

SOLICITUD – CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA FLEXIBLE PLAN ALFÍN BANCO - FAMILIA SEGURA

Esta Póliza de Seguro 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 la Ley 29355.

Código SBS: VI050720462

Póliza N°: 8923 - 500001 SOLES

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Importe Prima:

Inicio de vigencia:

Fin de vigencia:

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros
Dirección: Calle El Parque N°149 Piso 2, San Isidro, Lima
Página Web: www.rimac.com

RUC: 20100041953
Teléfono: 411-1000

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

Razón Social: Alfin Banco S.A.
Dirección: Av. el Derby Nro. 250 Int. 201, Surco, Lima
Página Web: www.alfinbanco.pe

RUC: 20517476405
Teléfono: (01) 613 0004

DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DEL PAGO

Nombres y Apellidos:

DNI:	CE:	N°:	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo: M F
-------------	------------	------------	-------------------------------------	----------------------

Domicilio:

Distrito:	Provincia:
------------------	-------------------

Teléfono:	Correo electrónico:
------------------	----------------------------

VIGENCIA

La vigencia del presente seguro no es renovable y por el plazo descrito precedentemente.

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Coberturas	Límite asegurado							
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
Fallecimiento por muerte natural o accidental	S/ 7,000	S/ 9,500	S/ 13,500	S/ 16,500	S/ 26,500	S/ 31,500	S/ 41,500	S/ 51,500
Invalidez total y permanente por enfermedad o accidente	S/ 7,000	S/ 9,500	S/ 13,500	S/ 16,500	S/ 26,500	S/ 31,500	S/ 41,500	S/ 51,500

Descripción de Coberturas Principales

A. Cobertura de Fallecimiento.- Si se produjera tu fallecimiento por cualquier causa que no esté excluida en tu póliza de seguro, LA ASEGURADORA indemnizará al Beneficiario, de acuerdo con las condiciones, coberturas y límites contratados. En caso se produzca el fallecimiento a causa de un accidente dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro. Este fallecimiento se deberá haber producido dentro de los ciento ochenta (180) días calendarios posteriores a la fecha en que se produjo el accidente, siempre que el deceso sea como consecuencia de las lesiones originadas en el mismo.

B. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad, la COMPANÍA pagará la suma asegurada indicada en este Certificado de Seguro.

Definición de Invalidez Total y Permanente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura, se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, a la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6%, de su capacidad total.

No se consideran como accidentes las siguientes situaciones, ni sus consecuencias, ni los eventos o sucesos que se produzcan por o como consecuencia de: ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.

La presente cobertura incluye la Invalidez Total y Permanente que, derivada de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

BENEFICIARIO PARA LAS COBERTURAS

Los Beneficiarios serán los herederos legales del ASEGURADO, o según el orden de prelación siguiente:

- I. Cónyuge o conviviente
- II. A falta de cónyuge o conviviente, será el hijo de mayor edad que tenga el asegurado (siempre que éste sea mayor de edad). En caso de que el Asegurado no tenga algún hijo mayor de edad, el beneficio recaerá en el mayor de los hijos aun cuando sea este menor de edad, en cuyo caso se pagará a Cuenta en custodia.
- III. A falta de estos, se pagará a los herederos legales, previa presentación de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada del Asegurado.

PRIMA

Coberturas	Planes							
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6	Plan 7	Plan 8
Prima comercial Total mensual*	S/ 23.00	S/ 27.00	S/ 33.00	S/ 40.00	S/ 54.00	S/ 64.00	S/ 84.00	S/ 99.00
Comisión de Comercialización % (sobre prima comercial cliente)	10%							

* La Prima Comercial por la totalidad de la vigencia del seguro es cobrado por adelantado. NOTA: La prima a pagar se calcula multiplicando la prima comercial cliente por el número de meses de la vigencia contratada. El pago de la prima se realizará en moneda nacional.

FORMA DE PAGO

Las primas se cargarán una sola vez, al momento del desembolso del crédito.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

Edad mínima de ingreso	18 años
Edad máxima de ingreso	79 años y 364 días
Edad máxima de permanencia	85 años y 364 días

Se deja constancia que, en caso el ASEGURADO sea incorporado como tal en la Póliza de Seguro mediante la emisión de esta, habiendo superado la edad máxima de ingreso, este Certificado de Seguro es nulo, por lo que nunca surtió efectos legales entre el Asegurado y RIMAC. En este caso, se procederá a la devolución de la totalidad de las primas pagadas al Asegurado.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso de que hayas adquirido la presente Póliza de Seguro a través de Comercializadores (inc. Bancaseguros) o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, tienes el derecho de arrepentirte de la contratación de la Póliza de Seguro. Para esto, podrás resolver la Póliza de Seguro sin expresión de causa y no afecta a penalidad alguna, dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha en que hayas recibido la presente Póliza de Seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas y/o beneficios. En dicho caso, procederemos a devolver el total del importe pagado dentro de los 30 días calendarios siguientes a la fecha de haber ejercicio este derecho.

Para ejercer el derecho de arrepentimiento, deberás presentar una comunicación a través de los mecanismos directos de comunicación detallados en el Resumen; o en su defecto, en cualquiera de las Plataformas de Atención de la COMPAÑÍA. No obstante lo antes indicado, podrás utilizar el mismo medio que utilizaste para contratar la presente Póliza de Seguro.

EXCLUSIONES

Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan como consecuencia de los siguientes eventos o circunstancias. Las coberturas adicionales podrán contener exclusiones específicas las cuales se añadirán a las presentes exclusiones generales.

- a. Enfermedades, lesiones y/o condiciones pre-existentes al inicio de la vigencia del presente seguro.
- b. Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos años.
- c. 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.
- d. Pena de Muerte o participación activa del asegurado en cualquier acto delictivo cometido o en actos violatorios de leyes o reglamentos, en duelo concertado; en peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participación activa en huelgas, motines, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e. Cuando el deceso sea consecuencia de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, estando el asegurado en campaña, así como por intervención en duelo concertado.
- f. Por hacer uso de la aviación salvo cuando estés de viaje en calidad de pasajero en un transporte aéreo de servicio público autorizado y en itinerarios regulares.
- g. Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). En caso de accidente de tránsito se presume la influencia de alcohol o drogas si el asegurado o beneficiario se niegan a someterse al examen toxicológico y/o de alcoholemia.

- h. Por participación como conductores o acompañantes en carreras de automóviles, bicicletas, lanchas a motor o avionetas, o en carreras de entrenamiento.

En adición a las exclusiones establecidas en el Condicionado General de la Póliza, la presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente por accidente y enfermedad del ASEGURADO que sea consecuencia de:

- a. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- b. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula adicional o durante su vigencia.
- c. Intento de suicidio durante toda la vigencia de la póliza, o por lesiones autoinfligidas, o producidas por terceros con su consentimiento.
- d. Tratamientos estéticos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- e. Lesiones producto del uso de arma de fuego.
- f. Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia del Seguro.

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA

Paso 1: Dar aviso a RIMAC

Dar aviso dentro de los 20 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

Paso 2: Solicitar la Cobertura:

Para ello se deberán entregar a RIMAC o a las oficinas del Comercializador:

En caso de Muerte Natural del Asegurado:

- Copia Certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).
- Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado, en caso se cuente con este documento.
- Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada por la institución de salud, siempre que el Asegurado, previo a su fallecimiento, haya sido atendido por una Institución de Salud.

En caso de Muerte Accidental del Asegurado, adicionalmente a los documentos antes señalados deberán presentar:

- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia completo emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, este último en caso de haberse realizado.
- Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, e Informe Final de la Fiscalía correspondiente, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Examen toxicológico emitido por la morgue, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico emitido por la morgue, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente del Asegurado:

- Copia simple de su Documento Oficial de Identidad.
- Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, e Informe Final de la Fiscalía correspondiente, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico realizado al ASEGURADO, emitido por la dependencia policial respectiva, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Examen toxicológico y/o de alcoholemia, emitido por la dependencia policial respectiva, en caso de haberse realizado.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad del Asegurado:

- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66.6%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. Se considera la fecha de la emisión del dictamen de invalidez.

- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.
- Copia simple del DNI del ASEGURADO.

Para el procedimiento de evaluación y pago de siniestro se seguirá el Paso 3 del numeral 4 de las Condiciones Generales de la póliza, la COMPAÑÍA -y en caso que esta requiera precisiones o aclaraciones sobre la documentación antes descrita- podrá solicitar al Asegurado, la realización de las pruebas adicionales que demuestren su situación de invalidez total y permanente, debiendo presentar a la COMPAÑÍA, los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan.

Queda convenido que la COMPAÑÍA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

Asimismo, podrá requerir al Asegurado la realización de las pruebas médicas, de ser el caso, autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, aseguradora u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la COMPAÑÍA. La COMPAÑÍA declara que la información obtenida será tratada como información confidencial y empleada exclusivamente para determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico por la cual se solicita la cobertura.

La declaración de invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal sólo tendrá para la COMPAÑÍA y para la junta médica un valor meramente informativo y referencial.

Para los efectos de esta cláusula adicional, las comunicaciones entre la COMPAÑÍA y el Asegurado, y viceversa, se harán a través del correo electrónico o por carta en el domicilio consignado por la COMPAÑÍA, el cambio de domicilio, lugar donde se harán llegar las comunicaciones pertinentes.

Las demás disposiciones establecidas en las condiciones generales, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.

En caso los beneficiarios sean definidos por Orden de Prelación, conforme el detalle siguiente: 1) Cónyuge o conviviente; 2) A falta de cónyuge o conviviente, será el hijo de mayor edad que tenga el asegurado (siempre que éste sea mayor de edad). En caso de que el Asegurado no tenga algún hijo mayor de edad, el beneficio recaerá en el mayor de los hijos aun cuando sea este menor de edad, en cuyo caso se pagará a Cuenta en custodia, deberán presentar:

- Copia Certificada de la Partida de Matrimonio, en caso el solicitante de la cobertura sea el Cónyuge.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial de la Resolución Judicial de Unión de Hecho o Testimonio original de la Escritura Pública de Reconocimiento de Unión de Hecho ante Notario Público, en caso el solicitante de la cobertura sea el Conviviente del Asegurado.
- Copia Certificada de la Partida de Nacimiento, en caso el solicitante de la cobertura sea un hijo del Asegurado, sea cualquiera el caso. Asimismo, se podrá solicitar una copia simple del Documento de Identidad del hijo beneficiario, en caso cuente con dicho documento.
- Original o copia simple de la partida registral actualizada donde consta inscrita de manera definitiva la Sucesión Intestada del Asegurado en los Registros Públicos.

A falta de beneficiarios bajo el orden de prelación, la indemnización se pagará a los herederos legales, previa presentación de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada del Asegurado.

Los documentos serán entregados en las Plataformas de LA COMPAÑÍA descritas en el Resumen de la Póliza de Seguro, o en las oficinas del Comercializador.

Recuerde que 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.

Paso 3: El pago de la Indemnización:

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya entregado toda la documentación y requisitos exigidos en el Paso 2 precedente para la cobertura solicitada, LA COMPAÑÍA evaluará y se pronunciará aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura).

Dentro de los primeros 20 días LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones sobre de la documentación e información presentada, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente, o podrá solicitar la prórroga del plazo original al Beneficiario, y en caso éste último no acepte la prórroga solicitada, podrá solicitarlo a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establecido en los Artículos 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros (Resolución SBS N° 3202-2013).

Para efectos de la evaluación de la documentación presentada, el ASEGURADO autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda entregar directamente cualquier información solicitada por LA COMPAÑÍA. Si transcurre el plazo descrito en el primer párrafo precedente y LA COMPAÑÍA no se ha pronunciado respecto del siniestro, se entiende que este ha sido consentido. LA COMPAÑÍA pagará la indemnización dentro de los 30 días siguientes de haber consentido o aceptado la cobertura.

MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA PARA PRESENTAR CONSULTAS Y/O 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:

Verbal: Presencial o vía telefónica a través de los Centros de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas. / **Escrito:** Mediante carta dirigida a RIMAC Seguros o a través de la página web o correo electrónico / **Central de Consultas y Reclamos:** (01) 411-1111 / **Correo Electrónico:** reclamos@rimac.com.pe / **Página Web:** www.rimac.com

LUGARES AUTORIZADOS POR RIMAC PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

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

Adicionalmente, podrá presentarse a RIMAC en los Centros de Atención de Cliente:

Oficina Principal: Av. Las Begonias 690, San Isidro, Lima

San Isidro: Av. Las Begonias N° 690, San Isidro

Arequipa: Mz. C Lote 16, Urbanización Valencia, distrito de Yanahuara, Arequipa.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado: www.defaseg.com.pe Lima: (01) 421-0614 Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima. / **Indecopi:** www.indecopi.gob.pe Lima: (01) 224-7777 Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040 SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima. SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima. / **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS):** 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: (511) 630-9000 | 200-1930.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD (en adelante, "RIMAC"), con domicilio en Calle El Parque N.º 149, piso 2, San Isidro, Lima, Perú; te informa que, de forma directa y/o a través de encargados (nacionales y/o extranjeros), tratará los datos que nos proporciones y/o aquellos a los que accedamos de manera legítima con la finalidad de preparar y/o ejecutar nuestra relación contractual, pudiendo para ello utilizar mecanismos automatizados o no.

Tienes el derecho de ejercer tus derechos de acceso, información, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad, o revocar tu consentimiento, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC o enviando una solicitud al correo electrónico atencionalcliente@rimac.com.pe.

Para más información, puedes consultar nuestra Política de Privacidad en www.rimac.com/politica-privacidad.

CONSENTIMIENTO DE USOS ADICIONALES

RIMAC desea obtener tu consentimiento para tratar los datos personales que nos proporciones y/o a los que tengamos acceso válidamente, con la finalidad de que Rimac y terceros, y/o sus encargados (nacionales y/o extranjeros), (i) te envíen comunicaciones con información comercial que Rimac, sus socios comerciales y/o empresas del Grupo Beca tienen para ti; y/o, (ii) desarrollen estudios de mercado, perfiles, e información estadística, y compartan y enriquezcan tus datos personales e información derivada entre sí, con fines de publicidad y para desarrollar productos y/o servicios especializados.

Tus datos serán tratados en los términos previstos en nuestra Política de Privacidad y Consentimiento para Usos Adicionales, ubicados en www.rimac.com. Podrás ejercer tus Derechos ARCO y/o revocar tu consentimiento en las Plataformas de Atención de RIMAC o enviando una solicitud al correo electrónico atencionalcliente@rimac.com.pe

¿Aceptas el tratamiento de sus datos para las finalidades detalladas? *

☐ Sí acepto

* No es obligatorio brindar tu consentimiento para continuar.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

- I. RIMAC es responsable frente al ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el COMERCIALIZADOR; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- II. RIMAC es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el COMERCIALIZADOR.
- III. Para efectos del presente certificado de seguro, se aplicará lo previsto en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, aprobado por la Ley N° 29571 y modificatorias, y el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 4143-2019 y modificatorias.
- IV. Las comunicaciones cursadas por los ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a RIMAC.
- V. Los pagos efectuados por los ASEGURADOS o terceros encargados del pago, al COMERCIALIZADOR, se considerarán abonados a RIMAC.
- VI. El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza de Seguro Grupal, en cuyo caso RIMAC deberá hacérsela llegar dentro de los quince (15) días útiles siguientes a la fecha de la solicitud.

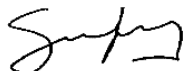
El ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la Póliza puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignado en el presente documento.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

El Asegurado firma el presente documento declarando que el mismo contiene una cantidad de 06 hojas. Asimismo, declara que, conjuntamente con el presente documento, ha recibido las Condiciones Generales de un paquete de asistencias denominado "CONDICIONADO DE SERVICIO DE ASISTENCIAS ALFIN Telemedicina y Orientación Médica Telefónica" el cual tiene una cantidad de 06 páginas.

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

Lugar y fecha:



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

ASEGURADO

ENDOSO DE CESIÓN DE DERECHOS INDEMNIZATORIOS A FAVOR DE ALFIN BANCO

Compañía Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros	Póliza: 8923-500001 SOLES	Número de endoso: 1
Nombre del Contratante: ALFIN BANCO S.A.	Nombre del Asegurado:	
Nombre del Endosatario: ALFIN BANCO S.A.	Fecha de Emisión del Endoso:	

Vigencia del Endoso: vigencia del certificado de seguro o hasta la cancelación total del crédito que ha otorgado ALFIN BANCO S.A. a favor del asegurado.

Se hace constar a través del presente endoso de cesión de derechos, que los derechos de indemnización que correspondan sobre la Solicitud – Certificado de Seguro de Vida **ALFIN BANCO**, quedan transferidos a favor de **ALFIN BANCO** en su calidad de Acreedores del Asegurado, hasta por el importe que alcance la referida acreencia en la fecha en que se haya producido el siniestro, la misma que en ningún caso excederá de la suma asegurada correspondiente a la materia asegurada, de acuerdo a las condiciones de la Póliza. Consecuentemente, ningún otro endoso de cesión de derechos sobre los bienes descritos precedentemente podrá ser emitido en forma posterior a este endoso, sin el consentimiento previo del **ALFIN BANCO**.

Es entendido y convenido que ninguna modificación en cualquiera de las condiciones de la Solicitud – Certificado de Seguro será introducida, en tanto no se haya cumplido con comunicarlo previamente al **ALFIN BANCO** en cuanto afecte sus intereses. Una vez recibida dicha comunicación, **ALFIN BANCO** tendrá 20 días calendarios para manifestar su conformidad o no a dicha modificación y en caso de no pronunciarse en el plazo indicado, se tendrá por aceptada la modificación propuesta. Consecuentemente, se considerará como no inserta cualquier modificación que no cumpla con lo previsto en este párrafo.

La póliza de la cual forma parte el presente endoso quedará resuelta a los 30 (treinta) días calendarios desde la fecha en que **ALFIN BANCO** reciba la comunicación descrita en el párrafo anterior.

Se hace constar que, en el caso que la prima se mantuviese impaga por 90 (noventa) días calendarios contados desde la fecha de cualquier incumplimiento de pago, la Póliza de Seguro y, consecuentemente, el presente endoso quedará extinguidos. Para dicha extinción no será necesario que **RIMAC SEGUROS** remita a **ALFIN BANCO** ninguna comunicación adicional a la carta en donde se le informó acerca de la posibilidad de suspensión de la cobertura.

Esta póliza no podrá resolverse, extinguirse, anularse o suspenderse por motivos distintos a la falta de pago, sin previo aviso al **ALFIN BANCO**, 20 (veinte) días calendario antes de tal hecho.

En caso de siniestro parcial, que cuente con cobertura bajo la póliza, de la cual forma parte el presente endoso, **RIMAC SEGUROS** podrá compensar la prima pendiente de pago contra la indemnización debida al asegurado o a **ALFIN BANCO**, conforme al Art. 18° de la Ley N° 29946 – Ley del Contrato de Seguro.

Es igualmente convenido que, en caso de pérdida indemnizable amparada por esta Póliza y donde quiera aparezcan los intereses de **ALFIN BANCO**, corresponderá al Asegurado probar de manera fehaciente la preexistencia del bien asegurado.

Se deja constancia que, ante la ocurrencia de un siniestro, la responsabilidad de **RIMAC SEGUROS** frente a todos los endosatarios de la presente póliza estará limitada a la Suma Asegurada, siempre y cuando no sea aplicable el infraseguro, en cuyo caso **RIMAC SEGUROS** responderá sólo por el importe de la indemnización a que haya lugar. En este sentido, la cobertura, en aquellos casos en que exista más de un endosatario, no excederá en ningún caso el límite de la suma asegurada indicada en la póliza, procediéndose a una repartición proporcional en el supuesto de que las sumas endosadas excedan el monto máximo asegurado.

Se deja constancia de que, en caso de renovación de la póliza, el presente endoso se entenderá insertado automáticamente a favor de **ALFIN BANCO**, aun cuando no existiera comunicación escrita que así lo exprese. A efectos de la renovación, **RIMAC SEGUROS** se obliga a no variar las condiciones de la póliza original sin cumplir con lo dispuesto en el segundo párrafo del presente Endoso, salvo que la variación se refiera al importe de la prima de seguro, al monto de los deducibles, del coaseguro, del valor declarado y/o de las sumas aseguradas y/o cualquier otra condición que no afecte los intereses de **ALFIN BANCO**, en cuyo caso no se requerirá ponerlo en conocimiento de **ALFIN BANCO**. **RIMAC SEGUROS** conviene específicamente en que esta póliza no se invalidará por el hecho que el Asegurado omita involuntariamente declarar cualquier circunstancia que deba considerarse de consecuencia para la estimación de la gravedad del riesgo, cuando dicha circunstancia haya estado probadamente fuera del control y conocimiento del Asegurado.

El presente endoso prevalecerá sobre cualquier otra condición establecida en la póliza.


COMUNICACIONES

Para efecto de las comunicaciones descritas en el presente Endoso de Cesión de Derechos Indemnizatorios, el **ALFIN BANCO y RIMAC SEGUROS** convienen en pactar como mecanismo de comunicación válido entre ellas, el correo electrónico, y en tal sentido convienen en designar las direcciones de correo que se detallan a continuación:

ALFIN BANCO designa a:
endososseguros@alfinbanco.pe (Buzón único para Avisos de Compañías Aseguradoras)

RIMAC SEGUROS designa a:
(EndosoCesion@rimac.com.pe) (Buzón único para Avisos de **ALFIN BANCO**)

Asimismo es convenido que los correos electrónicos de aviso indicarán claramente en la sección "Asunto" el motivo de la comunicación, sea el aviso de falta de pago, suspensión de cobertura o anulación de la póliza, según sea el caso. Asimismo, que el cuerpo del mensaje incluirá el detalle de la información que para tal efecto acuerden **ALFIN BANCO** y **RIMAC SEGUROS**.



GIOVANNI SCARSI NUÑEZ
Vicepresidente de Seguros Vida y Pensiones
División Seguros Personas

RIMAC Seguros y Reaseguros

CONDICIONADO DE SERVICIO DE ASISTENCIAS ALFIN

Telemedicina y Orientación Médica Telefónica

El Beneficio de Asistencia en Salud es gestionado y operado por IMPULSA SAC (en adelante, el Prestador de la Asistencia), para los ASEGURADOS de RIMAC Seguros y sus BENEFICIARIOS, cuyo Manual de Uso se detalla a continuación.

A efectos del presente condicionado, se entiende por BENEFICIARIO al Titular.

El Prestador de la Asistencia podrá variar durante la vigencia del certificado, lo cual será oportunamente comunicado por RIMAC a los ASEGURADOS.

CONDICIONES PARTICULARES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

I. Acceso al servicio

Para hacer uso de cualquiera de las asistencias descritas en el presente documento, el ASEGURADO o sus beneficiarios deberán comunicarse previamente a:

- Línea de asistencias: **(01) 631-3667**

Horario de atención para la coordinación de servicios:

- Lunes a domingo: **de 7:00 am. a 10:00 pm.**

II. Condiciones particulares del servicio de asistencia

Servicios y coberturas

SERVICIO DE ASISTENCIA	EVENTOS Y COBERTURA
1. Telemedicina <ul style="list-style-type: none"> • Médico General 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 eventos durante el periodo de vigencia del seguro • Sin límite de cobertura.
2. Medicinas derivadas de la atención	<ul style="list-style-type: none"> • 2 eventos durante el periodo de vigencia del seguro. • Primera receta hasta S/20.00 • Recojo en local. No incluye delivery.

1. Telemedicina (Consulta médica virtual)

- Especialidades:
 - Médico General
- Cobertura: **2 (dos eventos durante el periodo de vigencia del seguro, por titular).**
- Alcance: consulta médica virtual mediante videoconferencia con un profesional médico, quien evaluará el estado de salud del paciente y de considerarlo pertinente, emitirá receta médica y recomendará tratamiento.
- No incluye:
 - Costo de exámenes auxiliares
 - Costo de tratamientos
 - Costo de medicinas

2. Medicamentos derivados de la atención

- Alcance: medicamentos genéricos prescritos por el médico tratante durante una atención médica brindada por el Prestador de la Asistencia a través de su red de prestadores.
- Cobertura:
 - Se otorgarán medicamentos genéricos por primera receta hasta S/. 20.00, siempre que estén destinados a la atención de la urgencia presentada por el paciente.
 - Aplica para atenciones realizadas en **Lima y provincias.**
- No incluye:
 - Reembolsos.
 - Servicio de delivery de medicamentos
- Procedimiento:
 - El Prestador de la Asistencia gestionará con la farmacia correspondiente la entrega del medicamento recetado.
 - El Prestador, coordinará con el paciente el recojo en la tienda asignada, para la entrega de medicamentos correspondiente **en los horarios asignados del local.**
- Límite operativo del beneficio:
 - El beneficio de medicamentos está diseñado para cubrir hasta **S/20.00 por primera receta**, según criterio médico y disponibilidad farmacéutica.
 - Las recetas derivadas de TMD atendidas posterior a las 8:00pm, se programará el recojo para la mañana del día siguiente.
 - El recojo en la farmacia más cercana a la dirección que el paciente indique, considerando las limitaciones territoriales.

III. Condiciones económicas

- El costo de los servicios de **Telemedicina General** será cubierto íntegramente por el Prestador de la Asistencia, **sin requerir copago** por parte del ASEGURADO, dentro de los límites de eventos indicados en el presente condicionado.

- Para el beneficio de **medicamentos derivados de la atención**, el costo de los medicamentos genéricos incluidos en el programa será asumido por el Prestador de la Asistencia, conforme a lo establecido en el numeral 2, sin reembolso, y sin servicio de delivery.

IV. Alcances y limitaciones

1. El servicio descrito en este documento **no constituye un servicio de emergencia ni urgencia vital**. En caso de presentar signos o síntomas de gravedad, el ASEGURADO deberá acudir inmediatamente a un servicio de emergencia o activar los canales de emergencia correspondientes.
2. Cualquier situación no prevista en el presente condicionado será evaluada por el Prestador de la Asistencia, en coordinación con RIMAC SEGUROS, conforme a las políticas vigentes del programa.

Servicio	Eventos	Alcance	Exclusiones / Limitaciones
Telemedicina general (Médico general)	Hasta 2 eventos durante el periodo de vigencia del seguro, por especialidad (Titular)	Consulta médica virtual por videollamada con médico general. Evaluación del estado de salud, indicaciones médicas, recomendaciones de manejo en casa y de ser necesario emisión de receta médica.	No cubre exámenes auxiliares, procedimientos, tratamientos ni costo de medicamentos. No es un servicio de emergencia ni urgencia vital.
Medicamentos derivados de la atención	Según prescripción en cada atención	Medicamentos genéricos derivados de atenciones realizadas por la red del Prestador de la Asistencia hasta S/.20.00 en primera receta. Aplica en Lima y provincias. El Prestador coordina la cotización y el recojo en la farmacia elegida por el asegurado.	No aplica servicio de delivery de medicamentos. No aplica reembolsos, salvo previa autorización del prestador. No cubre medicamentos fuera de la urgencia atendida, ni tratamientos de largo plazo o crónicos. Sujeto a disponibilidad farmacéutica y criterio médico. Se adjunta petitorio en ANEXO I.
Condiciones generales (aplican a todos los servicios)	----	Servicios gestionados y operados por IMPULSA S.A.C. como Prestador de la Asistencia. El acceso es a través de los canales de atención definidos (call center/Portal Web) dentro de los horarios establecidos en el condicionado.	Ninguno de los servicios constituye atención de emergencia o urgencia vital. Ante signos de gravedad, el asegurado debe acudir directamente a un servicio de emergencia. Cualquier situación no prevista será evaluada por el Prestador en coordinación con RIMAC, según políticas del programa.

V. Exclusiones generales y limitaciones de responsabilidad

Sin perjuicio de las coberturas y alcances descritos en el presente documento, no resultará exigible la prestación de los servicios de asistencia, ni se considerará incumplimiento del Prestador, ni se generarán penalidades, indemnizaciones o ajustes económicos a su cargo, cuando la imposibilidad u obstáculo para brindar el servicio derive, directa o indirectamente, de:

1. Fenómenos de fuerza mayor o desastres naturales

Terremotos, maremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, inundaciones severas, huaicos, deslizamientos, incendios de gran magnitud u otros eventos de la naturaleza que, por su intensidad o alcance, limiten parcial o totalmente la capacidad operativa del Prestador o de su red de proveedores.

2. Enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos, enfermedades preexistentes y de las diagnosticadas.

3. Epidemias, pandemias y emergencias sanitarias

Epidemias, pandemias o emergencias sanitarias declaradas por la autoridad competente (por ejemplo, COVID-19 y sus variantes), que generen restricciones de movilidad, cuarentenas, cierre de establecimientos, saturación de servicios de salud o limitaciones significativas en la disponibilidad de profesionales, medicamentos o infraestructura necesaria para la prestación del servicio.

4. Conflictos sociales y situaciones de violencia

Guerras, invasiones, actos de terrorismo, rebeliones, bloqueos, motines, disturbios, huelgas generales, paros de servicios públicos, bloqueos de carreteras u otras situaciones de conmoción interna que impidan o dificulten gravemente la prestación de los servicios.

5. Fallas generalizadas de infraestructura o servicios esenciales

Cortes masivos o prolongados de energía eléctrica, caídas de redes de telecomunicaciones, interrupciones graves del servicio de internet, fallas críticas de plataformas tecnológicas de terceros necesarias para la videollamada o la comunicación telefónica, siempre que el Prestador haya adoptado medidas razonables de continuidad y mitigación.

6. Actos de autoridad o cambios normativos

Disposiciones de autoridades administrativas o judiciales, o cambios regulatorios, que ordenen la suspensión, restricción o modificación de la prestación del servicio, o que afecten de manera sustancial la operación del programa de asistencias.

7. Uso indebido, fraudulento o doloso del servicio

Solicitudes realizadas con propósito fraudulento o doloso; suplantación de identidad; entrega intencional de información falsa o incompleta; uso del servicio para fines distintos a los asistenciales previstos en el presente condicionado.

8. Actividades ilícitas o no autorizadas

Consultas o eventos derivados de la participación del asegurado en actividades ilícitas; consumo de sustancias ilegales; la ingestión de drogas, sustancias tóxicas o narcóticos, uso recreativo de medicamentos no prescritos; o automedicación contra indicación profesional.

9. Emergencias o urgencias vitales

Situaciones que constituyan emergencia o urgencia vital que, por su naturaleza, deban ser atendidas directamente en un servicio de emergencia. En estos casos, la responsabilidad del Prestador se limita a la orientación que pueda brindar, sin sustitución de la atención de emergencia presencial.

10. Decisiones del asegurado contrarias a la recomendación médica

Consecuencias derivadas del incumplimiento total o parcial de las indicaciones brindadas por el profesional de salud, o de la negativa del asegurado a acudir a una evaluación presencial o a un servicio de emergencia cuando el profesional se lo haya recomendado expresamente.

11. Otros supuestos de caso fortuito o fuerza mayor

Cualquier otra situación de caso fortuito o fuerza mayor que, aun no estando expresamente señalada en los numerales anteriores, se encuentre comprendida en la legislación aplicable y tenga efectos equiparables sobre la capacidad operativa del Prestador.

En todos los supuestos anteriores, el Prestador realizará esfuerzos razonables para restablecer el servicio a la brevedad posible y coordinará con RIMAC las medidas que resulten aplicables, sin que ello implique asunción de responsabilidades adicionales a las previstas en el presente condicionado.

VI. PROCEDIMIENTO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO:

A efectos de solicitar alguno de los servicios contemplados en el presente documento, el AFILIADO deberá proceder de la siguiente forma:

- A. El AFILIADO deberá llamar a la Central de Asistencias de IMPULSA al (01) 631-3667. o por el portal de agendamiento.
- B. Suministrarle al funcionario de IMPULSA que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como AFILIADO, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como la ubicación exacta del AFILIADO; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por el AFILIADO del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise.
- C. Una vez cumplidos todos los requisitos indicados anteriormente, IMPULSA le prestará al AFILIADO los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

ANEXO I

- PETITORIO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	PRESENTACION
ACETILCISTEINA 200MG	SOBRE
ACETILCISTEINA 600MG	SOBRE
ALBENDAZOL 100MG/5ML	JARABE
ALBENDAZOL 200MG	TABLETA MASTICABLE
AMBROXOL 15MG/5ML	PEDIATRICO
AMBROXOL 30MG/5ML	JARABE
AMOXICILINA 250MG/5ML	JARABE
AMOXICILINA 500 MG	TABLETA
AZITROMICINA 200MG/5ML	JARABE
AZITROMICINA 500 MG	TABLETA
BOLSA COLECTORA DE ORINA PEDIATRICA	PEDIATRICO
BOLSA COLECTORA DE ORINA PEDIATRICA	INSUMO
CEFALEXINA 250MG/5ML	JARABE
CEFALEXINA 500 MG	TABLETA
CELECOXIB 200 MG	TABLETA
CETIRIZINA 10 MG	TABLETA
CETIRIZINA 5MG/5ML	PEDIATRICO
CIPROFLOXACINO 500 MG	TABLETA
CLORFENAMINA 2 MG/ 5ML	JARABE
CLORFENAMINA 4 MG	TABLETA
CLORURO DE SODIO 0.9%	PEDIATRICO
DEXTROMETORFANO 15MG/5ML	JARABE
DICLOFENACO 1%	GEL
DICLOFENACO 50 MG	TABLETA
DIMENHIDRINATO 15MG/5ML	JARABE
DIMENHIDRINATO 50 MG	TABLETA
FENAZOPIRIDINA 100 MG	TABLETA
FRAMIDEX (FRAMICETINA 1% DEXAMATAZONA 0.1%)	GOTAS OFTALMICAS
FRASCO COLECTOR DE ORINA/HECES	INSUMO
FRUTTIFLEX	ADULTO
FRUTTI PED	PEDIATRICO
GENTAMICINA 0.3%	GOTAS OFTALMICAS
HIDROXIDO DE ALUMINIO+HIDROXIDO DE MAGNESIO	JARABE
HIOSCINA N-BUTILBROMURO 10 MG	TABLETA
IBUPROFENO 100MG/5ML	JARABE
IBUPROFENO 400 MG	TABLETA
LACTULOSA 3.33G/5ML	JARABE
LOPERAMIDA 2 MG	TABLETA
LORATADINA 10 MG TABLETA	TABLETA
MULTIBIOTICOS CON BENZOCAINA 10 MG	SOBRE
NAPROXENO 550 MG	TABLETA
OMEPRAZOL 20 MG	CAPSULA

MEDICAMENTO	PRESENTACION
ORFENADRINA 100 MG	TABLETA
PARACETAMOL 100MG/1ML	PEDIATRICO
PARACETAMOL 120MG/5ML	JARABE
PARACETAMOL 500 MG	TABLETA
PARACETAMOL 500 MG / CAFEINA 65 MG	TABLETA
PREDNISONA 20 MG	TABLETA
PREDNISONA 5MG	TABLETA
PREDNISONA 5MG/5ML	JARABE
SALBUTAMOL 100 MCG	AEROSOL
SALES DE REHIDRATACION ORAL	SOBRE
SIMETICONA 80 MG	TABLETA MASTICABLE
SIMETICONA 80MG/1ML	GOTAS ORALES
SUBSALICILATO DE BISMUTO 262 MG	SOBRE

• LISTA DE PATOLOGÍAS

PATOLOGÍAS
TRACTO URINARIO
N39.0: Infecciones del tracto urinario sin otras especificaciones.
N30: Cistitis.
Niños:
OSTEOMUSCULAR
G43: Migraña
G44.2: Cefalea debida a tensión.
M54.2: Cervicalgia.
M54.5: Lumbago no especificado.
M54.6: Dolor en la columna dorsal.
M54.8: Otras dorsalgias.
RESPIRATORIO
B34.2: Infección debida a coronavirus.
J04.0: Laringitis aguda.
J00.X: Resfriado común.
J01.9: Sinusitis aguda sin otra especificación.
J02.9: Faringitis aguda.
J03.9: Amigdalitis aguda sin otra especificación.
106.0: Laringofaringitis aguda.
J10: Influenza estacionaria (excluye neumonía y H1N1).
J11: Influenza (excluye neumonia).
120.7: Bronquitis debida a rinovirus.
J44.5: Asma.
J46.X: Estado asmático.

PATOLOGÍAS
GASTROINTESTINAL
A09: Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso con excepción de los có
A07: Otras enfermedades gastrointestinales debidas a protozoarios.
A08: Otras infecciones gastrointestinales debidas a virus.
A05.9: Intoxicación alimentaria no especificada.
A04: Otras infecciones intestinales bacterianas.
A02: Otras infecciones debidas a Salmonella.
K21: Enfermedad del reflujo gastroesofágico.
K29.1, K29.6, K29.7: Otras gastritis agudas.
K30.X: Dispepsia.
K52.2, K52.3, K52.8, K52.9: Colitis y gastroenteritis.
K58: Síndrome del intestino irritable.
K59.0: Constipación.
K59.1: Diarrea funcional.
ALERGIA Y DERMATOLOGIA
B30: Conjuntivitis viral.
H10: Conjuntivitis.
L03: Celulitis.
L20: Dermatitis atópica.
L23: Dermatitis alérgica del contacto.
L24: Dermatitis de contacto por irritantes.
L25: Dermatitis de contacto forma no especificada.
L50: Urticaria.