

SEGURO VIDA CONTIGO CONDICIONES PARTICULARES

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora : Rimac Seguros y Reaseguros
RUC : 20100041953
Dirección : Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima
Teléfono : 411-1111
Página web : www.rimac.com

DATOS DE LA PÓLIZA DEL SEGURO

Póliza N° : 10004318 Código SBS : VI0507100420
Plan de Seguro : Vida Contigo
Vigencia desde : 28/04/2021
Este seguro NO tiene posibilidad de renovación.

DATOS DEL COMERCIALIZADOR/CORREDOR

Persona Natural:

Nombre : Tipo y N° de Documento :
Dirección : Teléfono :
Código del Corredor :

En caso de ser Persona Jurídica:

Partida Electrónica :
Razón Social :
RUC :

DATOS DEL CONTRATANTE

En caso de ser Persona Natural

Nombre : IRAIDO MERYTXELL ARANDONA Tipo y N° de Documento : 48173675
BAÑADOS
Fecha de Nacimiento : 29/01/1994 Sexo : Femenino
Correo Electrónico : smgs8787@gmail.com Teléfono : 966312199
Dirección : CAL CAL ASOC LAS GARAS A-405 CARABAYLLO CARABAYLLO
LIMA

En caso de ser Persona Jurídica

Razón Social :
RUC :
Nombre del Representante :
N° de Documento del Representante :

Dirección :
 Correo Electrónico :
 Partida Electrónica :

DATOS DEL ASEGURADO (Se llena en caso el Asegurado sea persona distinta a Contratante)

Nombre : Tipo y N° de Documento :
 Fecha de Nacimiento : Sexo :
 Correo Electrónico : Teléfono :
 Dirección :

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre	Tipo	N° de Documento	Dirección	% de Participación en el beneficio
BANCO FINANCIERO DEL PERU	Endosatario	20100105862	AV. RICARDO PALMA 895 RES. MIRAFLORES MIRAFLORES LIMA	100

Otros Beneficiarios

Nombre	Tipo	% de Participación en el beneficio
HEREDEROS LEGALES	HEREDEROS LEGALES	100

En caso que la póliza esté endosada a una Entidad Financiera, se pagará a dicha Entidad la suma asegurada hasta el monto que estuviere adeudando a la fecha del siniestro (saldo capital adeudado); en caso que hubiere algún remanente de la suma asegurada, los Beneficiarios de este monto serán aquellos designados en la presente póliza, en el rubro "Otros Beneficiarios".

En caso que los Beneficiarios sean menores de edad bastará con señalar el nombre y apellidos completos. En caso que el Asegurado no haya designado Beneficiarios, en el campo "Otros Beneficiarios", los Beneficiarios serán los Herederos Legales.

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

COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

Coberturas y Vigencia	Suma Asegurada
Cobertura de Fallecimiento Principal	S/ 10,500.00

Coberturas adicionales (en tanto se añadan a la Póliza por medio de cláusulas adicionales a elección del Asegurado):

Relación de Cláusulas Adicionales aplicables al presente seguro	Suma(s) Asegurada (s)	Plazo de la cobertura	Edad máxima de permanencia
Enfermedades Graves	S/ 16,375.00	15 años	64 años y 364 días
Renta Hospitalaria por Accidente	S/ 16,375.00	15 años	64 años y 364 días
Dispensa de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente para Fallecimiento Adicional	S/ 50,000.00	12 años	64 años y 364 días
Dispensa de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente para Fallecimiento Vida Ahorro	S/ 5,000.00	20 años	64 años y 364 días
Dispensa de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente para Fallecimiento Principal	S/ 10,500.00	37 años	64 años y 364 días
Fallecimiento Vida Ahorro	S/ 5,000.00	20 años	84 años y 364 días
Fallecimiento Accidental	S/ 32,750.00	15 años	64 años y 364 días
Fallecimiento Adicional	S/ 50,000.00	12 años	89 años y 364 días
Invalidez Total y Permanente (No Cancelatoria)	S/ 32,750.00	15 años	64 años y 364 días

Las cláusulas adicionales se desactivan automáticamente a la fecha en la que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, por lo que, a partir de dicha fecha, la Aseguradora no será responsable por los siniestros cubiertos por dichas cláusulas. Se deja constancia que, a partir de la fecha de desactivación de las coberturas adicionales, se procederá a la reducción automática de la prima del seguro, descontando la prima que correspondía a dichas coberturas.

DEDUCIBLE/COPAGO: No aplica

CONDICIONES ESPECIALES

Condición Especial para la Cobertura de Fallecimiento.

Mediante la presente Condición Especial, se modifica el Artículo 21° de las Condiciones Generales del producto Vida Entera, respecto a la indemnización de la cobertura de Fallecimiento, en el sentido que la edad máxima de ingreso será de 64 años y 364 días según se establece en las presentes Condiciones Particulares.

Condición Especial de Indemnización Adicional en caso de Fallecimiento del asegurado (Sub Plan Fallecimiento Vida Ahorro) Mediante la presente condición especial, La Aseguradora pagará a los beneficiarios una indemnización adicional ascendente a la suma descrita en la póliza en caso que el asegurado fallezca durante el plazo de vigencia indicado en la póliza para esta indemnización adicional. Asimismo, mientras no se produzca el fallecimiento del asegurado, el contratante podrá realizar el rescate de la presente cobertura bajo las condiciones establecidas en la tabla de valores garantizados, lo cual generará la terminación automática de la presente cobertura.

Condición Especial de Indemnización Adicional en caso de Fallecimiento del asegurado (Sub Plan Fallecimiento Adicional), Solo en caso el contratante haya elegido esta condición especial. La Aseguradora pagará a los beneficiarios una indemnización adicional ascendente a la suma descrita en la póliza en caso que el asegurado fallezca durante el plazo de vigencia indicado en la póliza para esta indemnización adicional.

Condición Especial para la Cobertura de Indemnización Adicional por Fallecimiento Accidental Mediante la presente condición especial se modifica la edad máxima de permanencia descrita en las cláusulas adicionales de las condiciones generales de la póliza y solo para el caso de fallecimiento accidental del asegurado, el mismo que es de **64 años y 364 días**.

Mediante la presente Condición Especial, La Aseguradora declara que para el presente Plan, no aplica la exclusión indicada en el literal i) del Artículo 24 (Exclusiones) de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

PRIMA

Prima	Monto S/
Prima Comercial Anual por cobertura de Enfermedades Graves	19.31
Prima Comercial Anual por cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente	1152.8
Prima Comercial Anual por cobertura de Dispensa de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente para Fallecimiento Adicional	0.04
Prima Comercial Anual por cobertura de Dispensa de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente para Fallecimiento Vida Ahorro	1.4
Prima Comercial Anual por cobertura de Dispensa de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente para Fallecimiento Principal	3.12
Prima Comercial Anual por cobertura de Fallecimiento Vida Ahorro	186.04
Prima Comercial Anual por cobertura de Fallecimiento Accidental	11.76
Prima Comercial Anual por cobertura de Fallecimiento Adicional	31.53
Prima Comercial Anual por cobertura de Fallecimiento Principal	54.63
Prima Comercial Anual por cobertura de Invalidez Total y Permanente (No Cancelatoria)	9.12
Prima Comercial por Prima Comercial Total	1469.75
Prima Comercial Anual Total + IGV (En caso corresponda)	1469.75

La prima comercial total incluye:	Montos S/
- Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros.	No Aplica
- Cargos por la contratación de promotores de seguros.	No Aplica
- Cargos por la contratación de comercializadores.	No Aplica

PRIMA NETA: S/ 1469.75

- El cálculo del monto resultante que reciban los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros se realizará tomando como base, la prima neta.
- En caso que el Contratante y/o Asegurado decida no usar corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.
- Existen productos de seguros que solamente se comercializarán a través de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros.

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Las primas de la presente póliza se cobrarán con frecuencia Anual por adelantado a través de la tarjeta de crédito o débito, según elija el contratante.

TCEA (Tasa de Costo efectivo Anual) en caso de fraccionamiento de la Prima o que exista un cronograma de cuotas de la Prima, que incluya intereses: 0.0 %.

CUADRO DE VALORES GARANTIZADOS SEGÚN PLAN ELEGIDO

Cuadro de valores garantizados de la cobertura de Fallecimiento Vida Ahorro y Fallecimiento:

Año de Vigencia	Edad	Derecho de Rescate	Seguro Saldado
Fallecimiento Vida Ahorro			
0	27	0.00	0.00
1	28	0.00	0.00
2	29	4.75	0.50
3	30	13.30	0.50
4	31	25.88	0.50
5	32	390.58	501.16
6	33	533.90	730.09
7	34	659.08	912.09
8	35	798.06	1,100.74
9	36	966.02	1,316.99
10	37	1,136.75	1,519.37
11	38	1,323.77	1,727.04
12	39	1,548.08	1,966.11
13	40	1,838.92	2,269.09
14	41	2,234.62	2,674.23
15	42	2,648.66	3,066.82

16	43	3,093.60	3,460.53
17	44	3,589.67	3,875.28
18	45	4,128.34	4,297.77
19	46	4,717.57	4,733.01
20	47	5,000.00	5,000.00
Fallecimiento Principal			
0	27	0.00	0.00
1	28	0.00	0.00
2	29	2.33	1.05
3	30	6.74	1.05
4	31	11.09	1.05
5	32	16.64	1.05
6	33	23.85	1.05
7	34	35.48	1.05
8	35	50.12	1.05
9	36	62.30	1.05
10	37	81.89	14.51
11	38	104.48	140.67
12	39	130.23	276.34
13	40	159.31	420.99
14	41	191.88	574.07
15	42	237.59	735.05
16	43	288.74	953.75
17	44	334.42	1,184.06
18	45	420.34	1,370.26
19	46	580.43	1,733.70
20	47	759.75	2,411.32
21	48	959.10	3,125.69
22	49	1,179.25	3,874.56

23	50	1,420.98	4,655.56
24	51	1,685.11	5,466.63
25	52	1,878.41	6,305.76
26	53	1,985.59	6,820.21
27	54	2,095.39	6,984.83
28	55	2,207.82	7,142.60
29	56	2,322.79	7,293.80
30	57	2,440.32	7,438.62
31	58	2,560.40	7,577.40
32	59	2,683.28	7,710.38
33	60	2,809.04	7,838.09
34	61	2,937.70	7,960.82
35	62	3,069.31	8,078.78
36	63	3,203.97	8,192.21
37	64	3,341.64	8,301.35
38	65	3,482.33	8,406.34
39	66	3,626.01	8,507.35
40	67	3,772.62	8,604.50
41	68	3,922.07	8,697.93
42	69	4,074.31	8,787.74
43	70	4,229.16	8,874.05
44	71	4,386.29	8,956.94
45	72	4,545.55	9,036.41
46	73	4,706.82	9,112.57
47	74	4,869.92	9,185.55
48	75	5,034.76	9,255.47
49	76	5,201.17	9,322.45
50	77	5,369.02	9,386.61
51	78	5,538.11	9,448.06

52	79	5,708.29	9,506.90
53	80	5,879.40	9,563.24
54	81	6,048.89	9,617.19
55	82	6,215.97	9,668.14
56	83	6,381.35	9,716.10
57	84	6,544.69	9,761.52
58	85	6,705.45	9,804.49
59	86	6,865.68	9,845.06
60	87	7,020.73	9,883.90
61	88	7,170.27	9,920.06
62	89	7,314.21	9,953.67
63	90	7,455.22	9,984.93
64	91	7,602.40	10,014.55
65	92	7,750.55	10,044.44
66	93	7,893.95	10,073.56
67	94	8,028.23	10,100.86
68	95	8,148.13	10,125.66
69	96	8,255.45	10,147.22
70	97	8,349.82	10,166.06
71	98	8,454.03	10,182.28
72	99	8,562.49	10,199.80

La edad es referencial. Para efectos del pago del Derecho de Rescate en caso así lo solicite el contratante se tomará el año de vigencia.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Cuando el marco regulatorio permita la oferta de esta Póliza a través de Comercializadores y si hubiera utilizado dicho canal:

- (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) 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.
- 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 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.
 - El Contratante y/o Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento. En caso el Contratante y/o Asegurado no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000. 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.

- **Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:**

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, expreso, inequívoco, previo e informado para que Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante, “RIMAC SEGUROS”) realice el tratamiento de mis datos personales (en adelante, “Datos Personales”), a fin de ejecutar las relaciones contractuales que mantenga vigentes o que pudiera sostener en el futuro con RIMAC SEGUROS, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que se evalúe la calidad del producto o servicio brindado.

Declaro tener conocimiento sobre mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Asimismo, autorizo que, para la finalidad descrita en el párrafo precedente, RIMAC SEGUROS realice el tratamiento de mis Datos Personales por encargo a terceros a nivel nacional y/o internacional (mediante Flujo Transfronterizo), pudiendo transferir mis Datos Personales a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al que pertenece.

El listado de los terceros que podrán realizar tratamiento por encargo a nivel nacional se encuentran en www.rimac.com. El listado de los terceros que podrán realizar tratamiento por encargo a nivel internacional, se encuentra en www.rimac.com. A estos terceros les son aplicables las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales que a RIMAC SEGUROS.

Declaro estar informado que la autorización brindada perdurará mientras se mantenga vigente mi relación contractual con RIMAC SEGUROS y hasta por diez (10) años desde culminada la misma. Los Datos Personales serán almacenados en el banco de datos de RIMAC SEGUROS, domiciliada en Avenida Paseo de la República N° 3505, Piso 11, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, inscrito 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 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, 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 ante el Poder Judicial mediante la acción de hábeas data.

COMUNICACIONES COMERCIALES

Brindo mi consentimiento a RIMAC SEGUROS para tratar mis Datos Personales, con la finalidad de que me sean ofrecidos beneficios, productos y servicios prestados por RIMAC SEGUROS, lo cual me podrá ser comunicado por medios físicos (cartas enviadas a mi domicilio) y/o por medios electrónicos (mensajes de texto, correos electrónicos, llamadas telefónicas, entre otros); contando con el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.


Exclusivamente para la finalidad descrita en el párrafo precedente, RIMAC SEGUROS podrá realizar el tratamiento de mis Datos Personales por encargo a terceros. El listado de estos terceros se encuentra contemplado en www.rimac.com

ACEPTO	NO ACEPTO
--------	-----------

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la presente Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.
- El Contratante/Asegurado suscribe las presentes Condiciones Particulares, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

Lugar y fecha de emisión: Lima 28 de abril de 2021

			
MAKALY RIVERA CHU Vicepresidenta División Seguros Personales Rímac Seguros y Reaseguros		CONTRATANTE	ASEGURADO (En caso de ser una persona distinta del CONTRATANTE)