

Código SBS: AE0506100330 - Soles
Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias.

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DINERS CLUB
CERTIFICADO DE SEGURO N° _____
PÓLIZA DE SEGURO SOLES N° _____**

Sucursal: _____ Código de Vendedor: _____

Nombres y apellidos del Vendedor: _____

DATOS DEL ASEGURADO (Tarjeta Habiente) / RESPONSABLE DE PAGO

Nombre y Apellidos: _____

Tipo Documento: DNI C.E. N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Nacionalidad: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

ASEGURADO: Llenar en caso sea persona distinta al Tarjeta Habiente

Nombre y Apellidos: _____

Tipo Documento: DNI C.E. N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Nacionalidad: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

VIGENCIA DEL SEGURO

Seguro de renovación mensual automática. El inicio de vigencia de la póliza se dará: 1) a la firma del Certificado de Seguro por parte del ASEGURADO y 2) al primer cargo de prima en la Cuenta de Ahorros o Tarjeta de Crédito indicada por el ASEGURADO.

BENEFICIARIOS

- **En caso de muerte accidental:**

Marcar el siguiente cuadro si desea que los BENEFICIARIOS sean los Herederos Legales:

Llenar la siguiente información en caso los BENEFICIARIOS no sean los Herederos Legales:

Nombres y Apellidos	Tipo y N° de Documento	Relación con el Asegurado	% de Participación

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

- Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Renta Hospitalaria por Accidente: El BENEFICIARIO es el mismo ASEGURADO.

AUTORIZACIÓN DE CARGO EN TARJETA DE CRÉDITO

El Responsable de Pago autoriza a la ASEGURADORA a realizar los cargos en su Tarjeta de Crédito DINERS CLUB cuyos datos constan a continuación, para realizar el pago de la prima, sin que sea necesario que suscriba orden de pago adicional alguna.

Número de Tarjeta de Crédito

Vencimiento

Queda entendido que el Responsable de Pago podrá solicitar la suspensión de este cargo en su Tarjeta de Crédito DINERS CLUB o la modificación de la misma mediante carta dirigida a Rimac Seguros.

Fecha de Cargo: Fijada por Rimac Seguros.

El responsable de Pago autoriza, que ante el cambio de N° de la Tarjeta de Crédito DINERS CLUB el cargo de la prima, se realizará automáticamente en la nueva Tarjeta de Crédito DINERS CLUB afiliada.

COBERTURA DEL SEGURO

COBERTURA PRINCIPALES	PLAN 1 SUMA ASEGURADA	PLAN 2 SUMA ASEGURADA
Indemnización por Muerte Accidental:	S/ 150,000	S/ 350,000
CLÁUSULA(S) ADICIONAL(ES)	PLAN 1 SUMA ASEGURADA	PLAN 2 SUMA ASEGURADA
Invalidez Permanente Total Y Parcial Por Accidente:	S/ 150,000	S/ 350,000
Renta Hospitalaria por Accidente:	Hasta S/ 150 por día máximo 30 días al año.	Hasta S/ 150 por día máximo 30 días al año.
DEDUCIBLE/COPAGO: No Aplica		

PRIMAS

Prima Comercial	<input type="checkbox"/> PLAN 1	<input type="checkbox"/> PLAN 2
Prima Mensual Comercial	S/ 34.41	S/ 60.68
Prima Mensual Comercial Total + IGV	S/ 40.60	S/ 71.60

En caso de que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no usar corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

CARGOS AL COMERCIALIZADOR

Planes (S/): Plan 1: Dieciocho punto 37/100 soles. Plan 2: Treinta y dos punto 40/100 soles. La comisión al comercializador se calcula sobre la Prima Neta. La Prima Neta es la Prima Mensual Comercial descontando el Gasto de Emisión (3%).

ASISTENCIAS

ASISTENCIAS DINERS

SERVICIOS	COBERTURAS	EVENTOS POR SEMESTRE
Orientación Médica Telefónica	100%	Sin limite
Telemedicina General y Pediátrica	100%	6 Eventos
Ambulancia por Enfermedad o Accidente	Hasta S/ .350.00	3 Eventos
Médico general a domicilio	Co - Pago S/. 30.00	Sin limite
CLUB DE BENEFICIOS RIMAC	COBERTURAS	EVENTOS POR SEMESTRE
Plataforma con descuentos	DESCUENTOS	Sin Limite
Plataforma educativa personalizada con Acceso ilimitado	100%	Sin Limite
ASISTENCIA VETERINARIA	MONTO MÁXIMO (EN SOLES)	MÁXIMO DE EVENTOS
Consulta Veterinaria ambulatoria	Hasta S/.100.00	2 Eventos
Servicio de baño para mascotas	Co - Pago S/.15.00	4 Eventos

ASISTENCIA VIAL	MONTO MÁXIMO (EN SOLES)	MÁXIMO DE EVENTOS
Auxilio Vial (Cambio de llanta, Carga de batería, Envío de Combustible)	Hasta S/.200.00	6 eventos
HOGAR TOTAL	MONTO MÁXIMO (EN SOLES)	MÁXIMO DE EVENTOS
Cerrajero por emergencia	HASTA S/. 350 POR EVENTO	4 Eventos
Gasfitero por emergencia		
Electricista por emergencia		
REFERENCIA Y COORDINACION	MONTO MÁXIMO (EN SOLES)	MÁXIMO DE EVENTOS
Referencia de médicos especialista, clínica y hospitales	CONEXIÓN	Sin Limite
Coordinación de técnicos de línea blanca, electrónicos	CONEXIÓN	Sin Limite
Coordinación de centros culturales, restaurantes, cines	CONEXIÓN	Sin Limite
Referencia y coordinación de floristería	CONEXIÓN	Sin Limite
Referencia y coordinación de cerrajería del auto	CONEXIÓN	Sin Limite
<p>Número Telefónico de la central de la Asistencia: (01) 411- 3075</p> <p>La cobertura por las asistencias inicia quince (15) días después de la adquisición del seguro.</p>		

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 www.rimac.com.pe, 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 Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 – 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. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

Comunicaciones Comerciales

Autorizo a RIMAC a utilizar mis Datos Personales y que los mismos sean tratados por terceros, para que me sean ofrecidos beneficios, productos y servicios de RIMAC, a través de cualquier medio de comunicación. Declaro conocer que el no conceder esta autorización no afectará la prestación del servicio contratado.

Acepto No Acepto

Lugar y fecha de emisión: _____ de _____ de _____



GIOVANNI SCARSI NUÑEZ
Vicepresidente Seguros de Vida y Pensiones
Rimac Seguros y Reaseguros

CONTRATANTE / ASEGURADO

DATOS DEL COMERCIALIZADOR

El emisor de la Tarjeta de Crédito DINERS	RUC: 20100105862	Teléfono: (01) 612-2222
Dirección: Av. Ricardo Palma N° 278 Miraflores, Lima		Página Web: www.dinersclub.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE

El emisor de la Tarjeta de Crédito DINERS CLUB.

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros.	RUC: 20100041953
Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima.	Página Web: www.rimac.com
Teléfono: 411-3000	Fax: 421-0555

INTERÉS ASEGURADO

La vida del asegurado.

RIESGOS CUBIERTOS

<p>MUERTE ACCIDENTAL: Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su fallecimiento, siempre que su causa directa y única; o causa adecuada en caso esta difiera de la causa directa y única, fuera un accidente que no se encuentre excluido en la presente Póliza y se manifieste a más tardar dentro de los 30 (treinta) días calendarios contados desde la fecha del accidente, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada por Muerte Accidental a los Beneficiarios del ASEGURADO según el plan escogido en el presente Certificado de Seguro.</p> <p>INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL POR ACCIDENTE: Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su invalidez permanente total o parcial siempre que su causa directa y única o causa adecuada en caso esta difiera de la causa directa y única, fuera un accidente que no se encuentre excluido en la presente Póliza y este es dictaminado por la Comisión Médica de Essalud o el Ministerio de Salud o EPS, la COMPAÑÍA pagará el porcentaje de la Suma Asegurada, dependiendo del Plan escogido en el presente Certificado de Seguro y de la Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente, según lo establecido en la tabla de indemnizaciones incorporada en el ANEXO A del presente Certificado de Seguro.</p> <p>RENDA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE: Se entiende por Renta Hospitalaria al seguro mediante el cual el ASEGURADO recibe un beneficio por día de hospitalización en cualquier Institución Hospitalaria, hasta por un máximo de días al año y siempre que la causa de la hospitalización sea un accidente cubierto por la Póliza.</p> <p>Se entiende por Institución Hospitalaria, el hospital, clínica o establecimiento legalmente establecido para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, unidades de cuidados intensivos, sala de operaciones, equipos de rayos x, servicios de enfermería a tiempo completo y personal profesional especializado y debidamente calificado.</p>
--

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Cargo en la Tarjeta de Crédito DINERS CLUB designada por el contratante y/o asegurado.
--

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del siguiente rango:
Edad Mínima para Ingresar al Seguro: 18 años.
Edad Máxima para Ingresar al Seguro: 64 años y 364 días.
Edad Máxima de permanencia en el Seguro: 74 años y 364 días.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobertura Internacional. ▪ Periodo de Carencia y Franquicia: No aplica al presente Seguro. ▪ La vigencia del seguro será anual con renovación automática. El ASEGURADO autoriza al CONTRATANTE a cargar en su Tarjeta de Crédito el cargo del importe de la Prima correspondiente al plan elegido. ▪ Fecha de inicio de vigencia: Se tomará como inicio de vigencia de la póliza, la suscripción del Certificado de Seguro por parte del ASEGURADO y/o el primer cargo de prima en la Tarjeta de Crédito indicada por el ASEGURADO. ▪ Fecha de término de vigencia: Seguro anual Renovable.

EXCLUSIONES

Queda excluido de la cobertura de esta Póliza el fallecimiento del ASEGURADO o las lesiones que este sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- 1) Suicidio, auto mutilación o autolesión.
- 2) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de las normas vigentes; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del asegurado) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como participando activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 3) Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario, dejando a salvo el derecho de acrecer de los restantes Beneficiarios. En caso no se hayan designado Beneficiarios, se le aplica la misma condición para los herederos legales.
- 4) Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- 5) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- 6) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, o en operaciones o viajes submarinos, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares.
- 7) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos.
- 8) Realización de actividades y/o deportes como escalamiento, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, inmersión o caza submarina, surf, windsurf, navegación en velero, canotaje, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, caza de fieras, rodeo, artes marciales, boxeo, lucha libre, squash, rugby, football Americano.
- 9) La práctica o desempeño de profesiones u oficios como bomberos, mineros, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, obreros de construcción, manipuladores de explosivos.
- 10) Estar bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo al momento y como acto generador del siniestro.
- 11) Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza.
- 12) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- 13) Las complicaciones médicas de embarazos o partos.
- 14) No pueden ser aseguradas, las personas afectadas de una Incapacidad Permanente Total.

Adicionalmente, se consideran exclusiones aplicables para la cobertura de Invalidez Permanente Total y Parcial por Accidente:

- a) Abuso de alcohol o de drogas.
- b) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago origina la suspensión de la cobertura otorgada por este Certificado de Seguro, una vez que hayan transcurrido treinta (30) Días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica de manera cierta al CONTRATANTE y ASEGURADO, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima. Asimismo, indicará el plazo del que se dispone para pagar la Prima antes de que se produzca la suspensión de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que EL CONTRATANTE o ASEGURADO ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro. Cuando se haya pagado parte de la Prima, se mantendrá la cobertura hasta la fecha en que dicha Prima, calculada proporcionalmente a prorrata, efectivamente alcance para cubrir el riesgo. La COMPAÑÍA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

LA ASEGURADORA podrá optar por resolver el Certificado de Seguro durante el periodo de

suspensión de la cobertura. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el ASEGURADO, a través del CONTRATANTE, recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado de Seguro.

Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el Certificado de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado de Seguro.

REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA

Una vez producida la suspensión de la cobertura del Certificado de Seguro, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolverlo o el mismo no se haya extinguido, el ASEGURADO podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos. **En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.**

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el ASEGURADO podrá resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el ASEGURADO haya recibido el Certificado de Seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, La ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, el ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el presente certificado. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

DERECHO DEL CONTRATANTE DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Se podrá resolver el contrato por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

DERECHO DEL ASEGURADO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Certificado de Seguros. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

En este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato. Así mismo estas modificaciones son aplicables durante la vigencia como para las modificaciones en la renovación.

AVISO DE SINIESTRO

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las condiciones particulares del presente documento o certificado de seguro, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a La ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, descritos en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o este se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la ASEGURADORA.

Se pierde el derecho cuando la falta de aviso se debe a culpa inexcusable, salvo cuando la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

DENUNCIA DE SINIESTROS

Ocurrido el siniestro, usted debe llamar en forma inmediata al teléfono (01) 513-4493 cual presta atención las 24 horas del día.

SOLICITUD DE COBERTURA

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado o certificado de seguros) o a través del comercializador los siguientes documentos:

COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL:

- 1) Copia Certificada del Acta de Defunción.
- 2) Certificación de Reproducción Notarial del Certificado de Defunción.
- 3) Copia Certificada del Atestado policial, en caso de haberse realizado.
- 4) Original del Informe elaborado por el empleador acerca de las circunstancias del accidente (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
- 5) Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso de haberse realizado.
- 6) Copia Certificada del Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, de acuerdo a las circunstancias, según corresponda.
- 7) Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y en caso que el Asegurado haya participado como conductor del vehículo).
- 8) Copia simple del Documento de identidad de los Beneficiarios o Copia Certificada de la Partida de Nacimiento, en caso que los Beneficiarios sean menores de edad y no cuenten con DNI).
- 9) En caso de no contar con Beneficiarios, adjuntar el Testimonio y Copia Literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada, según corresponda.

En caso de muerte presunta, esta deberá acreditarse conforme a la Ley vigente.

COBERTURA POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL POR ACCIDENTE:

- 1) Copia Certificada del Atestado policial, en caso de haberse realizado.
- 2) Original del Informe elaborado por el empleador acerca de las circunstancias del accidente (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
- 3) Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y en caso que el Asegurado haya participado como conductor del vehículo).
- 4) Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO.
- 5) Copia Fedateada del Informe Médico de Invalidez e Historia Clínica completa.

La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostrase la imposibilidad de cumplir, demora el proceso de

evaluación del siniestro, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este Seguro, no pudiendo en caso alguno el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Póliza o del desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir la siguiente información adicional en caso las circunstancias específicas lo ameriten y dentro del plazo establecido en el segundo párrafo de la sección Pago de Siniestros:

- A. Resultado de pruebas y exámenes realizados (tomografías, resonancias, radiografías, patologías entre otros).
- B. Informe médico ampliatorio.
- C. Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura.

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.

COBERTURA POR RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE:

- 1) Factura del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del paciente hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización.
- 2) Copia Fedateada y Foleada de la Historia Clínica.
- 3) Documento Nacional de Identidad del asegurado.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

- El listado anterior muestra la documentación mínima que debe ser presentada para solicitar la cobertura en caso de siniestro. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.
- No serán procedentes las solicitudes de devolución de documentos sea que se apruebe o rechace la cobertura.

PAGO DE SINIESTRO

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse respecto a la procedencia o rechazo del siniestro, hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso de que la ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se solicite la prórroga de dicho plazo.

Cuando la ASEGURADORA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la ASEGURADORA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento 91º establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del

pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

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

Adicionalmente, podrá presentarse a RIMAC en sus Plataformas de Atención de Cliente:

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

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

MEDIOS HABILITADOS POR 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, puede comunicarse con el número telefónico de ABSA (01) 513-4493 o a la compañía:

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

Escrito: Mediante carta dirigida a Rímac Seguros o a través de la página web o correo electrónico.

Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-3000

Correo Electrónico: reclamos@rimac.com.pe

Página Web: www.rimac.com

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo ASEGURADO.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTACIÓN DE CONSULTAS / RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado: www.defaseg.com.pe
Lima: (01) 421-0614
Calle Amador Merino Reyna 307, piso 9, San Isidro, Lima.

Indecopi: www.indecopi.gob.pe
Lima: (01) 224-7777.
Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040
SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima.
SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS) solo para consultas y/o denuncias: 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) 630-9000 y 2001930 anexo 9.

INFORMACIÓN ADICIONAL

En el caso de oferta de esta Póliza a través de comercializadores:

- i. La ASEGURADORA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
 - ii. La ASEGURADORA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
 - iii. Las comunicaciones cursadas por los CONTRATANTES, ASEGURADOS o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la ASEGURADORA.
 - iv. Los pagos efectuados por los CONTRATANTES del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la ASEGURADORA.
- El ASEGURADO autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregadas, sea dirigida al CONTRATANTE.
 - Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de las circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.

AUTORIZACIÓN DE ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO:

Autorizo para que la Póliza de Seguro que solicito sea remitida a la dirección de correo electrónico aquí consignada. Así mismo declaro conocer y aceptar que:

1. La "Póliza de Seguro" comprende los documentos que forman parte de ella, así como cualquier comunicación relacionada a ella de cualquier índole.
2. La Póliza de Seguro será enviada por correo electrónico: (i) Incluyendo un link donde podré visualizar la Póliza en PDF o un documento adjunto en PDF o (ii) Direccionándome a la parte privada de la web www.rimac.com, donde crearé mi usuario y contraseña para el ingreso.
3. Es obligatorio contar con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La integridad u autenticidad de la Póliza de Seguro se acreditará a través de un certificado digital (firma digital).
5. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica que registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. La forma de envío inmediato, seguro, eficiente son las ventajas de este procedimiento.
7. El uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad, lo cual representa un riesgo.

CONSIDERACIONES BÁSICAS:

En caso no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifique/anule el correo electrónico, deberá informarlo a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o a la Central Aló Rímac 411-1111. Recuerde que debe abrir y leer las comunicaciones electrónicas, archivos y links adjuntos, revisar su correo electrónico (bandejas de entrada y de "no deseados"), verificar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico, mantener activa su cuenta y no bloquear nunca a atencionalcliente@rimac.com.pe.

La ASEGURADORA garantiza la conservación de la información y evita su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. La información contenida en los soportes tecnológicos se encuentra a su disposición y de la Superintendencia. La ASEGURADORA remitirá comunicaciones escritas al domicilio del ASEGURADO, en caso la normatividad vigente o exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la ASEGURADORA en forma adicional a la comunicación electrónica.

ANEXO A

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE.

PARA INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE:

INVALIDEZ	PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA SUMA ASEGURADA
Estado Absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%
Fractura Incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente.	100%
Pérdida total de los ojos.	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.	100%

PARA INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE:

Cabeza:

INVALIDEZ	PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA SUMA ASEGURADA
Sordera total e incurable de los oídos.	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular.	40%
Sordera total e incurable de un oído.	15%
Ablación de la mandíbula inferior.	50%

Miembros Superiores:

INVALIDEZ	PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA SUMA ASEGURADA
Pérdida de un brazo. (Arriba del codo).	75%
Pérdida de un antebrazo. (Hasta el codo).	70%
Pérdida de una mano. (A la altura de la muñeca).	60%
Fractura no consolidada de una mano. (Seudoartrosis total).	45%
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30%
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25%
Anquilosis del codo en posición funcional.	20%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15%
Pérdida del dedo pulgar de la mano.	20%
Pérdida del dedo índice.	16%
Pérdida del dedo medio.	12%
Pérdida del dedo anular.	10%
Pérdida del dedo meñique.	6%

Miembros Inferiores:

INVALIDEZ	PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA SUMA ASEGURADA
Pérdida de una pierna. (Por encima de la rodilla).	60%
Pérdida de una pierna. (Por debajo de la rodilla).	50%
Pérdida de un pie.	35%
Fractura no consolidada de un muslo. (Seudoartrosis total).	35%
Fractura no consolidada de una rotula. (Seudoartrosis total).	30%
Fractura no consolidada de un pie. (Seudoartrosis total).	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional.	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms.	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms.	8%
Pérdida del dedo gordo del pie.	10%
Pérdida de cualquier otro dedo de cualquier pie.	4%

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembros lesionados, según la tabla de invalidez total y permanente.

La pérdida parcial se entiende a la amputación o a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional del órgano o miembros lesionados, según la tabla de invalidez parcial permanente. Si la invalidez parcial permanente deriva de la seudoartrosis (como secuela), la indemnización no podrá exceder del 70% (setenta por ciento) de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectados.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido, por amputación total o anquilosis (como secuela), y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte, cada falange, si se tratare de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdidos, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada.

La indemnización de lesiones que, sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones, constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del ASEGURADO.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ASISTENCIA

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

1.1 DEFINICIONES.

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

SERVICIOS: Los servicios de asistencia contemplados y que se refiere el presente documento.

SITUACIÓN DE ASISTENCIA: Todo hecho imprevisto o acto del hombre, accidente, avería ocurrida en los términos y con las características y limitaciones establecidas en el documento, que den derecho a la prestación de los SERVICIOS.

TERCERO BENEFICIADO: Tercero beneficiado sin distinción de edad ni parentesco a quien el titular desee brindar los servicios de asistencia bajo los términos y condiciones establecido en el presente documento.

FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece el proveedor de asistencias estarán a disposición de los TITULARES Y TERCEROS BENEFICIADOS DE RIMAC SEGUROS.

PAÍS DE RESIDENCIA: La república del Perú.

Periodo de uso de los servicios: La periodicidad de los servicios es año calendario Enero a diciembre. La renovación de los eventos se dará de acuerdo a la cobertura anual o semestral que corresponda.

Territorialidad: COBERTURA GEOGRAFICA PARA SERVICIOS

Lima Metropolitana, Callao y Balnearios:

Por el Norte: hasta Puente Piedra.

Por el Sur: Hasta el kilómetro 140 de la panamericana sur.

Por el Este: hasta Chaclacayo, San Juan de Lurigancho y Chosica (hasta puente Los Ángeles).

Por el Oeste: La Punta - Callao.

Provincias:

La cobertura del servicio incluye los 24 departamentos y tiene atención hasta 40 kilómetros a la redonda partiendo de la plaza de armas de cada ciudad.

Para el caso de las demás coberturas de Asistencia Médica donde no exista la INFRAESTRUCTURA pública o privada que permita la prestación de los servicios en el lugar correspondiente o se presenten causas de fuerza mayor o caso fortuito que no permitan las condiciones adecuadas para la prestación de los mismos, El proveedor de asistencias le ofrecerá al Asegurado la opción de solicitar por su cuenta y costo la contratación del servicio de un tercero, comprometiéndose el proveedor de asistencias a reembolsarle los gastos que haya efectuado hasta el monto máximo que brinda el programa. Para gozar de este beneficio el Asegurado deberá notificar a el proveedor de asistencias, antes de contratar, para que éste dé la conformidad respectiva, así como presentar el comprobante de pago correspondiente a dicho gasto. Para los casos donde la cobertura sea ilimitada se considerarán los siguientes montos máximos para reembolso:

- Telemedicina: Hasta S/.50.00 Por Reembolso
- Ambulancia: Hasta S/. 350.00 Por Reembolso.
- Medico a domicilio: Hasta S/. 50.00 Por Reembolso.

2. ASISTENCIA MEDICA:

2.1. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA:

Si durante la vigencia del servicio de asistencia, el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio requieren de una Orientación Telefónica Médica ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean Emergencia), el proveedor de asistencias gestionará y coordinará el enlace telefónico con un médico especialista en medicina general para poder absolver la consulta requerida, cuyo

costo será cubierto por el proveedor de asistencias. La atención estará disponible las 24 horas los 365 días del año.

Condiciones del Servicio: El costo del servicio será cubierto por el proveedor de asistencias sin requerir copago y el número de eventos en el semestre por ASEGURADO es ilimitado.

2.2. ENVÍO Y COORDINACIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO GENERAL:

En caso de que el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio requieran un médico en su domicilio en situaciones que no sean emergencias, el proveedor de asistencias coordinará el envío de un médico especialista en Medicina General para que evalúe al ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio. Dependiendo del estado de salud del ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio, el médico podrá solicitar la realización de exámenes, recomendar tratamiento o recetar medicinas. El servicio no incluye el costo de tratamiento, exámenes ni medicinas.

Condiciones del Servicio: Para acceder a este beneficio, el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio deberán realizar el copago de S/. 30 (Treinta con 00/100 Soles) por cada servicio y el número máximo de eventos por ASEGURADO es ILIMITADO. Una vez realizado el copago, el costo total del servicio será cubierto por el proveedor de asistencias.

2.3. TELEMEDICINA (Consulta médica virtual General y pediátrica)

El ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio tendrán acceso a una red de profesionales de la salud brindada por el proveedor de asistencias, con quienes podrá agendar de manera virtual una consulta médica mediante la comunicación a distancia a través de una plataforma de video conferencia que realiza el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio con un profesional médico de Medicina General o Pediatría sobre su estado de salud, realizando una evaluación y brindándole una receta médica y tratamiento, según criterio de este profesional. El servicio no incluye el costo de tratamiento, exámenes ni medicinas.

Condiciones del Servicio: El costo del servicio será cubierto por el proveedor de asistencias sin requerir copago y el número de eventos en el semestre por ASEGURADO es ilimitado.

2.4. AMBULANCIA (TRASLADO MÉDICO TERRESTRE) POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE (EMERGENCIA):

En caso de que el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio sufran una emergencia médica o urgencia a consecuencia de una enfermedad o accidente que le provoquen lesiones o traumatismos tales que requiera traslado a un hospital y/o clínica, el proveedor de asistencias gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada que lo permita.

Condiciones del Servicio: El costo del servicio será cubierto por el proveedor de asistencias HASTA S/. 350.00 sin requerir copago y el número máximo de eventos por ASEGURADO son tres (03) al semestre.

3. ASISTENCIAS HOGAR TOTAL:

En virtud del presente servicio, el proveedor de asistencias garantiza la puesta a disposición del el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio de una ayuda material inmediata, de servicios con el fin de limitar y controlar los daños materiales, presentados en el hogar del el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio, a consecuencia de un evento fortuito, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente anexo y por hechos derivados de los servicios especificados en el mismo.

Para efectos de este programa de servicio, se considera EMERGENCIA una situación accidental y fortuita que deteriore el inmueble (fuga de agua), que no permita su utilización cotidiana (un corto circuito), que ponga en riesgo la seguridad del mismo y sus habitantes (una cerradura de puerta exterior inservible, un cristal exterior roto), e inhabilitación de la vivienda a consecuencia de un evento.

3.1 ENVIO DE CERRAJERO POR EMERGENCIA

Cuando a consecuencia de cualquier hecho accidental, como pérdida, extravío o robo de las llaves, inutilización de la cerradura por intento de hurto u otra causa que impida la apertura de la puerta principal del inmueble Afiliado o bien que ponga en riesgo la seguridad de la misma, se enviará a la mayor brevedad posible un técnico especializado que realizará la asistencia de emergencia necesaria para restablecer el acceso al inmueble y el correcto cierre de la puerta de la vivienda Afiliada.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: S/. 350.00 POR EVENTO. El valor anterior incluye el costo de los materiales, traslado del operario y la mano de obra.

EXCLUSIONES AL SERVICIO DE CERRAJERÍA. - Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación y/o reposición de cerraduras y puertas de madera que impidan el acceso a partes internas del inmueble a través de puertas interiores, así como también la apertura, cambio, reposición, o reparación de cerraduras de guardarropas y alacenas y/o similares.

3.2 ENVIO DE GASFITERO POR EMERGENCIA

Cuando a consecuencia de una avería súbita (de repente) e imprevista en las instalaciones fijas de abastecimiento y/o sanitarias propias del inmueble del el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio, se presente alguna rotura o fuga de agua o avería que imposibilite el suministro o evacuación de las aguas, se enviará a la brevedad posible un técnico especializado, que realizará la asistencia de emergencia necesaria para restablecer el servicio, siempre y cuando el estado de las redes lo permitan.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: S/. 350.00 POR EVENTO. El valor anterior incluye el costo de los materiales y mano de obra. Así como traslado del operario (las reparaciones de plomería no incluyen trabajos de albañilería).

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE GASFITERÍA. - Quedan excluidas de la presente cobertura, la reparación y/o reposición de averías propias de: Grifos, cisternas, depósitos, calentadores junto con sus acoples, tanques hidroneumáticos, bombas hidráulicas, radiadores, aparatos de aire acondicionado, lavadoras, secadoras, y cualquier aparato doméstico conectado a las tuberías de agua, y en general de cualquier elemento ajeno a las conducciones de agua propias de la vivienda, arreglo de canales y bajantes, limpieza general de trampas de grasa, reparación de goteras debido a una mala impermeabilización o protección de la cubierta o paredes exteriores del inmueble, limpieza general de pozos sépticos, ni averías que se deriven de humedad o filtraciones. Así como cualquier tipo de reparación en aérea comunes o en instalaciones propiedad de la Empresa de Servicio Público de Agua y alcantarillado.

3.3 ENVIO DE ELECTRICISTA POR EMERGENCIA

Cuando a consecuencia de una avería súbita e imprevista en las instalaciones eléctricas propias en el interior del inmueble del el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio (casa, apartamento de uso habitacional), que corresponda al domicilio permanente del afiliado, se produzca una falta de energía eléctrica en forma total o parcial (corto circuito) se enviará a la mayor brevedad posible un técnico especializado que realizará la asistencia de emergencia necesaria para restablecer el suministro de energía eléctrica, siempre y cuando el estado de las redes lo permitan. Además, reparación o cambio de tableros eléctricos, totalizadores de cuchillas, interruptores, breakers, o fusibles dañados por corto circuito o sobrecarga, únicamente en áreas que pertenezcan a la instalación eléctrica del inmueble domicilio del AFILIADO.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: S/. 350.00 POR EVENTO. El valor anterior incluye el costo de los materiales, traslado del operario y mano de obra.

EXCLUSIONES AL SERVICIO DE ELECTRICIDAD. - Quedan excluidas del presente servicio, la reparación y/o reposición de averías propias de: a) Enchufes o interruptores, elementos de iluminación tales como lámparas, bombillos o fluorescentes, balastos. b) Electrodomésticos tales como: estufas, hornos, calentadores, lavadora, secadoras, neveras y en general cualquier aparato que funcione por suministro

eléctrico. c) Cualquier tipo de reparación en áreas comunes o en instalaciones propiedad de la Empresa de Energía.

*EL MAXIMO DE EVENTOS PARA LOS SERVICIOS DE HOGAR POR EMERGENCIA SERÁN 4 EN TOTAL AL SEMESTRE.

4. CLUB DE BENEFICIOS:

4.1 DESCUENTOS EN ESTABLECIMIENTOS:

El ASEGURADO tendrá acceso a descuentos y promociones en diferentes establecimientos de la red del PROVEEDOR disponibles en la web (<https://www.enjoybeneficios.com/WebEnjoy/login>) y APP Enjoy! Beneficios que podrá descargar desde el App Store (iOS) o Play Store, los que están a su disposición las 24 horas del día, los 365 días del año.

El ASEGURADO deberá proporcionar su DNI para utilizar los descuentos los que podrá utilizar las veces que desee y disfrutarlo con la familia.

Estos beneficios cumplen con las siguientes condiciones:

- Cada establecimiento definirá la vigencia de los descuentos
- Cada establecimiento contará con sus términos y condiciones particulares., que serán detallados y manifestados previamente al canje, con el fin de que el cliente brinde conformidad.
- Contar como mínimo un establecimiento reconocido y con cobertura a nivel nacional.

Condiciones del Servicio: El servicio cuenta con un porcentaje de descuento (%) acuerdo al plan elegido y el número de eventos por ASEGURADO es ilimitado.

4.2 PLATAFORMA EDUCATIVA:

Como parte de los beneficios asignados al plan asistencial el ASEGURADO podrá contar con una plataforma educativa cargada con videos de diferentes cursos, la misma que se irá actualizando de forma bimensual, la plataforma está a su disposición 24 horas 365 días del año a través del enlace Web (<https://lessin.pe/perfil/>). El ASEGURADO deberá proporcionar su DNI para utilizar la plataforma y acceder a los cursos, los que podrá utilizar las veces que desee y disfrutarlo con la familia.

Como parte de los beneficios las categorías a atender serán, por ejemplo: Marketing Digital, desarrollo personal, nutrición, estrategia de ventas y muchas más.

Exclusiones de la plataforma educativa:

- Los cursos son cambiados sin previo aviso.
- El tiempo promedio de cada curso son 4 mes aproximadamente.
- Existen vigencias de curso por tiempo limitado.
- Los cursos y talleres no son fijos, pueden sufrir variación durante el tiempo de vigencia.

5. ASISTENCIA VETERINARIA

En caso de que el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio cuente con un animal doméstico de compañía (perros y gatos) y esta sufra algún percance el proveedor de asistencias pondrá a su disposición un producto que atenderá el total de sus necesidades de manera inmediata basándose para ello en el presente contrato:

5.1 CONSULTA VETERINARIA AMBULATORIA:

En caso de que el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio requiera de una consulta ambulatoria con un veterinario en la red veterinaria del proveedor de asistencias, ante cualquier molestia que sufriera la mascota (situaciones que no sean emergencia), el proveedor de asistencias gestionará y coordinará la cita con el veterinario para que absuelva su consulta. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: S/. 100.00 POR EVENTO MAXIMO 2 EVENTOS POR SEMESTRE. Las

razas que sean consideradas como agresivas (pitbull, rottweiler) deberán contar con el bozal respectivo para la atención.

5.2 BAÑO DE MASCOTA:

En caso el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio requiera para su mascota el servicio de baño, el proveedor de asistencias coordinará el centro especializado para la atención con un: CO- PAGO DE S/.15.00 POR EVENTO Y UN MÁXIMO DE 4 EVENTOS POR SEMESTRE, el cliente deberá trasladar a la mascota hasta la veterinaria indicada por la central del proveedor de asistencias.

El servicio de baño de mascota es un baño básico, que no incluye corte ni baño medicado; así mismo las razas que sean consideradas como agresivas (pitbull, rottweiler) deberán contar con el bozal respectivo para la atención.

6. ASISTENCIA VIAL

Los siguientes servicios de asistencia se prestarán únicamente en la Republica del Perú, desde el lugar de residencia permanente del AFILIADO o familiar, o desde cualquier sitio en el cual se encuentre dentro del referido país. Atención a vehículos de uso particular no mayor a 15 años de antigüedad autos sedan y camionetas.

6.1 AUXILIO VIAL:

Cambio de llanta: por el repuesto en caso de pinchadura. El servicio no realiza ni cubre parchado de llantas.

Paso de corriente: Carga de batería del vehículo del AFILIADO, el proveedor de asistencias gestionará y cubrirá el costo del envío de una persona que se encargue de solucionar el inconveniente respectivo, de tal forma que el vehículo en relación con el cual se solicita el servicio pueda moverse por sus propios medios.

Envío de combustible: el proveedor de asistencias gestionará y cubrirá el costo del envío de una persona que se encargue de solucionar el inconveniente respectivo, de tal forma que el vehículo en relación con el cual se solicita el servicio pueda moverse por sus propios medios con un límite máximo de: 100% de cobertura y de forma ilimitada. Queda entendido que el servicio cubre solo el traslado y el cliente debe cubrir el costo del combustible que necesite.

***LOS SERVICIOS VIALES TIENEN UN LIMITE DE S/.200.00 DE COBERTURA CADA UNO Y MAXIMO 6 EVENTOS EN TOTAL POR SEMESTRE. ***

7. REFERENCIA Y COORDINACION TELEFONICA:

el proveedor de asistencias se encargará de coordinar y vía telefónica información y coordinación telefónica con referencias sobre médicos, clínicas, hospitales, técnicos de línea blanca entre otros. El presente servicio es telefónico con una cobertura ilimitada.

EXCLUSIONES PARA TODOS LOS PLANES

No quedará cubierto por las disposiciones de estas condiciones además lo siguiente:

- Cuando el ASEGURADO no se identifique como tal para uso de los servicios o no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Los resultantes de los servicios que el ASEGURADO haya contratado sin el previo consentimiento de el proveedor de asistencias.
- Mala fe del ASEGURADO, comprobada por el personal del proveedor de asistencias o si en la petición mediare mala fe.
- Requerimiento del servicio de asistencia como consecuencia de accidentes ocurridos durante participación en competencias y/o durante la práctica de deportes de alto riesgo.
- Traslados médicos por lesiones originada, directa o indirectamente, de actos realizados por el ASEGURADO con dolo o mala fe.
- Requerimiento del servicio de asistencias como consecuencia de intento de suicidio, auto mutilación o autolesión.
- Requerimiento del servicio por accidentes, emergencias o estados patológicos causados por encontrarse el ASEGURADO en estado de ebriedad y/o bajo los efectos o influencia de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos, y/o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.

Si bien el proveedor de asistencias no está obligado a brindar servicio en estas situaciones, el proveedor de asistencias deberá ofrecer al ASEGURADO alguna alternativa cuyo costo que será asumido por el ASEGURADO.

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todos los servicios detallados en el presente documento deberán ser solicitados a través de:

- Central de Asistencias Teléfono **(01) 411- 3075** para Lima y Provincias.