



# Seguro de vida Vida Ya

Este formato de certificado te ayudará con todo lo que necesitas saber a detalle de tu contrato de Seguro.

# Seguro de Vida Vida Ya

---

Hola

[\*\*\*\*\*],

Queremos darte la bienvenida y agradecerte la confianza depositada en nosotros al adquirir nuestro seguro de Vida Ya.

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 [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@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 Scarsl Nuñez

*Vicepresidente  
División Seguros de Personas  
Rimac Seguros y Reaseguros*

# Resumen

## Información general

### 1. Datos de la empresa aseguradora:

Rimac Seguros y Reaseguros

#### Ubícanos en:

##### Oficina principal:

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

##### Plataformas de atención al cliente:

##### Lima:

Calle 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 de Vida- Vida Ya

### 3. Vigencia del seguro:

Mensual

### 4. Monto de la prima comercial:

S/ 28.00 \*

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

Mensualmente todas las primas deberán pagarse por intermedio del CONTRATANTE a la COMPAÑÍA, sin necesidad de requerimiento previo.

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

Se encuentran detallados en el numeral 17 de tu 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 estos.

\* La prima comercial no incluye el descuento de cupón, en caso éste se haya aplicado.

## 8. Medios habilitados por LA COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

# Información de la Póliza de Seguro

## 1. Riesgos cubiertos:

Los descritos en el numeral 5 de tu Certificado de Seguro.

### a) Cobertura Principal: Fallecimiento

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

### b) Cobertura adicional de Indemnización adicional por Muerte Accidental

La presente cobertura consiste en brindar una indemnización adicional a la cobertura principal, en caso se produzca el fallecimiento a causa de un accidente dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro.

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

### c) 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 COMPAÑÍA -mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro.

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

### d) Cobertura adicional de Invalidez total y permanente por enfermedad

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad, la COMPAÑÍA -mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro.

Período de Carencia para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: 180 días

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 encuentran 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 esta póliza de seguro ha sido adquirida a través de Comercializadores (inc. Bancaseguros) o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia (por ejemplo: web, telemarketing, entre otros), podrás arrepentirte de la contratación de esta Póliza de Seguro, 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 atencióncliente@rimac.com.pe (con el asunto "Derecho de arrepentimiento") o a través del mismo mecanismo de comunicación utilizado para la contratación de la póliza de seguro, indicando tu nombre y apellidos completos y tu número de DNI. Este Certificado de Seguro 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. Resuelta la póliza de seguro procederemos a devolverte la totalidad de la prima pagada al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, 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 COMPAÑIA durante la vigencia del contrato:**

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

# Seguro de Vida Ya

# Certificado

Nro. Póliza: 8308500001

Nro. Certificado Banco: [\*\*\*\*\*]

Nro. Solicitud: [\*\*\*\*\*]

Código SBS: N° VI0507200462

Acuerdo a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Plan Elegido: Opción 2

Oficina Gestora: [\*\*\*\*\*]

Canal de Venta: [\*\*\*\*\*]

Fecha de Cotización / solicitud: [\*\*\*\*\*]

Fecha de Inicio de Vigencia: [\*\*\*\*\*]

Moneda: Soles

Frecuencia de pago: Mensual

Forma de pago: [\*\*\*\*\*]

Número de Cuenta: [\*\*\*\*\*]

La vigencia de la Póliza de Seguro es mensual desde la fecha de emisión del Certificado y se renovará automáticamente bajo la periodicidad indicada (mensual) hasta su fin de vigencia, por períodos iguales y sucesivos o hasta que el Asegurado llegue a la edad máxima de permanencia.

El ASEGURADO acepta las condiciones de la presente Solicitud 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.

## 1. Datos del asegurado / Responsable de pago

Nombre: [\*\*\*\*\*]

Apellido Paterno: [\*\*\*\*\*]

Apellido Materno: [\*\*\*\*\*]

Dirección: [\*\*\*\*\*]

Distrito: [\*\*\*\*\*]

Provincia: [\*\*\*\*\*]

Departamento: [\*\*\*\*\*]

Teléfono: [\*\*\*\*\*]

Tipo de documento: [\*\*\*\*\*]

Nº de documento: [\*\*\*\*\*]

Relación con el contratante: Económica

Correo electrónico: [\*\*\*\*\*]

## 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:	<a href="mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe">atencionalcliente@rimac.com.pe</a>

## 4. Resumen de Coberturas

<b>Coberturas - Opción 2</b>		<b>Suma asegurada</b>
<b>Cobertura Principal</b>		
Fallecimiento		S/ 40,000
<b>Coberturas adicionales</b>		
Indemnización adicional por Muerte Accidental		S/ 40,000
Invalidez total y permanente por accidente o enfermedad		S/ 40,000

**⚠ Periodo de carencia:**

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

Periodo de gracia: No aplica

Nº máximo de Certificados por Asegurado: Las Sumas Aseguradas de la Indemnización por Fallecimiento, las coberturas Adicionales de Indemnización Adicional por Muerte Accidental, Cobertura adicional de Invalidez total y permanente por Enfermedad y Cobertura adicional de Invalidez total y permanente por Accidente de todos los Seguros contratados por el ASEGURADO no deberán superar el equivalente a USD 100,000.

## 5. Definiciones de las coberturas



### Cobertura Principal: Fallecimiento.

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



### Cobertura adicional de Indemnización adicional por Muerte Accidental

La presente cobertura consiste en brindar una indemnización adicional a la cobertura principal, en caso se produzca el fallecimiento a causa de un accidente dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro.

Este fallecimiento se deberá haber producido dentro de los ciento ochenta (180) días calendarios posteriores a la fecha en que se produjo el accidente, siempre que el deceso sea como consecuencia de las lesiones originadas en el mismo.

Esta cobertura es accesoria a la cobertura principal de fallecimiento, por lo que su activación solo se realizará en tanto LA COMPAÑÍA haya aprobado el otorgamiento de la indemnización correspondiente a la cobertura de fallecimiento.

Los efectos de la presente cláusula adicional culminarán automáticamente cuando el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en el presente certificado.

#### 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.

Igualmente, 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.



### 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 COMPAÑÍA 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.



### Cobertura adicional de Invalidez total y permanente por enfermedad

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad, la COMPAÑÍA mediante la presente cláusula adicional pagará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

#### Período de Carencia para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

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 de la Póliza, 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), esta no será materia de cobertura. En este caso, la COMPAÑÍA devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente a la presente cobertura y reducirá las siguientes en el mismo importe.

#### **Definición de Invalididad Total Y Permanente:**

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

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.

#### **Periodo de Carencia:**

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 COMPAÑÍA devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente a la presente cobertura y reducirá las siguientes en el mismo importe.

## **6. Prima**

Prima Mensual - Opción 2	Plan
Prima Comercial Total Mensual*	S/ 28.00
Prima Comercial Total Mensual con Descuento aplicable al 1er año de vigencia del Certificado**	S/ 26.50

 \*Prima Comercial Total que aplica a partir del 2º año de vigencia del Certificado de Seguro.

\*\*La Prima Comercial con descuento aplica únicamente durante el 1er año de vigencia del Certificado de Seguro.

Recuerda que esta Prima Comercial con descuento no es válida posterior al 1er año de vigencia del Certificado de Seguro.

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.

## **7. 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 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 periodo 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 la cobertura adicional de Indemnización adicional por Muerte Accidental, 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 y/o asignar a sus beneficiarios mediante endoso; pudiendo ser éstos 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**: 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 79 años y 364 días.

## 13. Exclusiones

### Exclusiones de la cobertura Principal: Fallecimiento.

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, commoción 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, 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 siguientes 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.

**Exclusiones de la Cobertura de Fallecimiento por Muerte Accidental y de la Cobertura adicional de Indemnización por Muerte Accidental.**

En adición a las exclusiones establecidas para la Cobertura principal de Fallecimiento, se excluye de la cobertura de Muerte Accidental lo que sea consecuencia de:

- a) Los accidentes que se produzcan sobre el Asegurado bajo los efectos del alcohol o drogas no permitidas.
- b) La participación de actividades peligrosas, de riesgo, de alto riesgo, policía, militar, guardaespaldas, vigilante con armamento, cargos de elección popular, miembro de algún organismo de seguridad ni inteligencia tanto privado, como del Estado o actividades por fuera de la ley, trabajos con explosivos o químicos, bombero, minero.

**Exclusiones de la Cobertura de Invalididad 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 Invalididad Total y Permanente por accidente del ASEGURADO que sea consecuencia de:

- a) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- 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 participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- 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.

## 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

Este Certificado 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:

### 1 Paso 1: Dar aviso a la Compañía

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.

### 2 Paso 2: Solicitar una 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):

- Copia Certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado.
- Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada por la institución de salud, 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 y Cobertura Adicional de Indemnización por Muerte Accidental):

Adicionalmente a los documentos antes señalados deberán presentar:

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

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

**1 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 alcoholémia, emitido por la dependencia policial respectiva, en caso de haberse realizado.
- e) Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (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 Invalidez total y permanente por enfermedad**

- a) Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (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 COMPAÑÍA -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 COMPAÑÍA, los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA. La COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA. 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 COMPAÑÍA, 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 COMPAÑÍA.

La declaración de invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal sólo tendrá para la COMPAÑÍA y para la junta médica un valor meramente informativo y referencial.

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 TRADUCCIÓN 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.

### 3 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 COMPAÑÍA 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 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros (Resolución SBS N° 3202-2013).

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

**Ubícanos en:**

 **Oficina principal:**

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

 **Lima:**

Calle 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)

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

## 19. Medios habilitados por la compañía 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 para Atención de Reclamos:** [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

### ✓ 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.gob.pe](http://www.defaseg.gob.pe)  
Lima:(01) 421-0614  
Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9 San  
Isidro, Lima

## 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 y su reglamento: LEY 29733

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 Rimac 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 RNPD-PJP N.º 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/politica-privacidad](http://www.rimac.com/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.

## 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 ASEURADORA, en tanto el ASEGURADO hubiera proporcionado información veraz.

[\*\*\*\*\*]

Giovanni Scarsi Nuñez  
Vicepresidente  
División Seguros de Personas  
Rimac Seguros y Reaseguros

Asegurado



---

01 411 1111

rimac.com