

**SEGURO DE VIDA RETORNO INTERBANK
CONDICIONES PARTICULARES PARTE A
POLIZA DE SEGURO SOLES N° _____**

FECHA DE SOLICITUD: _____ PLAN ELEGIDO: _____
SUMA ASEGURADA: _____ PRIMA: _____ CUENTA/TARJETA: _____

DATOS DEL CONTRATANTE

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

DATOS DEL ASEGURADO (Llenar en caso sea persona distinta al Contratante)

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

VIGENCIA DEL SEGURO

Vigencia desde: Autorización vía telefónica por parte del Asegurado. Vigencia hasta: __/__/__ Hora:12:00m. o la fecha en que el Asegurado alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.

BENEFICIARIOS

Marcar el siguiente cuadro si desea que los BENEFICIARIOS sean los Herederos Legales
Llenar la siguiente información en caso los BENEFICIARIOS no sean los Herederos Legales:

Nombres y Apellidos	Tipo y N° de Documento	Relación con el Asegurado	% de Participación

Si se designaron varios BENEFICIARIOS, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales. En caso que los Beneficiarios sean menores de edad bastará con señalar el nombre y apellidos completos. En caso que el Asegurado no haya designado Beneficiarios, los Beneficiarios serán los Herederos Legales en partes iguales.

AUTORIZACIÓN DE CARGO EN TARJETA DE CREDITO Y/O DÉBITO

El Responsable de Pago ha autorizado por vía telefónica, el pago de la prima mediante cargo en su(s) Tarjeta(s) de Crédito / Débito INTERBANK. Tener en cuenta que, en caso que haya autorizado el pago en dos tarjetas de crédito y/o débito, solo se hará uso de la segunda opción en tanto la primera de las tarjetas no cuente con saldo suficiente para poder cubrir el pago de la prima. En caso desee revocar la autorización del cargo de cualquiera de sus tarjetas, deberá remitir una comunicación escrita a Rimac Seguros.

Fecha de Cargo: Fijada por Rimac Seguros.

Asimismo, se deja constancia que el Responsable de Pago ha autorizado por vía telefónica que, ante el cambio de N° de la Tarjeta de Crédito / Débito INTERBANK en el cual se realiza el cargo de la prima, esta autorización se entenderá automáticamente afiliada a la nueva Tarjeta de Crédito / Débito INTERBANK que se emita en su reemplazo.

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

Declaración Personal de Salud	Titular
¿Fuma usted más de 5 cigarros al día?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Padece o ha padecido, recibe o ha recibido tratamiento médico ambulatorio y/o hospitalario, estas tomando algún medicamento, te encuentras en proceso de estudios del diagnóstico de alguna enfermedad, tiene conocimiento de requerir tratamiento por enfermedades tales como: Neurológicas, cardiovasculares, respiratorias tales como crisis de asma, neumonía (últimos 6 meses), TBC pulmonar (último año) entre otras que pueda considerar riesgo, reumáticas, tumorales, cáncer, presión arterial, diabetes, endocrinológicas, abdominales (gastroenterológicas), gineco obstétricas, renales, urinarias (infección a repetición y en curso), parálisis, enfermedades infecto contagiosas (HIV, hepatitis, TBC), alcoholismo o drogadicción, secuelas de accidentes, enfermedades mentales, osteoarticulares, musculares?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Padece cualquier enfermedad grave o crónica no mencionada anteriormente, o se va a someter a algún tratamiento a ser hospitalizado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Realiza alguno de las siguientes actividades u oficios peligrosos? Miembros de las fuerzas armadas y policiales, bomberos, buzos, salvavidas, rescatistas, personal de seguridad y vigilancia; y personal que labora en minas o con explosivos.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

SUMAS ASEGURADAS						
COBERTURA PRINCIPALES	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5	PLAN 6
Vigencia	6 años	10 años	15 años	6 años	10 años	15 años
Fallecimiento	S/. 50,000	S/. 50,000	S/. 50,000	S/. 100,000	S/. 100,000	S/. 100,000
Devolución al final de la vigencia*	50%	70%	100%	50%	70%	100%

DEDUCIBLE/COPAGO: No Aplica

CLÁUSULA(S) ADICIONAL(ES)	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5	PLAN 6
Asistencia Hogar (Titular)	Servicio solo por el primer año de vigencia					

* Devolución de primas pagadas por el CONTRATANTE al término de la vigencia. No se considerarán para el cálculo de la Cobertura de Supervivencia aquellas primas no pagadas por el CONTRATANTE mediante un cobro en su tarjeta de crédito o débito Interbank.

PRIMA

Primas Comerciales Mensuales Totales (incluyen D.E)						
Rango de Edad **	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5	Plan 6
18 – 34	S/ 21.50	S/. 27.50	S/. 61.00	S/. 31.50	S/. 41.00	S/. 93.50
35 – 44	S/ 30.50	S/. 40.50	S/. 90.50	S/. 50.00	S/. 67.50	S/. 154.50
45 – 54	S/ 54.50	S/. 73.00	S/. 154.00	S/. 97.50	S/. 133.00	S/. 284.00
55 – 64	S/ 113.50	S/. 149.00	S/. 263.00	S/. 216.00	S/. 285.50	S/. 508.00

En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no usar corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

ASISTENCIAS DEL HOGAR (Servicio dentro de la República del Perú)

COBERTURAS FULL COVER	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
Armado de Muebles de Hogar	S/ 150.00	2 Eventos
Limpieza de Roller y Estores	S/ 150.00	2 Eventos
Lavado de Colchones	S/ 150.00	2 Eventos
Instalación de Grifería**	S/ 150.00	2 Eventos
Instalación de Lámparas y/o Luminarias**	S/ 150.00	2 Eventos

Instalaciones Eléctricas Menores**	S/ 150.00	2 Eventos
Reparación de Goteras**	S/ 150.00	2 Eventos
Instalación de Cortinas o Persianas	S/ 150.00	2 Eventos
Perforaciones en Muros para Cuadros o Espejos	S/ 150.00	2 Eventos
Mano de Obra de Pintura	S/ 150.00	2 Eventos
Referencia de Técnicos en su localidad para mantenimientos en general	Conexión	Sin Límite
** Ayuda profesional a domicilio, para realizar determinados trabajos de instalación, mantenimiento en el hogar		
Hogar Tradicional	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
Servicio de Gasfitería (por emergencia)	S/ 100.00	2 Eventos
Servicios de Vidriería (por emergencia)	S/ 100.00	2 Eventos
Servicio de Cerrajero (por emergencia)	S/ 100.00	2 Eventos
Servicio de Electricidad (por emergencia)	S/ 100.00	2 Eventos
Guardián en caso de Robo e Inhabitabilidad de la Casa	S/ 100.00	2 Eventos
Personal para Limpieza de la Vivienda a Consecuencia de un Siniestro	S/ 100.00	1 Evento
Traslado y guarda de Muebles por Inhabitabilidad	S/ 100.00	1 Evento
Servicios de conexión para trabajos de Mantenimiento en General	S/ 200.00	1 Evento
Referencias y coordinación de servicios e instalaciones: televisores, home theater, reproductores de audio, dvd, y video, horno microondas, lavadoras, secadoras, aspiradoras, ventiladores, heladeras, freezer, aire acondicionado y extractores	Sin límite	Sin límite
Asistencia de red eléctrica en el hogar	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
Revisión de cables principales y derivaciones de instalaciones eléctricas entubadas o empotradas	S/ 50.00	1 Evento
Revisión del punto del puesto a tierra	S/ 50.00	1 Evento
Revisión de fugas eléctricas mediante megómetro	S/ 80.00	1 Evento

Ayuda profesional a domicilio, para realizar revisiones y estado operativo de las redes.

Número Telefónico de la central de la Asistencia: 7097000 (para Lima) 080078007 (para provincias)

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Se cargará mensualmente el importe de la prima en la cuenta del Contratante / Asegurado o Tarjeta de Crédito o débito determinada por éste.

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

Al firmar este documento doy mi consentimiento a Rímac Seguros y Reaseguros para (i) el tratamiento y transferencia de mis datos personales, (ii) que los incluya en su banco de datos, (iii) los trate con la finalidad de gestionar y manejar la contratación de seguros, remitir información o publicidad sobre productos y servicios que pudieran ser de mi interés y evaluar la calidad del servicio y (iv) transferir mis datos, con las mismas finalidades, a miembros del Grupo Económico de Rímac y/o terceros con los que ésta tenga una relación contractual. Tengo conocimiento que de no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de Rímac Seguros y Reaseguros y que como titular de la información estoy facultado a ejercitar los derechos que la Ley N° 29733 me confiere, mediante comunicación dirigida a Rímac Seguros y Reaseguros.

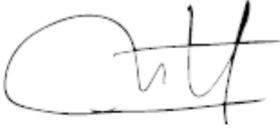
ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

La aceptación de la Solicitud/Condicionado Particular de Seguro (Parte A), evidenciada con la emisión de la presente Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por la Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.

El Contratante y/o Asegurado suscribe las presentes Condiciones Particulares (Parte A), en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros que se encuentra compuesta por una Parte A y una Parte B (Condiciones Generales y Resumen), y que ha recibido conforme ambos documentos (Parte A y B) que son partes integrantes.

El presente Solicitud/Condicionado Particular consta de 8 páginas, las cuales el Contratante o Asegurado declara haber recibido y aceptado, suscribiendo el presente documento en señal de conformidad de recepción.

Lugar y fecha de emisión: _____ de _____ de _____

		
RODRIGO GONZÁLEZ MUÑOZ Vicepresidente División Seguros Personales	CONTRATANTE	ASEGURADO (En caso de ser una persona distinta del CONTRATANTE)

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora:	RÍMAC SEGUROS Y REASEGUROS	RUC:	20100041953
Dirección:	Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima	Página Web:	www.rimac.com
Teléfono:	411-3000	Fax:	421-0555

DATOS DEL COMERCIALIZADOR

BANCO INTERNACIONAL DEL PERU-INTERBANK	RUC: 20100053455	Teléfono: (01) 219-2000
Dirección:	Av. Carlos Villarán Nro. 140 – La Victoria	

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

PODRÁN ASEGURARSE BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, LAS PERSONAS NATURALES QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y CUYA EDAD SE ENCUENTRE DENTRO DEL SIGUIENTE RANGO:

EDAD MÍNIMA PARA INGRESAR AL SEGURO:	18 AÑOS
EDAD MÁXIMA PARA INGRESAR AL SEGURO:	64 AÑOS Y 364 DÍAS
EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA EN LA PÓLIZA:	79 AÑOS Y 364 DÍAS

LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

EL CONTRATANTE SERÁ RESPONSABLE DE REALIZAR LOS PAGOS DE SUS ESTADOS DE CUENTA DE MANERA PUNTUAL Y VERIFICAR EN LOS MISMOS ESTADOS DE CUENTA QUE SE REALICEN LOS CARGOS CONFORME A LA PRESENTE CONTRATACIÓN. LA FALTA DE PAGO DE LA PRIMA PODRÁ GENERAR LA SUSPENSIÓN, RESOLUCIÓN Y/O EXTINCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO EN LA FORMA ESTABLECIDA EN EL CONDICIONADO GENERAL DE LA PÓLIZA.

CUADRO DE VALORES GARANTIZADOS SEGÚN PLAN ELEGIDO

Año de vigencia	Meses	Derecho de Rescate / Derecho de Préstamo	Derecho de reducción (días de cobertura)	Derecho de reducción (días de cobertura)	Derecho de reducción (días de cobertura)
			Planes 06 años	Planes 10 años	Planes 15 años
1	0 – 12	0.00%	0	0	0
2	13 – 24	0.00%	0	0	0
3	25 – 36	1.00%	8	8	8
4	37 – 48	1.00%	11	11	11
5	49 – 60	1.00%	15	15	15
6	61 – 72	1.00%	18	18	18
7	73 – 84	1.00%	0	22	22
8	85 – 96	1.00%	0	26	26
9	97 – 108	1.00%	0	29	29
10	109 – 120	1.00%	0	33	33
11	121 - 132	1.00%	0	0	36
12	133 - 144	1.00%	0	0	40
13	145 - 156	1.00%	0	0	44
14	157 - 168	1.00%	0	0	47
15	169 - 180	1.00%	0	0	51

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: SE TOMARÁ COMO INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LA AUTORIZACIÓN VÍA TELEFÓNICA POR PARTE DEL ASEGURADO Y/O EL PRIMER CARGO DE PRIMA EN LA TARJETA DE CRÉDITO/DEBITO DEL BANCO INTERBANK INDICADA POR EL ASEGURADO, LO QUE OCURRA PRIMERO.

CONSIDERACIONES RESPECTO AL CARGO EN TARJETA INTERBANK:

ESTE PRODUCTO ES DE VENTA EXCLUSIVA CON TARJETA DEL BANCO INTERBANK, POR LO QUE NO SE ACEPTARÁ NINGÚN PAGO QUE SE REALICE CON UNA TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO DISTINTA DE LAS QUE PERTENECEN AL BANCO INTERBANK.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

LA SOLICITUD DE COBERTURA DEBE SER COMUNICADO POR EL CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO A LA ASEGURADORA EN LAS PLATAFORMAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE:

OFICINA PRINCIPAL: AV. LAS BEGONIAS 475, SAN ISIDRO, LIMA

PLATAFORMAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE:

- **LIMA:**
AV. PASEO DE LA REPÚBLICA 3505, SAN ISIDRO.
AV. LAS BEGONIAS 471, SAN ISIDRO.
AV. COMANDANTE ESPINAR 689, MIRAFLORES
- **HUANCAYO:**
JR. ANCASH 125, HUANCAYO.
TELF. (064)-223233
- **TRUJILLO:**
C.C. MALL AVENTURA PLAZA - LOCAL 1004.
AV. AMÉRICA OESTE 750, URB. EL INGENIO.
TELF. (044)-485200
- **AREQUIPA:**
PASAJE. BELÉN 103, URB. VALLECITO.
TELF. (054)-381700
- **CHICLAYO:**
AV. SALAVERRY 560, URB. PATAZCA.
TELF. (074)- 481400
- **PIURA:**
CALLE LIBERTAD 450.
TELF. (073)-284900

DIRECCIÓN DE CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE INTERBANK: AV. JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN (EX PERSHING) 463 – 465 PISO 3. URB. SAN FELIPE - MAGDALENA

MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA PARA PRESENTAR RECLAMOS

CON LA FINALIDAD DE EXPRESAR ALGÚN INCUMPLIMIENTO, IRREGULARIDAD O DEFICIENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE UN INTERÉS PARTICULAR, SE PODRÁ PRESENTAR EL RECLAMO DE MANERA GRATUITA COMO SE DETALLA A CONTINUACIÓN, PUEDE COMUNICARSE CON EL NÚMERO TELEFÓNICO DEL BANCO INTERBANK (01) 377-9374 O A LA COMPAÑÍA:

VERBAL: PRESENCIAL O VÍA TELEFÓNICA A TRAVÉS DE LAS PLATAFORMAS DE ATENCIÓN EN LIMA Y PROVINCIAS Y CENTRAL DE CONSULTAS.

ESCRITO: MEDIANTE CARTA DIRIGIDA A RÍMAC SEGUROS O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB O CORREO ELECTRÓNICO.

CENTRAL DE CONSULTAS Y RECLAMOS: (01) 411-3000
CORREO ELECTRÓNICO: RECLAMOS@RIMAC.COM.PE
PÁGINA WEB: WWW.RIMAC.COM

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EL ASEGURADO O CONTRANTE SE ENCUENTRA OBLIGADO A INFORMAR A LA ASEGURADORA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE AGRAVEN EL RIESGO ASEGURADO.

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

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:	WWW.DEFASEG.COM.PE LIMA:(01) 446-9158 ARIAS ARAGUEZ 146, SAN ANTONIO MIRAFLORES, 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 Y SEGUROS Y AFP (SBS) SÓLO PARA CONSULTAS Y/O DENUNCIAS:	WWW.SBS.GOB.PE LIMA: LOS LAURELES 214, SAN ISIDRO TELÉFONO (511) 630-9000 FAX: (511) 630-9239 AREQUIPA: LOS ARCES 302, URB. CAYMA. PIURA: PRÓCER MERINO 101, URB. CLUB GRAU. CONSULTAS Y DENUNCIAS: 0800-10840 (511) 630-9000 Y 2001930 ANEXO 9.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- CON LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO SE CONFIRMA LA EXACTITUD Y VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES EXPRESADAS EN EL MISMO, INDICANDO EL CONTRATANTE/ASEGURADO QUE CUALQUIER DECLARACIÓN INEXACTA Y/O RETICENTE DONDE MEDIE DOLO O CULPA INEXCUSABLE, RESPECTO DE CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR ELLOS Y QUE HUBIESEN IMPEDIDO EL CONTRATO DE SEGURO O MODIFICADO SUS CONDICIONES SI LA ASEGURADORA HUBIESE SIDO INFORMADA DEL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, HARÁ QUE SE PROCEDA AL RECHAZO DE LA PRESENTE O A LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO, DE SER EL CASO.
- LA ASEGURADORA ES RESPONSABLE FRENTE AL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO DE LA COBERTURA CONTRATADA.
- LA ASEGURADORA ES RESPONSABLE DE TODOS LOS ERRORES U OMISIONES EN QUE INCURRA EL COMERCIALIZADOR; SIN PERJUICIO DE LAS RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES QUE LE CORRESPONDEN. EN EL CASO DE BANCASEGUROS SE APLICARÁ LO PREVISTO EN EL REGLAMENTO DE TRANSPARENCIA DE INFORMACIÓN Y CONTRATACIÓN CON USUARIOS DEL SISTEMA FINANCIERO, APROBADO POR LA RESOLUCIÓN SBS N° 8181-2012 Y SUS NORMAS MODIFICATORIAS.
- LAS COMUNICACIONES CURSADAS POR LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS AL COMERCIALIZADOR, SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON EL SEGURO CONTRATADO, TENDRÁN LOS MISMOS EFECTOS QUE SI HUBIERAN SIDO PRESENTADAS A LA ASEGURADORA.
- LOS PAGOS EFECTUADOS POR LOS CONTRATANTES DEL SEGURO, O TERCEROS ENCARGADOS DEL PAGO, AL COMERCIALIZADOR, SE CONSIDERARÁN ABONADOS A LA ASEGURADORA.

AUTORIZACIÓN DE ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO

AUTORIZO PARA QUE LA PÓLIZA DE SEGURO QUE SOLICITO SEA REMITIDA A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO AQUÍ CONSIGNADA. ASIMISMO, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR QUE:

1. LA "PÓLIZA DE SEGURO" COMPRENDE LOS DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE ELLA, ASÍ COMO CUALQUIER COMUNICACIÓN RELACIONADA A ELLA DE CUALQUIER ÍNDOLE.
2. LA PÓLIZA DE SEGURO SERÁ ENVIADA POR CORREO ELECTRÓNICO: (I) INCLUYENDO UN LINK DONDE PODRÉ VISUALIZAR LA PÓLIZA EN PDF O UN DOCUMENTO ADJUNTO EN PDF O (II) DIRECCIONÁNDOME A LA PARTE PRIVADA DE LA WEB WWW.RIMAC.COM, DONDE CREARÉ MI USUARIO Y CONTRASEÑA PARA EL INGRESO.
3. ES OBLIGATORIO CONTAR CON UN NAVEGADOR DE INTERNET (INTERNET EXPLORER 6 O SUPERIOR, CHROME, OPERA, FIREFOX) Y CUALQUIER SOFTWARE QUE PERMITA ABRIR ARCHIVOS PDF.
4. LA INTEGRIDAD Y AUTENTICIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO SE ACREDITARÁ A TRAVÉS DE UN CERTIFICADO DIGITAL (FIRMA DIGITAL).

5. LA ENTREGA DE LA PÓLIZA DE SEGURO SE ACREDITARÁ MEDIANTE UNA BITÁCORA ELECTRÓNICA QUE REGISTRARÁ Y CONFIRMARÁ EL ENVÍO Y RECEPCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO.
6. LA FORMA DE ENVÍO INMEDIATO, SEGURO, EFICIENTE SON LAS VENTAJAS DE ESTE PROCEDIMIENTO.
7. EL USO INDEBIDO DE MI CLAVE DE CORREO ELECTRÓNICO PUEDE ORIGINAR LA PÉRDIDA DE CONFIDENCIALIDAD, LO CUAL REPRESENTA UN RIESGO.

CONSIDERACIONES BÁSICAS:

EN CASO NO PUEDA ABRIR O LEER LOS ARCHIVOS ADJUNTOS, O MODIFIQUE / ANULE EL CORREO ELECTRÓNICO, DEBERÁ INFORMARLO A: ATENCIONALCLIENTE@RIMAC.COM.PE, O A LA CENTRAL ALÓ RIMAC 411-1111. RECUERDE QUE DEBE ABRIR Y LEER LAS COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS, ARCHIVOS Y LINKS ADJUNTOS, REVISAR SU CORREO ELECTRÓNICO (BANDEJAS DE ENTRADA Y DE "NO DESEADOS"), VERIFICAR LA POLÍTICA DE FILTRO O BLOQUEO DE SU PROVEEDOR DE CORREO ELECTRÓNICO, MANTENER ACTIVA SU CUENTA Y NO BLOQUEAR NUNCA A ATENCIONALCLIENTE@RIMAC.COM.PE.

LA ASEGURADORA GARANTIZA LA CONSERVACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y EVITA SU TRANSFERENCIA O DIVULGACIÓN A PERSONAS NO AUTORIZADAS. LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LOS SOPORTES TECNOLÓGICOS SE ENCUENTRA A SU DISPOSICIÓN Y DE LA SUPERINTENDENCIA. LA ASEGURADORA REMITIRÁ COMUNICACIONES ESCRITAS AL DOMICILIO DEL ASEGURADO, EN CASO LA NORMATIVIDAD VIGENTE LO EXIJA O, NO SE CONSIGNE UNA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA O, A DECISIÓN EXPRESA DE LA ASEGURADORA EN FORMA ADICIONAL A LA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA.