

Rimac Seguros y Reaseguros - RUC 20100041953
Las Begonias N° 475 3er Piso - San Isidro. Lima. Tel.: 411-3000

Póliza Simplificada N°:
Seguro de Vida Emprendedor

DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR

Nombres:			Apellido Paterno:			Apellido Materno:		
Tipo Documento:	<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> CEX	<input type="checkbox"/> CIP	N° Doc.	Fec. Nac.	/	/	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Estado Civil:				Ocupación:				
Dirección:								
Provincia:			Departamento:			Residencia:		
Nacionalidad:						Telf. Fijo:		
Telf. Celular:			E-mail:					

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES ASEGURADOS

Coberturas Principales	Titular
Muerte Natural / Accidental	S/ 5,000
Indemnización Diaria por enfermedad y accidente	S/ 75
Asistencia Adicional	
Servicio de Sepelio	S/ 3,500

PRIMA COMERCIAL MENSUAL

Prima Comercial Mensual	S/ 6.50
-------------------------	---------

La prima con forma de pago único del plan seguro de vida emprendedor, será pagada por adelantada de acuerdo a los meses de vigencia del crédito, solicitado por el asegurado, multiplicando la prima mensual por el total de meses del seguro. la prima será cobrada al momento de solicitar el seguro en las oficinas de compartamos. la prima con forma de pago unico para el plan que no se encuentren asociados a un crédito, será obligatorio pagarla por adelantada de acuerdo a los meses de vigencia del seguro, solicitado por el asegurado, y calculada de acuerdo a la cantidad de meses que se contrato el seguro.

La prima será cobrada al momento de solicitar el seguro en las oficinas de compartamos.

La prima comercial incluye gastos de emisión e impuestos.

Comisión del Comercializador: 27.70% (incluye IGV)%

BENEFICIARIOS

Los designados en la solicitud de afiliación del seguro por el Contratante / Asegurado Titular.

CONDICIONES ESPECIALES

- En el caso de Indemnización Diaria por Hospitalización del ASEGURADO TITULAR: el beneficio será de acuerdo a la vigencia del crédito la cual puede ser consumida en uno o varios eventos durante la vigencia de la póliza.
- Para todos las coberturas se deja sin efecto la exclusión referente a las enfermedades pre existentes.
- En exclusiones APLICABLES A INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN se deja sin efecto la exclusión "Terremotos, avalanchas, huaicos y erupciones volcánicas".
- En exclusiones APLICABLES A INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN se deja sin efecto la exclusión "aborto".
- En exclusiones APLICABLES A INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN se "Maternidad,

/ /
Fecha de Solicitud

excepto complicaciones del embarazo”.

- El presente seguro no contempla deducibles, periodo de carencia ni conceptos similares.
- En caso ocurriera el fallecimiento u hospitalización del Asegurado, Compartamos Financiera S.A, deberá llevar a cabo el proceso de reclamación de siniestros acordado en la póliza simplificada.
- El Asegurado Titular solo podrá adquirir y pagar una (01) Seguro Vida Emprendedor por cada crédito obtenido con Financiera Compartamos.

COPIA DE LA PÓLIZA

En caso se haya entregado la Póliza Simplificada al Contratante, y el Asegurado sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza Simplificada, a la empresa, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

La COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra el COMERCIALIZADOR con motivo de la comercialización de la Póliza simplificada.

En caso que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR haya consignado un correo electrónico en el presente Seguro, significará que otorga consentimiento para que las comunicaciones relacionadas a la presente Póliza Simplificada, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.

En caso el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR no reciba las comunicaciones electrónicas remitidas por La Aseguradora dentro de los plazos indicados en la Póliza Simplificada; 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.

INTRODUCCIÓN

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.

De conformidad con las declaraciones contenidas en la presente Póliza Simplificada, cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante simplemente la COMPAÑÍA) conviene en amparar al ASEGURADO TITULAR contra los riesgos expresamente contemplados, en los términos y condiciones siguientes:

ARTÍCULO 1° - DEFINICIONES:

- **MÉDICO:** Persona que ejerce la medicina, titulado, colegiado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.
- **DÍA DE ESTANCIA:** Período de 24 horas continuas en las que el Asegurado se encuentra hospitalizado.
- **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Institución legalmente autorizada por el Ministerio de Salud correspondiente para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras certificados, las 24 horas del día.
- **ACCIDENTE:** Cualquier suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo e involuntario.
- **ENFERMEDAD:** Pérdida de salud. Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de causa en general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible. El embarazo, alumbramiento y sus complicaciones no se consideran accidentes ni enfermedades, no obstante ello la presente Póliza Simplificada ampara dichos eventos.
- **CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR:** Es la persona natural cuyo nombre aparece en la presente póliza simplificada. La edad mínima de ingreso es desde los dieciocho (18) años de edad hasta los sesenta y nueve (69) años de edad más 364 días calendarios. La Edad Máxima de permanencia es de

74 años y 364 días calendario.

- **COMERCIALIZADOR DE LA PÓLIZA:** COMPARTAMOS FINANCIERA – Avenida de la República No. 5895, Miraflores Lima, Perú 15047.
- **COMERCIALIZADOR DEL SEGURO:** COMPARTAMOS FINANCIERA S.A. con RUC No. 20369155360 con domicilio Avenida de la República No. 5895, Miraflores Lima, Perú 15047.
- **BENEFICIARIO:** La (s) persona (s) que designe el Asegurado Titular en la Póliza Simplificada; en caso de falta de estipulación serán los herederos legales de este.

ARTÍCULO 2° - OBJETO DEL CONTRATO:

En virtud del presente Contrato de Seguro, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR se obliga al pago de la prima convenida y la COMPAÑÍA a cubrir los riesgos indicados en la presente Póliza Simplificada a favor del ASEGURADO TITULAR o sus beneficiarios, hasta el límite de la Suma Asegurada indicada en la presente Póliza Simplificada, en función de las coberturas y exclusiones señaladas en los artículos siguientes.

Solo se podrá adquirir máximo una póliza por cada ASEGURADO TITULAR.

ARTÍCULO 3° - DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS:

Las coberturas de la presente Póliza Simplificada son:

- Muerte Natural o Accidental del ASEGURADO TITULAR:

La COMPAÑÍA pagará al beneficiario designado por el ASEGURADO TITULAR la suma asegurada contratada para esta cobertura indicada en la Póliza Simplificada, siempre y cuando la presente Póliza simplificada se encuentre vigente y con cobertura.

Una vez que la COMPAÑÍA haya cumplido con pagar las sumas aseguradas correspondientes a la cobertura por Muerte Natural o Accidental del ASEGURADO TITULAR se resolverá la presente Póliza Simplificada conforme a lo señalado en el inciso d) del Artículo 8 del presente documento.

- Indemnización Diaria por Hospitalización del ASEGURADOR TITULAR:

Cuando el ASEGURADO TITULAR se hospitalice a consecuencia de un accidente o de una enfermedad, la COMPAÑÍA le pagará la renta diaria indicada en la Póliza Simplificada, siempre y cuando la presente Póliza Simplificada se encuentre vigente y con cobertura.

Para acceder a cualquiera de las Coberturas de Indemnización Diaria por Hospitalización, el ASEGURADO TITULAR deberá haber estado hospitalizado 24 horas continuas y el periodo que se pagará será de hasta treinta (30) días calendario en forma anual con un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días calendario por año de vigencia de la Póliza. La indemnización de la suma asegurada solo procederá si el ASEGURADO TITULAR presenta un documento emitido por la institución hospitalaria legalmente autorizada, en la cual indique la fecha de ingreso y la fecha de alta del Asegurado Titular.

ARTÍCULO 4° - EXCLUSIONES:

APLICABLES PARA MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando sean a consecuencia de:

- Suicidio, auto mutilación o autolesión. Salvo que haya tenido vigencia ininterrumpida por 2 años.
- Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, tumulto popular, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 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, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- A consecuencia de enfermedades, lesiones o defectos que se consideren pre existentes al inicio del seguro y que los mismos hayan sido de conocimiento del asegurado; en caso contrario el siniestro se encontrará cubierto y será de responsabilidad de la compañía de seguros la comprobación de lo contrario.

APLICABLES A INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando sean a consecuencia de:

- Guerra y conmoción civil.
- Terremotos, avalanchas, huaicos y erupciones volcánicas.
- Fisión o reacción nuclear, armas biológicas o químicas, o cualquier contaminación radioactiva.
- Curas de reposo.
- Tentativa de suicidio y/o heridas auto-infligidas.
- Aborto.
- Cirugía cosmética o plástica.
- Tratamientos de esterilización o fertilidad.

ARTÍCULO 5° - PERSONA ASEGURABLE:

ASEGURADO TITULAR:

Es asegurable la persona natural cuya edad se encuentra entre los dieciocho (18) años de edad hasta los sesenta y nueve (69) años de edad más 364 días calendarios y siempre que haya suscrito y mantenga vigente un Contrato de Crédito con EL COMERCIALIZADOR. La Edad Máxima del ASEGURADO TITULAR de permanencia es de 74 años y 364 días calendarios

ARTÍCULO 6° - PAGO DE LA PRIMA:

- a) El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR pagará mensualmente la prima mensual convenida, según el plan elegido, al tiempo en que realice el pago de la cuota del crédito que mantiene con EL COMERCIALIZADOR. Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado, se otorga un plazo de gracia adicional de un (1) mes contados desde el día siguiente al último día que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR tuvo para cancelar la prima, vencido el cual frente a su incumplimiento el contrato quedará resuelto automáticamente sin necesidad de comunicación escrita. Durante el período de gracia la cobertura de la póliza permanecerá vigente. Asimismo, el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR autoriza que la prima total mensual convenida sea parte de la cuota del crédito según calendario de pagos proporcionados por el Comercializador.
- b) El COMERCIALIZADOR recaudará las primas del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y las remitirá a la COMPAÑÍA una vez al mes.
- c) El incumplimiento de pago de la prima por 2 (dos) meses consecutivos es causal inmediata de la terminación del contrato.
- d) En caso de que al momento del siniestro existan primas impagas dentro del plazo estipulado en el párrafo anterior, estas serán descontadas de la indemnización cuando el siniestro resulte procedente.
- e) En cuanto a las comunicaciones, solicitudes de cobertura y pagos efectuados al COMERCIALIZADOR por las coberturas otorgadas, estas tienen el mismo efecto que si se hubiesen dirigido a la COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 7° - PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LAS COBERTURAS:

El ASEGURADO TITULAR o los Beneficiarios, producido un siniestro amparado en virtud de esta Póliza, están en la obligación de comunicarlo al COMERCIALIZADOR y/o Rímac Seguros y Reaseguros, llamando al número de teléfono 411- 3000 en Lima o al 0800-411000 desde provincias en un plazo de 30 días hábiles desde que ocurrió el siniestro.

Deberá presentar en el domicilio del COMERCIALIZADOR del seguro sito en Cal. Santa Martha Nro. 112, Arequipa o en cualquier agencia a nivel nacional de EL COMERCIALIZADOR o en la dirección de la COMPAÑÍA sito en Av. Paseo de la República 3505, piso 1, San Isidro - Lima la siguiente documentación de acuerdo al tipo de cobertura.

Fallecimiento:

El (los) Beneficiario (s) del ASEGURADO TITULAR deberá(n) presentar la siguiente documentación:

- A. Acta o Partida de defunción del ASEGURADO TITULAR.
- B. Certificado de defunción del ASEGURADO TITULAR.
- C. DNI del Asegurado.
- D. Documento de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
- E. En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar:
 - Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.
- F. En caso de muerte accidental:
 - Atestado policial completo o diligencias fiscales.
 - Protocolo de necropsia.

En caso de hospitalización del ASEGURADO TITULAR:

- A. Factura de liquidación de la prestación y/o documento que acredite la hospitalización del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del ASEGURADO TITULAR hospitalizado, el periodo (fecha de ingreso y alta del paciente) y el motivo de la hospitalización (en caso de que sea ESSALUD no será necesario este requisito).
- B. Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados y/o epicrisis médica.
- C. Fotocopia del DNI del ASEGURADO TITULAR.
- D. Póliza simplificada firmado por el asegurado
- E. Para casos de hospitalización mayor a 10 días, se requiere copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada del ASEGURADO donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados y que sustenten la cobertura en evaluación.

Una vez que el ASEGURADO TITULAR o Beneficiario de ser el caso, haya cumplido con presentar todos los documentos que comprueban la ocurrencia del siniestro, referidos en este artículo, la COMPAÑÍA, de encontrarlos conformes, tendrá un plazo de veinte (20) días calendario para proceder al pago de la Suma Asegurada descrita en la presente Póliza Simplificada.

ARTÍCULO 8° - TERMINACIÓN DEL CONTRATO:

El presente contrato de seguro terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- A) Al término del plazo estipulado en la Póliza simplificada.
- B) Al vencimiento de la anualidad de la prima que corresponda a la fecha en que el ASEGURADO TITULAR cumpla setenta (75) años de edad.
- C) Por falta de pago de la prima durante 2 (dos) meses consecutivos.
- D) Por el fallecimiento del ASEGURADO TITULAR.
- E) Por dolo, fraude o intento de fraude del ASEGURADO TITULAR o de su(s) beneficiario(s).
- F) Cuando sea la voluntad del ASEGURADO TITULAR con previo aviso de 30 días calendarios de anticipación mediante una carta a la COMPAÑÍA.
- G) Por cancelación total del crédito del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR que mantiene con EL COMERCIALIZADOR.

ARTÍCULO 9° - MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA SIMPLIFICADA:

En caso fuera necesario efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza, la COMPAÑÍA deberá utilizar los medios necesarios para que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR tome conocimiento expreso de dichas modificaciones, por lo menos con treinta (30) días de anticipación. Ante el silencio del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, se entenderá que ha aceptado las nuevas condiciones del seguro. La COMPAÑÍA deberá conservar la evidencia de la comunicación efectuada.

Asimismo, la COMPAÑÍA deberá informar al ASEGURADO TITULAR que en caso de no aceptar las condiciones modificadas del contrato, la cobertura terminará en el plazo previsto en el párrafo anterior.

ARTÍCULO 10° - JURISDICCIÓN:

La COMPAÑÍA, EL CONTRATANTE, el ASEGURADO TITULAR, y Beneficiarios se someten a la jurisdicción que señale las normas generales establecidas en el Código Procesal Civil para el caso que se pretenda resolver un conflicto ante el Poder Judicial.

Asimismo, cualquier diferencia existente entre la COMPAÑÍA y/o el ASEGURADO TITULAR y/o el CONTRATANTE podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, orientada a la protección de los derechos de los Asegurados o Usuarios de los servicios del seguro privado, mediante la solución de controversias que se susciten entre estos y las empresas aseguradoras, según su reglamentación interna y normativa. Defensoría del Asegurado: 446-9158 / www.defaseg.com.pe

ARTÍCULO 11° - ATENCIÓN DE CONSULTAS O RECLAMOS:

La COMPAÑÍA atenderá las consultas o reclamos que se presenten, en un plazo máximo de quince (15) días contados a partir de la presentación del reclamo por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y/o Beneficiario (s) a través de (i) La Plataforma de Servicio al Cliente, ubicada en la Agencia del distrito de San Isidro (Av. Paseo de la República N° 3505, piso 1), (ii) Escribiendo a "atencionalcliente@rimac.com.pe" o (iii) Llamando a nuestro Teléfono de Servicio al Cliente al 411- 3000 en Lima o al 0800-411000 desde provincias.

En el caso de reclamos efectuados por el Contratante / Asegurado Titular por falta de pago de la indemnización, estos deberán ser presentados a través del Comercializador. El plazo máximo para atender los reclamos presentados ante el Comercializador por falta de pago de la indemnización es de quince (15) días calendario.

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, COMUNICACIONES Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

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 el ASEGURADO 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 Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.

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

Por el presente documento otorgo mi consentimiento el mismo que es libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que la COMPAÑÍA incluya mis datos personales sensibles o no, consignados en el presente documento, en sus sistemas y base (banco) de datos, y pueda tratar mi información en la ejecución del contrato de seguro. Asimismo, consiento expresamente la comunicación de mis datos personales a las entidades y/o personas a las cuales la COMPAÑÍA les encargue el cumplimiento de ciertas actividades para el desarrollo del servicio contratado y exclusivamente para dicho objetivo, teniendo conocimiento que la COMPAÑÍA asegura la confidencialidad de mis datos y garantiza que no los compartirá con personas ajenas, salvo lo indicado en el presente documento. Tengo conocimiento que cuento con los mecanismos legales suficientes para hacer valer mis derechos en caso estos se vean perjudicados, tales como recurrir ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales o al Poder Judicial de ser el caso. La base (banco) de datos de la COMPAÑÍA se encontrará ubicada en sus oficinas a nivel nacional, a las que podré dirigirme para ejercer mis derechos. Una vez ejecutada la prestación materia del contrato, mis datos serán suprimidos (eliminados), salvo cuando se presuma la posibilidad de ulteriores encargos y/o cuando las normas legales así lo exijan.

DECLARACIÓN

La aceptación de la presente póliza simplificada supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.

El ASEGURADO firma la presente Póliza Simplificada en señal de haber tomado conocimiento, recibido y aceptado las condiciones de la Póliza Simplificada.

GUÍA DE USO DE LA ASISTENCIA DE SERVICIO DE SEPELIO

Este servicio se brindará en forma adicional a la cobertura principal.

En caso de fallecimiento por muerte natural o accidental del Asegurado Titular y siempre que el hecho se produzca durante la vigencia de la póliza, la Aseguradora cubrirá los gastos de servicio funerario y servicio de sepultura de estos, hasta el monto máximo de la suma asegurada, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza simplificada y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma.

El Servicio de sepelio está conformada por el servicio funerario y el servicio de sepultura. Ambos serán brindados por un Proveedor de Servicios quien actúa por encargo de La Aseguradora.

No será posible el otorgamiento de la cobertura en forma parcial, es decir, no es posible solo solicitar uno de los servicios que conforman el Servicio de Sepelio.

El Servicio de Sepelio ofrece servicios detallados a continuación; los que en conjunto no sobrepasarán la suma asegurada detallada en la póliza simplificada:

1. Servicio Funerario:

- a) Los siguientes Trámites legales ante las autoridades competentes.
 - Inscripción de la defunción en los registros de la RENIEC.
 - Coordinación con los cementerios de la beneficencia pública o privados para la compra de la sepultura o servicio de cremación.
 - En el caso específico de cremación obtención del Certificado de Necropsia.
 - En caso de muerte accidental y/o súbita que son ingresados a la morgue central, obtención del certificado de inhumación y el Certificado de Necropsia para determinar el motivo del fallecimiento.
 - Obtención del certificado de embalsamamiento cuando el fallecido pasa las 48 hrs desde sucedido el evento.
- b) Retiro del cuerpo y traslados hasta sala de velación y cementerio.
- c) Carroza para traslado del cuerpo.
- d) Direccionamiento y organización del sepelio.
- e) Preparación tanatológica (formolización, arreglo y maquillaje).
- f) Ataúd de madera lineal con acabado especial.
- g) Capilla ardiente.
- h) Salón Velatorio (hasta S/ 250) o Servicio a domicilio.
- i) Una (01) Carroza porta flores.
- j) Movilidad para 5 personas.
- k) Libro de condolencias.
- l) Misa o responso religioso.

2. Servicio de Sepultura o Cremación:

- Cremación y entrega de urna cenizaria o espacio a perpetuidad individual hasta por S/. 2,000 en cualquier cementerio que ofrezca esta modalidad.

Reembolso de siniestro: El reembolso solo será autorizado por el Proveedor de Servicios de la Aseguradora, en los casos que concurren OBLIGATORIAMENTE los siguientes aspectos: (i) Si la familia reporta el siniestro al proveedor de la Aseguradora (previo a realizar cualquier gasto directo) y (ii) si el Proveedor de Servicios de la Aseguradora logísticamente no puede brindar el servicio.

El monto por reembolsar es hasta S/ 3,500. Se solicitará como sustento las facturas originales a nombre del Proveedor de Servicios de la Aseguradora.

Razón social: MEMORIAL INTERNATIONAL OF PERU S.AC.

RUC: 20392794108

Dirección: Calle Germán Schreiber 227, Oficina 502, San Isidro - Lima

EN CASO DE QUE EL SINIESTRO NO HAYA SIDO REPORTADO POR LA FAMILIA (PREVIO A REALIZAR EL GASTO), NO PROCEDERÁ EL REEMBOLSO.

- Orientación Telefónica Testamentaria:
Asesoramiento en procedimientos legales sobre:
 - Testamento Abierto.
 - Testamento Cerrado.
 - Sin Testamento.
 - Procedimiento de obligaciones tributarias.
 - Procedimiento para la posesión efectiva de los bienes.
- IMPORTANTE:
 - El servicio no incluye la repatriación de restos.
 - El servicio no cubre traslados entre provincias ni departamentos del Perú.
 - El servicio no cubre rituales especiales según religión del fallecido.
 - El servicio de sepelio que se brinda a través de la funeraria sólo se hará efectiva a nivel nacional.

AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO:

En caso de siniestro, comunicarse inmediatamente al 739-0667.

El fallecimiento del Asegurado será comunicado al Proveedor de Servicios quien actúa por encargo de la ASEGURADORA dentro de las 48 horas siguientes de ocurrido.

Durante la comunicación, se solicitará la siguiente información del Asegurado Titular:

- Nombre completo, Documento de Identidad y motivo del fallecimiento.
- Nombre completo y teléfono de la persona que reporta el siniestro.
- Ubicación exacta donde se encuentra la persona fallecida.
- Nombre completo y teléfono del familiar de contacto en el lugar donde se encuentra el fallecido.

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

El aviso de siniestro comunicado al Comercializador del seguro indicado en la póliza simplificada, en caso corresponda, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a la Aseguradora.

SOLICITUD DEL SERVICIO:

Solo en caso que la Aseguradora a través de su proveedor de Servicios Funerarios haya aprobado expresamente el otorgamiento de la cobertura por vía reembolso, debido a que en la localidad donde se realizará el sepelio no exista la infraestructura y/o proveedores de dicho servicio, los familiares del Asegurado deberán presentar originales de facturas que representen los gastos funerarios. Adicionalmente, deberán presentar lo siguiente al Proveedor de los Servicios Funerarios (empresa que brinda servicios a la Aseguradora), los siguientes documentos:

Muerte Natural:

- a) Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO, en caso cuenten con dicho documento.
- b) Original de la Copia Certificada del Acta de Defunción del ASEGURADO.
- c) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción del ASEGURADO.

En caso de Muerte Accidental, se deberá presentar los documentos indicados para Muerte Natural junto con los siguientes documentos:

- a) Copia Certificada del Atestado policial completo o diligencias fiscales, según corresponda, en caso de haberse realizado.
- b) Copia Certificada del Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado.

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.

PAGO DE SINIESTRO:

Dentro de las 12 horas siguientes a la fecha de haber recibido la llamada y de cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza simplificada para que se produzca la atención del Siniestro, la Aseguradora, a través de su Proveedor de Servicios, procederá a otorgar la cobertura solicitada, o en su defecto, procederá a rechazar el Siniestro, según corresponda.

La Aseguradora, a través de su Proveedor de Servicios, se encargará de las coordinaciones con la funeraria y Camposanto, realizando los pagos directamente a cada uno de ellos, sin exceder la suma asegurada.

Pago de Siniestro en caso que la Cobertura se brinde por Reembolso:

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 simplificada para que se produzca la liquidación del Siniestro, la Aseguradora deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

Firma del titular

RODRIGO GONZÁLES
Vicepresidente
División Seguros Personales
RIMAC SEGUROS