

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DINERS CLUB
CERTIFICADO DE SEGURO N° _____
POLIZA DE SEGURO SOLES N° 9040 - 500001

DATOS DEL ASEGURADO (Tarjeta Habiente) / RESPONSABLE DE PAGO

Nombre y Apellidos:			
Tipo Documento:	DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	N°:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:			
Nacionalidad:		Teléfono:	Celular:
Correo Electrónico:			

ASEGURADO: Llenar solo en caso sea persona distinta al Tarjeta Habiente

Nombre y Apellidos:			
Tipo Documento:	DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	N°:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:			
Nacionalidad:		Teléfono:	Celular:
Correo Electrónico:			

VIGENCIA DEL SEGURO

Vigencia desde: Autorización vía telefónica por parte del Asegurado.
Vigencia hasta: __/__/__ Hora: 12:00m. Vigencia Anual con renovación automática.

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

LEY 29733 – LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO:

Al firmar este documento doy mi consentimiento a RIMAC Seguros y Reaseguros para (I)el tratamiento y transferencia de mis datos personales, (II)que los incluya en su banco de datos, (III)los trate con la finalidad de gestionar y manejar la contratación de seguros, remitir información o publicidad a fin de brindar información exclusiva del producto Accidentes Personales DINERS CLUB y evaluar la calidad del servicio y (IV)transferir mis datos, con las mismas finalidades, a miembros del Grupo Económico de RIMAC y/o terceros con los que ésta tenga una relación contractual. Tengo conocimiento que de no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de RIMAC Seguros y Reaseguros y que como titular de la información estoy facultado a ejercitar los derechos que la Ley N° 29733 me confiere, mediante comunicación dirigida a Rímac Seguros y Reaseguros.

AUTORIZACIÓN DE ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO

Autorización para envío de la Póliza Electrónica.

“Autorizo para que la Póliza de Seguro que solicito sea remitida a la dirección de correo electrónico aquí consignada. Asimismo, 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 y 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 RIMAC 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 lo exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la ASEGURADORA en forma adicional a la comunicación electrónica.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

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

El Asegurado suscribe el presente Certificado de Seguro, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

Este Certificado de Seguro ha sido contratado por vía telefónica, por lo que la voluntad del ASEGURADO respecto de la contratación de este seguro consta íntegramente en la grabación de la llamada telefónica en señal de aceptación.

DATOS DEL COMERCIALIZADOR

El emisor de la Tarjeta de Crédito DINERS CLUB	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: Rímac 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

INTERES ASEGURADO

La vida del asegurado

RIESGOS CUBIERTOS

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.

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.

RENTA 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.

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.

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

- 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 autorización vía telefónica por parte del ASEGURADO y/o el primer cargo de prima en la Tarjeta de Crédito indicada por el ASEGURADO, lo que ocurra primero.
- 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 éste 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 uso 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 éste 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, ésta 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 demostrare 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 TRADUCCION 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 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 comunicado por el Contratante, Asegurado o Beneficiario a la Aseguradora en las Plataformas de Atención al Cliente:

Oficina Principal: Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima

Plataformas de Atención al Cliente:

- | | | | |
|------------|--|--------------|---|
| • Lima | Av. Paseo de la República 3505, San Isidro.
Av. Las Begonias 471, San Isidro.
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores | • Trujillo: | C.C. Mall Aventura Plaza - Local 1004. Av. América Oeste 750, Urb. El Ingenio. Telf. (044)-485200 |
| • Arequipa | Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700 | • Cusco: | Calle Humberto Vidal Unda G-5, Urbanización Magisterial, 2da. Etapa. Cusco. Telf. (084)-229990 / (084)-227041 |
| • Chiclayo | Av. Salaverry 560, Urb. Patazca. Telf. (074)- 481400 | • Cajamarca: | Jr. Belén 676-678. Telf. (076)-369635 |
| • Iquitos: | Jirón Putumayo 501. Telf. (065)-242107 | • Huancayo: | Jr. Ancash 125, Huancayo. Telf. (064)-223233 |
| | | • Piura: | Calle Libertad 450. Telf. (073)-284900 |

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 o CONTRANTE se encuentra obligado a informar a la Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo

asegurado.

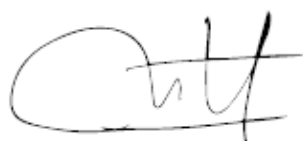
INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y/O RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado:	www.defaseg.com.pe Telef. Lima:(01) 446-9158 Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima
Indecopi:	www.indecopi.gob.pe TeleLima: (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) sólo 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. 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.
 - 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.
 - iii. 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 entregada, 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 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.

Lugar y fecha de emisión: _____ de _____ de _____



RODRIGO GONZÁLEZ MUÑOZ
Vicepresidente
División Seguros Personales

CONTRATANTE / ASEGURADO

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 consolidad de un muslo. (Seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidad de una rotula. (Seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidad 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 pseudoartrosis (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 tratase del pulgar, y a la tercera parte, cada falange, si se tratase 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.

CLAUSULA ADICIONAL DE ASISTENCIA

Asegurado: El Beneficiario de todas las asistencias es el Titular del Seguro de Accidentes Diners Club.

El afiliado tendrá el servicio de ambulancia en caso de emergencia las 24 horas, a través de la red de profesionales, dentro del perímetro urbano de las ciudades principales del país.

1. DEFINICIONES:

EMERGENCIA: situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas. Por ejemplo: pérdida de conciencia, hemorragia severa, posibles fracturas óseas, heridas profundas, dolor de pecho.

En aquellos casos en que 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, CORIS DEL PERÚ le ofrecerá al Afiliado la opción de solicitar por su cuenta y costo la contratación del servicio de un tercero, comprometiéndose CORIS DEL PERÚ a reembolsarle los gastos que haya efectuado. Para gozar de este beneficio el Afiliado deberá notificar a CORIS DEL PERÚ, antes de contratar, para que éste de la conformidad respectiva, así como presentar el comprobante de pago correspondiente a dicho gasto. Para efectos del Programa, los servicios de asistencia médica son los siguientes:

1.1 Descripción del servicio

Ambulancia por Accidente: Traslado de ambulancia vía terrestre las 24 horas del día dentro de Lima Metropolitana, para ser atendida la emergencia o traslado al centro hospitalario que el socio indique. La cobertura máxima por servicio es de S/. 300 soles por evento. Límite 2 eventos al año.

1.2 Exclusiones:

Se excluyen totalmente de la provisión de estos servicios, los accidentes derivados o que se produzcan por circunstancias originadas por los siguientes acontecimientos: Guerra, guerra civil, sedición, rebelión, epidemia, catástrofe y/o desastre, cualquier acto terrorista, terremoto, inundación, incendio, erupción volcánica o eventos de similar naturaleza.

Adicionalmente, se ajusta a las exclusiones de la póliza de seguro para la cobertura de muerte accidental, invalidez total o permanente por accidente y reembolso de gastos médicos por hospitalización.

1.3 Procedimiento:

El socio solicitará el servicio de Ambulancia en caso de accidente las 24 horas del día a través de la Central Telefónica, para ser atendida la emergencia o traslado al centro hospitalario que el socio indique.

El número de teléfono Asignado para para la asistencia Rimac – Diners: 513- 5216

2. TERRITORIALIDAD

Los servicios de asistencia presenciales se prestarán a nivel nacional con excepción de:

- a. Ucayali
- b. Madre de Dios
- c. Loreto a excepción de Iquitos
- d. Pasco
- e. Huancavelica

Para Lima Metropolitana:

- f. Por el Sur: KM 18 Panamericana Sur
- g. Por el Norte: Lima (Río Rimac inclusive)
- h. Por el Este: 10 KM Carretera Central inclusive
- i. Por el Oeste: San Miguel (Av. Faucett inclusive)
- j. Por el Noreste: La Molina (Av. La Molina cruce con Punta de Pejerrey inclusive)

En Provincias: el radio de acción será de 25 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad.

- k. Al Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Talara, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Huaraz, Huaral, Barranca.
- l. Al Sur: Ica, Chincha, Pisco, Arequipa, Juliaca, Puno, Moquegua, Ilo, Tacna.
- m. Al Este: Huancayo, Ayacucho, Cusco.
- n. En el Oriente: Tarapoto, Iquitos.