes fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario: inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
  - h. Las lesiones que sufra el asegurado como consecuencia de la práctica temeraria y/o participación en competencias profesionales o no profesionales o en prácticas de entrenamiento de las siguientes actividades o deportes riesgosos: Carreras de automóviles, motocicletas, bicicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas, deportes hípicos; artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, ala delta, ultraligeros, paracaidismo, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, buzo, boxeo, caza de fieras, trabajos con explosivos o químicos.
  - i. Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). En caso de accidente de tránsito se presume la influencia de alcohol o drogas si el asegurado o beneficiario se niegan a someterse al examen toxicológico y/o de alcoholemia.
  - j. Por inhalación de gases o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
  - k. Los accidentes médicos ocasionados por negligencia o impericia médica.
  - l. Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos estéticos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.
  - m. Las complicaciones médicas de embarazos o partos.
  - n. Por participación como conductores o acompañantes en carreras de automóviles, bicicletas, lanchas a motor o avionetas, o en carreras de entrenamiento.

\*Condición especial: Para el presente seguro Respaldo Total, el riesgo de terremoto no aplicará como exclusión.

- Exclusiones de la Cobertura de Invalidez total y permanente por accidente

En adición a las exclusiones establecidas para la Cobertura principal de Fallecimiento, la presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente por accidente del ASEGURADO que sea consecuencia de:

- a. Los accidentes que se produzcan sobre el Asegurado bajo los efectos del alcohol o drogas no permitidas.
- b. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula adicional o durante su vigencia.
- c. Intento de suicidio durante toda la vigencia de la póliza, o por lesiones auto-inflingidas, o producidas por terceros con su consentimiento.
- d. Tratamientos estéticos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- e. Lesiones producto del uso de arma de fuego.
- f. Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia del Seguro.

- **Exclusiones de la Cobertura de Invalididad total y permanente por enfermedad**

En adición a las exclusiones establecidas para la Cobertura principal de Fallecimiento, la presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalididad Total y Permanente por Enfermedad del ASEGURADO, que sea consecuencia de:

- a. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula adicional o durante su vigencia.
- b. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula adicional o durante su vigencia.
- c. Intento de suicidio durante toda la vigencia de la póliza, o por lesiones auto-inflingidas, o producidas por terceros con su consentimiento.
- d. Tratamientos estéticos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

- **Exclusiones de la Cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente**

En adición a las exclusiones establecidas para la Cobertura principal de Fallecimiento, la presente cláusula adicional excluye de su cobertura la hospitalización, o la enfermedad y/o la lesión que motive la hospitalización, que sea consecuencia de:

- a. Cirugía estética o plástica o reconstructiva y/o sus complicaciones, a excepción de los casos necesarios a consecuencia del accidente.
- b. Lesiones o afecciones del estado de salud a consecuencia de accidente de tránsito cuando el Asegurado se encuentra conduciendo un vehículo motorizado sin contar con licencia de conducir o la que porta, no corresponde al tipo de vehículo según la normativa pertinente.
- c. Actos negligentes del ASEGURADO, o que perjudiquen su rehabilitación en curso, incluyendo los casos en que el ASEGURADO se auto medique por propia cuenta.
- d. Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo con los músculos, nervios y los relacionados con ellos, siempre que los mismos no guarden relación con el accidente cubierto por la presente póliza.
- e. Hospitalización en Establecimientos Médicos No autorizados o sin la categorización pertinente; u hospitalizaciones por convalecencia.
- f. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales de ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR)

- **Exclusiones de la Cobertura de Indemnización de Enfermedades Graves**

En adición a las exclusiones establecidas para la Cobertura principal de Fallecimiento, la presente cláusula adicional excluye de su cobertura y no cubre las Enfermedades Graves o situaciones que ocurran a consecuencia de:

- a. Alcoholismo o drogadicción.
- b. Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o a la fecha de inclusión de la presente cobertura adicional a la Póliza de Seguro, según corresponda.
- c. Padecimientos congénitos.
- d. Trasplantes que sean procedimientos de investigación (experimentales).
- e. Riñas en los que hubiere intervenido el asegurado, salvo que sea en legítima defensa la cual deberá ser acreditada mediante resolución judicial o existan indicios suficientes que acrediten la misma.
- f. La participación activa del Asegurado en alborotos populares.

## 14. Comunicación de agravación del riesgo por parte del asegurado

Dentro de la vigencia del Certificado de Seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la ASEGURADORA de los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

## 15. Derecho de resolver el Certificado sin expresión de causa

Cuando así lo decidas y sin necesidad de una justificación. Para ello debes enviar una comunicación escrita a la ASEGURADORA o solicitarlo por cualquiera de los medios que usaste para contratar el Certificado.

La ASEGURADORA 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, a través del mismo medio utilizado para el pago de la prima.

## 16. Derecho de arrepentimiento

Si es que este Certificado de Seguro ha sido adquirido a través de Comercializadores (inc. Bancaseguros) o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia (por ejemplo: web, telemarketing, entre otros), podrás arrepentirte de su contratación, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha en que recibiste este documento. El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado a través de un correo electrónico dirigido a [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe) (con el asunto "Derecho de arrepentimiento") o a través del mismo mecanismo de comunicación utilizado para la contratación del certificado, indicando tu nombre y apellidos completos y tu número de DNI. Este certificado se considerará resuelto (anulado) desde la fecha en que recibimos tu comunicación y siempre que no hayas hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. Resuelto el certificado procederemos a devolverte la totalidad de la prima pagada al medio de pago utilizado para contratar este certificado, dentro del plazo de 30 días contados partir de la fecha en que te hayas arrepentido.

## 17. Qué hacer en caso de siniestro:

### Paso 1: Dar aviso a la ASEGURADORA

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:

Para ello se deberán entregar a la ASEGURADORA o a las oficinas del COMERCIALIZADOR:

- **En caso de Muerte Natural del Asegurado (Cobertura principal de Fallecimiento y las Coberturas adicionales de Canasta Familiar y de Indemnización por Sepelio, en caso el Certificado cuente con estas Coberturas adicionales):**

- a. Copia Certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC.
- b. 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).
- c. Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado.
- d. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios.
- e. Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada por la institución de salud, siempre que el Asegurado, previo a su fallecimiento, haya sido atendido por una Institución de Salud.

- **En caso de Muerte Accidental del Asegurado (Cobertura principal de Fallecimiento), adicionalmente a los documentos antes señalados deberán presentar:**

- f. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia completo, este último en caso de haberse realizado.
- g. Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, e Informe Final de la Fiscalía correspondiente, en caso de haberse realizado.
- h. Original o Copia Certificada del Examen toxicológico emitido por la morgue, en caso de haberse realizado.
- i. Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico emitido por la morgue, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

### Documentos a presentar aplicables a las cláusulas adicionales:

- **Cobertura adicional de Invalidez total y permanente por accidente**

- a. Copia simple de su Documento Oficial de Identidad.
- b. Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, e Informe Final de la Fiscalía correspondiente, en caso de haberse realizado.
- c. Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico realizado al ASEGURADO, emitido por la dependencia policial respectiva, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.
- d. Original o Copia Certificada del Examen toxicológico y/o de alcoholemia, emitido por la dependencia policial respectiva, en caso de haberse realizado.

e. Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Dictamen de Invalididad 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 (COMADEF 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. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez.

• Cobertura adicional de Invalididad total y permanente por enfermedad

a. Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Dictamen de Invalididad 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 (COMADEF 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. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez.

b. Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.

c. Copia simple del DNI del ASEGURADO.

Para el procedimiento de evaluación y pago de siniestro se seguirá el Paso 3 de la presente Cláusula de Siniestros, la ASEGURADORA -y en caso que esta requiera precisiones o aclaraciones sobre la documentación antes descrita- podrá solicitar al Asegurado, la realización de las pruebas adicionales que demuestren su situación de invalidez total y permanente, debiendo presentar a la ASEGURADORA, los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la ASEGURADORA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

Asimismo, podrá requerir al Asegurado la realización de las pruebas médicas, de ser el caso, autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, aseguradora u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la ASEGURADORA. La ASEGURADORA declara que la información obtenida será tratada como información confidencial y empleada exclusivamente para determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico por la cual se solicita la cobertura.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen, podrá apelar el mismo dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la ASEGURADORA. En este caso, la invalidez será evaluada por una junta 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 (COMADEF) o del Comité Médico de la SBS (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose en treinta (30) días respecto a si este 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.

• Cobertura adicional de Renta Hospitalaria por Accidente

- Original o Copia Fedateada y Foliada del Informe Médico emitido por el médico tratante del Establecimiento de Salud dentro del territorio peruano con autorización desde el Primer Nivel de Atención Categoría I-4 en el cual indique la fecha de ingreso, la fecha de alta del Asegurado así como el diagnóstico por el cual se originó el internamiento.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la factura o boleta de pago, y del documento que acredite la hospitalización en el Establecimiento de Salud, en el que donde se verifique el nombre del ASEGURADO hospitalizado, el período y el motivo de la hospitalización.
- Copia Fedateada y foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO, desde el ingreso al internamiento.
- Copia simple del DNI del ASEGURADO.

**• Cobertura adicional de Indemnización de Enfermedades Graves**

a. Certificado Médico original donde se describa el diagnóstico y la existencia de algunas de las enfermedades y/o realización de procedimientos requeridos bajo la descripción de cada cobertura, conforme lo indicado en esta cláusula adicional.

b. Copia fedateada y foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO donde se verifique el diagnóstico y/o existencia de alguna de las enfermedades y/o realización de procedimientos requeridos bajo la descripción de cada cobertura, conforme lo indicado en esta cláusula adicional.

**• Cobertura adicional de Indemnización Estudiantil**, adicionalmente a los documentos requeridos para solicitar la cobertura de Fallecimiento deberán presentar:

a. Para el caso en que los asegurados sean convivientes, se deberá presentar la certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Resolución Judicial de Reconocimiento de Unión de Hecho o de la Escritura Pública de Reconocimiento Notarial de Unión de Hecho y su correspondiente inscripción en los Registros Públicos.

b. Copia Certificada de la Partida de Matrimonio de ambos asegurados, en caso de ser casados, emitida por RENIEC.

Todo documento extranjero debe ser visado por el CONSULADO PERUANO del país en que fue expedido, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

Las demás disposiciones establecidas en las condiciones generales, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.

**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, la ASEGURADORA evaluará y se pronunciará aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura).

Dentro de los primeros 20 días la ASEGURADORA podrá solicitar aclaraciones o precisiones sobre de la documentación e información presentada, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente, o podrá solicitar la prórroga del plazo original al BENEFICIARIO, 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 11º y 12º 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 la ASEGURADORA, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

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

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

## 18. Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de Cobertura del Seguro

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

Oficina Principal: Av. Las Begonias 650, Piso 10, San Isidro, Lima

Plataformas de Atención al Cliente:

📍 **Lima:**

Av. Las Begonias 690. San Isidro.

📍 **Arequipa:**

Pasaje. Belén Nro. 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](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe)

Correo Electrónico para Atención de Reclamos: [reclamos@rimac.com.pe](mailto:reclamos@rimac.com.pe)

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

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

## 19. Medios habilitados por la ASEGURADORA para presentar reclamos

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

- Verbal: Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención al Cliente en Lima y Provincias y Central de Consultas y Reclamos.
- 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)

## 20. Instancias habilitadas para presentación de reclamos y/o denuncias

✓ **Defensoría del Asegurado:**

[www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

Lima: (01) 421-0614

Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9 -San Isidro, Lima

✓ **Indecopi:**

[www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)

Lima: (01) 224-7777

Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040

SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa

104, San Borja, Lima

SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las

Palmeras, Los Olivos, Lima.

✓ **Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS):**

[www.sbs.gob.pe](http://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: 0800-10840 | (511) 428-0555

## 21. Información adicional:

- El ASEGURADO tiene el derecho de solicitar copia de la Póliza de Seguro de grupo a la ASEGURADORA.
- 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.
- 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.
- 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.
- Los pagos efectuados por los ASEGURADOS o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a la ASEGURADORA.
- El ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas al Certificado de Seguro puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignado en el presente documento.

La ASEGURADORA remitirá comunicaciones escritas al domicilio del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en caso no se consigne una dirección electrónica, o, a decisión expresa de la ASEGURADORA, 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](mailto: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.

## 22. Ley de protección de datos personales

### Uso y tratamiento de Datos Personales

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la "Ley") y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el "Reglamento"), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que RIMAC Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los "Datos Personales"), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web [rimac.com](http://rimac.com), sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Calle Begonias 540- San Isidro, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N° 1637.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y 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.

## 23. Aceptación de las condiciones planteadas

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

Lugar y fecha: San Isidro,        de        del



---

**Giovanni Scarsi Nuñez**  
Vicepresidente de Seguros de Vida y Pensiones  
División Seguros de Personas  
Rimac Seguros y Reaseguros

**ASEGURADO TITULAR**

---

**RESPONSABLE DE PAGO**

