

Código SBS Soles: AE0506410412
 Póliza de Seguro Matriz Soles: 9000001
 N° de Solicitud - Certificado:

SOLICITUD - CERTIFICADO DE SEGURO "PLAN SALUD FAMILIAR"

DATOS DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

Razón Social: Rimac Seguros y Reaseguros	RUC: 20100209641
Dirección: Av. Paseo de la República 3505	
Departamento: Lima	Provincia: Lima
Distrito: San Isidro	
Teléfono: 411-1000 / Fax: 421-0555	E-mail: atencionalcliente@rimac.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: Caja Municipal de Ahorro y Crédito de Arequipa S.A.	RUC: 20100209641
Dirección: Calle La Merced 100 - 106	
Departamento: Arequipa	Teléfono: (054) 380670 : 421-0555
E-mail:	

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (Relación con el Contratante: Económica)

Nombres:	Apellidos:	
DNI N°:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento: / /	Teléfono:	E-mail:
Dirección:		
Departamento:	Provincia:	Distrito:

DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES (Relación con el Asegurado Titular: Afinidad y (o Consanguínea)

1) Cónyuge / Conviviente

Nombres:	Apellidos:	
DNI N°:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento: / /	Teléfono:	E-mail:

2) Hijo (a)

Nombres:	Apellidos:
DNI N°:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento: / /	Teléfono:

3) Hijo (a)

Nombres:	Apellidos:
DNI N°:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento: / /	Teléfono:

4) Hijo (a)

Nombres:	Apellidos:
DNI N°:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento: / /	Teléfono:

5) Hijo (a)

Nombres:	Apellidos:
DNI N°:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento: / /	Teléfono:

6) Hijo (a)

Nombres:	Apellidos:
DNI N°:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento: / /	Teléfono:

VIGENCIA: La vigencia de la presente Solicitud Certificado es la misma que la vigencia del crédito otorgado por el CONTRATANTE a favor del Asegurado Titular. Se mantendrá vigente durante el plazo del crédito (en tanto el Asegurado Titular continúe pagando las primas mensuales) o hasta la cancelación total del crédito, lo que ocurra primero.

No obstante lo antes indicado, la activación de la cobertura, es decir, los ASEGURADOS (sea el Asegurado Titular o los Asegurados Dependientes) podrán utilizar las coberturas transcurridas 48 horas contados desde la fecha de desembolso del crédito realizado por el CONTRATANTE a favor del ASEGURADO TITULAR.

Este seguro no se renueva automáticamente.

COBERTURAS CONTRATADAS		Plan Familiar
Cobertura Ambulatoria (Crédito)		
Consulta médica en medicina general, pediatría, ginecología, urología y gastroenterología, dentro de la red de clínicas descrita en el Plan de Beneficios. SIEMPRE debes llamar primero al 411-3090 y solicitar tu cita médica, la operadora asignará la cita médica y tendrás que acercarte con tu documento de identidad a la clínica para tu consulta médica.		Cubierto al 100% Sin límite de evento
Medicamentos Ambulatorios de las especialidades antes descritas. Solo activo en cadena de farmacias Mifarma y solo para medicinas genéricas.		Cubierto al 100% Sin límite de evento
Beneficios – Asistencia Médica Telefónica		
Orientación médica telefónica.		Cubierto al 100% Sin límite de evento
DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE CONSULTA MÉDICA		
Para efectos de esta cobertura, se considera como Atención Ambulatoria a la consulta médica realizada, dentro de su consultorio, la misma que contribuye a determinar un diagnóstico, o a realizar el control de un tratamiento que sigue el Asegurado como consecuencia de una afección, enfermedad o problema de salud.		
La atención ambulatoria NO INCLUYE imágenes, exámenes de laboratorio ni procedimientos. Para realizar una consulta médica SIEMPRE debes llamar primero al 411-3090 y solicitar tu cita médica.		
MODALIDAD DE PAGO: ÚNICA MENSUAL		
Prima Comercial		S/ 21.19
Prima Comercial Total (incluido IGV)		S/ 25.00
Cargos por comercialización - Bancaseguros		
Cargos por la comercialización de seguros a través de comercializadores, Bancaseguros. (% sobre prima comercial).		18.1%
Lugar y forma de pago de la prima: La prima se pagará conjuntamente con la cuota del crédito que ha otorgado el CONTRATANTE al ASEGURADO TITULAR. La periodicidad del pago de la prima es mensual.		
<u>SI ACCEDÍ AL PAGO DE MI SEGURO EN CUOTAS (MENSUAL) ¿QUÉ SUCEDE SI NO REALIZO EL PAGO?</u>		
En caso no te encuentres al día en el pago de tu seguro, te lo informaremos a través de los medios y en la dirección o correo electrónico que declaraste. Asimismo, te enviaremos alertas al correo electrónico que nos declaraste, para comunicarte acerca de la suspensión de la cobertura por incumplimiento de pago. Recuerda que, en la comunicación que te enviaremos, estableceremos el monto y el plazo que dispones para pagar la prima antes de que se suspenda tu cobertura. La suspensión de cobertura se originará una vez transcurridos 30 días contados desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo, ten en cuenta que este seguro se extinguirá en caso transcurran 90 días calendarios contados desde la fecha en que incumpliste con el pago de tu seguro. Es importante que sepas que RIMAC no será responsable por los siniestros que se produzcan durante el período en que la cobertura se mantenga suspendida.		

IMPORTANTE:

- Edad mínima para la contratación del seguro: para Titular y Cónyuge: 18 años de edad; para hijos desde 0 años.
- Edad máxima para la contratación del seguro: para Titular y Cónyuge: hasta los 65 años de edad; para los hijos hasta los 18 años.
- El Asegurado y Titular del seguro siempre debe ser el titular del crédito.
- Las comunicaciones, reclamos, solicitudes de cobertura y pagos efectuados por el Asegurado al Bancaseguros, por las coberturas otorgadas, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a RIMAC.

TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES:

La presente Póliza de Seguro cubre las Enfermedades Preexistentes del Asegurado. Se considera preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la suscripción de la Solicitud de Seguro o Solicitud - Certificado de Seguro, según corresponda. Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

No obstante lo antes indicado, las enfermedades consideradas como crónicas que se hayan presentado antes del inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o de la Solicitud - Certificado de Seguro, según corresponda, no serán materia de cobertura.

¿PUEDO DAR POR FINALIZADA ANTICIPADAMENTE ESTA PÓLIZA DE SEGURO O LA SOLICITUD – CERTIFICADO DE SEGURO? (RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA):

En cualquier momento de la vigencia, podrás finalizar (resolver) tu Póliza o la Solicitud - Certificado de Seguro, sin más requisito que una comunicación por escrito a RIMAC. La finalización se hace efectiva transcurridos 30 días calendarios desde la fecha de presentación de la comunicación.

Una vez finalizada anticipadamente (resuelta), RIMAC no será responsable de brindar las coberturas descritas en la presente Póliza o en la Solicitud - Certificado de Seguro, según corresponda. De producirse la finalización, RIMAC devolverá la prima correspondiente al período no cubierto dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya finalizado.

¿PUEDO ARREPENTIRME DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA SOLICITUD – CERTIFICADO DE SEGURO?

Podrás arrepentirte de la contratación de esta Solicitud – Certificado de Seguro sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que la recibiste, y siempre que no hayas hecho uso de sus coberturas o beneficios, para lo cual deberás presentar una comunicación a Rimac o al Comercializador. De ser así, te devolveremos la totalidad de la prima pagada dentro de los 30 días siguientes.

No obstante lo antes indicado, podrás utilizar el mismo mecanismo que utilizaste para la contratación de esta Póliza, para informar acerca de tu arrepentimiento en la contratación de la misma.

EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza no cubre los gastos relacionados con lo siguiente:

- Tratamientos de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y nutricionistas, tratamientos de rehabilitación o cualquier otro servicio de Salud realizado en gimnasios y/o centrosmédicos
- Enfermedades crónicas.
- Medicamentos, vitaminas, minerales, psicofármacos (tranquilizantes, benzodiazepínicos, sedantes, ansiolíticos y antidepresivos); leches maternizadas, productos naturales (derivados o extractos de origen animal y/o vegetal); tónicos cerebrales, vasodilatadores cerebrales, hepatoprotectores, psicotrópicos, nootrópicos, estimulantes cerebrales, suplementos proteicos, hemostáticos, venoactivos, energizantes o las llamadas “Fórmulas Magistrales” o suplementos nutricionales, medicina china, medicina homeopática y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular.
- Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares.

- ⋮ No se cubren estudios o pruebas genéticas.
- ⋮ Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicossomático).
- ⋮ Todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad y raquitismo, así como los tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso, y los derivados o consecuencia de los anteriormente descritos, así como las órdenes de laboratorio, imágenes, medicamentos y procedimientos relacionados a las mismas.
- ⋮ Evaluaciones ni tratamientos por insuficiencia o sustitución hormonal, anorexia nerviosa, bulimia, menopausia, climaterio y los derivados de los anteriormente descritos, así como las órdenes de laboratorio, imágenes, medicamentos y procedimientos relacionados a las mismas.
- ⋮ Vacunas, productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos, reconstituyentes (flora intestinal, vaginal). No se cubrirá la inmunoglobulina e inmunoterapia.
- ⋮ No están cubiertos los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o no sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia "II A". No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación.
- ⋮ Exámenes ni tratamiento odontológicos en general, así como afecciones dentales, alveolares, gingivales.
- ⋮ Enfermedades y/o accidentes causados o provenientes del uso o consumo de estupefacientes, alcohol y/o drogas, así como aquellos sufridos como producto de la participación directa en actos calificados como faltas a la ley, así como las órdenes de laboratorio, imágenes, medicamentos y procedimientos relacionados a las mismas.
- ⋮ Lesiones o enfermedades como consecuencia de la aplicación de rayos x, radioterapia, radium e isótopos.
- ⋮ Enfermedades declaradas como epidemias o pandemias por la autoridad sanitaria nacional competente, así como las órdenes de laboratorio, imágenes, medicamentos y procedimientos relacionados a las mismas.
- ⋮ Lesiones o afecciones causadas u originadas directa o indirectamente por terremotos, erupción volcánica, inundación, energía atómica, y en general por desastres naturales, o cualquier acción catastrófica de la naturaleza, así también guerra declarada o no declarada, conmoción civil, revolución, asonada, secuestro y participación activa en huelgas, motines, sublevaciones, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, conspiración e insurrección, así como las órdenes de laboratorio, imágenes, medicamentos y procedimientos relacionados a las mismas.
- ⋮ Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes, siendo aquellos los siguientes: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, y similares, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, sky-surf, skateboard, mountainbike o ciclismo de montaña y deportes de riesgo.
- ⋮ Utilización de establecimientos de salud, médicos, farmacias, fuera o que no pertenecen o dejaron de pertenecer a la Red de Establecimientos que forman parte del Plan de Beneficios.

Asimismo, están excluidas las causas, consecuencias, y complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico relacionado a cualquiera de los eventos excluidos descritos precedentemente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LAS COBERTURAS CONTRATADAS

Aplicables adicionalmente a las citadas como Exclusiones Generales.

- a) Consulta médica en medicina general, pediatría, ginecología, gastroenterología y urología:
- Atenciones en servicios de emergencias y/o en salas de reanimación.
 - Consultas realizadas por un médico, fuera de la Red de Clínicas descritas en el Plan de Beneficios.
- b) Consulta médica en pediatría:
- Atenciones por las siguientes subespecialidades pediátricas: (i) Endocrinología Pediátrica, (ii) Gastroenterología Pediátrica, (iii) Nefrología Pediátrica, (iv) Cuidados Intensivos Pediátricos, (v) Cardiología Pediátrica, (vi) Neurocirugía Pediátrica, (vii) Oftalmología Pediátrica, (viii) Urología Pediátrica, y (ix) cualquier otra considerada como sub especialidad pediátrica.
 - Atenciones en servicios de emergencias.
 - Consultas realizadas por un médico, fuera de la Red de Clínicas descritas en el Plan de Beneficios.
- b) Medicamentos para atenciones ambulatorias
- Medicamentos recetados por el Médico que no guarden relación o consistencia con el diagnóstico del Asegurado, o con la atención médica ambulatoria recibida.
 - Medicamentos que no sean entregadas en la red de prestadores farmacéuticos indicados en la Póliza.
 - Medicamentos que no formen parte del petitorio farmacológico aplicable a la Póliza. Podrás consultar el Petitorio Farmacológico en www.rimac.com.pe.
 - Medicamentos que sean recetados por médicos que no pertenezcan a la Red de Clínicas descritas en el Plan de Beneficios.

RED DE PRESTADORES

RED DE CLÍNICAS AFILIADAS EN LIMA:

Nombre de Clínica	Distrito/Provincia
Clínica San Bartolomé	Los Olivos
Clínica Divino Niño Jesús	San Juan de Miraflores
Policlínico El Palmar	Surco
Policlínico San Joaquín	San Juan de Lurigancho
Clínica Repromedic	Jesus María
Policlínico JJ Salud	Puente Piedra
Policlínico Villa María	Villa María del Triunfo
Villa Salud	Villa el Salvador
Clínica Chorrillos	Chorrillos
Clínica María del Socorro	Ate
Policlínico Peruano Italiano	San Martín de Porres
Clínica Médica Primavera	Los Olivos
Clínica San Vicente	San Martín de Porres
Centro Médico MEDIPRO	Comas
Policlínico Mayolo	San Martín de Porres
Policlínico Niño de Espina	Carabayllo
SMA Internacional	Santa Anita
SMA Internacional	Callao
Clínica Médica Zegarra (Clínica Versailles)	Comas
Centro Médico la Maternidad de María	Santa Anita
Clínica San Martín del Este	San Juan de Lurigancho
Policlínico San Clara	Rímac
Clínica San Miguel Arcángel	San Juan de Lurigancho
Policlínico Más Vida	Juan de Lurigancho

RED DE CLÍNICAS AFILIADAS EN PROVINCIA

Nombre de Clínica	Distrito/Provincia
Policlínico, Angeles de la Salud	Arequipa
Álvarez Mendoza Yovana Santos (Policlínico Greco)	Arequipa
Servicios Médicos Daniel A. Carrión	Arequipa
Policlínico de la Salud y Medicina Laboral	Arequipa
Guadalupe Servicios Integrales	Cusco
Integramédica	Cusco
Clínica Traumatología y de Especialidades Quirúrgicas Morales	Ica
Policlínico Conde de Nieva	Ica
Clínica de Salud Integral y Prevención César Malca Guevara (Clínica Santa Ana)	Trujillo
Clínica Santa Ana (Clínica Fátima)	Trujillo
Clínica Unión	Chiclayo
Salud Mujer Villalta	Piura

Importante: La Red de Clínicas puede sufrir cambios o variaciones sin previo aviso a los Asegurados.

La Red de clínicas en provincia la puedes encontrar en www.rimac.com.pe

¿CÓMO TE BRINDAREMOS LAS COBERTURAS?

La modalidad de otorgamiento de cobertura es a “Crédito”. Se denomina “Cobertura a Crédito” cuando Rimac asume los gastos en los que se deba incurrir con motivo de la atención de salud, y hasta por los límites establecidos en el Plan de Beneficios de tu Póliza

Rimac pagará los Gastos Médicos -en forma directa- al Establecimiento de Salud (por ejemplo: clínica o cualquier otro establecimiento de salud descrito en tu Plan de Beneficios).

Es requisito que, previamente a cualquier atención cubierta bajo la presente Póliza, el asegurado se comuniquen con RIMAC llamando al teléfono 411-3090, a fin que la atención sea autorizada, salvo en caso de accidente y el asegurado haya perdido la conciencia o que la cobertura contemple un procedimiento distinto.

Recuerda que, para solicitar la atención ambulatoria respecto de cualquier especialidad cubierta por esta Póliza, es requisito indispensable que recibas atención ambulatoria, en primera instancia, por la especialidad de Medicina General, el mismo que, en caso lo considere conveniente, te derivará con el médico especialista.

MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia o donde domicilian los Asegurados (Beneficiarios), según corresponda de acuerdo a Ley.

Sin perjuicio de lo antes indicado, tú o el Asegurado podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia, consulta o reclamo según corresponda, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), entre otros.

DEFENSORIA DEL ASEGURADO

En caso no te encuentres de acuerdo con nuestra respuesta a la queja o reclamo, tienes el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicado en Calle Amador Merino Reyna N° 307 Piso 9, distrito de San Isidro, Lima, Teléfono 01-421-0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para RIMAC.

MEDIOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE PARA CONSULTAS Y RECLAMOS

Podrás presentarlas por vía telefónica: A través de la Central de Consultas descrita en tu Póliza; o Por escrito: Por carta dirigida a Rimac la cual deberás presentarla en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención; o mediante un correo electrónico, ambos señalados en tu Póliza. Las consultas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

La emisión de la presente Solicitud - Certificado de Seguro, supone la conformidad por parte de RIMAC, respecto de las declaraciones efectuadas en ella por el Asegurado.

IMPORTANTE

- RIMAC es responsable de la cobertura contratada, y -además- somos responsables de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- Si esta Póliza de Seguro fue comercializada por una empresa del sistema financiero, aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
- Las comunicaciones que sean remitidas 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 RIMAC.
- Los pagos que efectúes en las oficinas del comercializador, se considerarán abonados a RIMAC.

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, 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

El Asegurado bajo la presente Solicitud – Certificado de Seguro, tiene derecho a solicitar a RIMAC, la copia de la Póliza de Seguro matriz del cual se emite el presente documento, la cual se le hará entrega en un plazo máximo de 15 días calendarios contados desde la fecha de la solicitud.

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho

Lima, ___ de _____ de _____

Firma del Asegurado

Carolina Venturo Farro
Vicepresidente
División Riesgos Humanos