

Código SBS: AE0506110300 – Soles  
 Seguro Protección Financiera Microfinanzas - Soles  
**Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias.**

**PLAN DENTAL DINERS  
 CERTIFICADO DE SEGURO N° \_\_\_\_\_  
 POLIZA DE SEGURO SOLES N°9049-500001**

<b>Sucursal:</b>	<b>Código de Vendedor:</b>
------------------	----------------------------

**Nombres y apellidos del Vendedor:**

**DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DE PAGO (Tarjeta Habiente)**

**Nombre y Apellidos:**

<b>Tipo Documento: DNI    C.E.    N°:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
---	-----------------------------

<b>Dirección:</b>	<b>Nacionalidad:</b>
-------------------	----------------------

<b>Correo Electrónico:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Celular:</b>
----------------------------	------------------	-----------------

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

**Nombre y Apellidos:**

<b>Tipo Documento: DNI <input type="checkbox"/>    C.E. <input type="checkbox"/>    N°:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
---	-----------------------------

<b>Dirección:</b>	<b>Nacionalidad:</b>
-------------------	----------------------

<b>Correo Electrónico:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Celular:</b>
----------------------------	------------------	-----------------

**VIGENCIA DEL SEGURO**

La vigencia es mensual renovable automáticamente.      El inicio de vigencia de la póliza se dará: 1) a la firma del Certificado de Seguro por parte del ASEGURADO y 2) al primer cargo de prima en la Cuenta de Ahorros o Tarjeta de Crédito indicada por el ASEGURADO.

**BENEFICIARIOS**

- En caso de muerte accidental:

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

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.

Si se designaron varios BENEFICIARIOS, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

## AUTORIZACIÓN DE CARGO EN TARJETA DE CRÉDITO

El Responsable de Pago autoriza a la ASEGURADORA a realizar los cargos en su Tarjeta de Crédito DINERS CLUB cuyos datos constan a continuación, para realizar el pago de la prima, sin que sea necesario que suscriba orden de pago adicional alguna.

**Número de Tarjeta de Crédito**

**Vencimiento**

Queda entendido que el Responsable de Pago podrá solicitar la suspensión de este cargo en su Tarjeta de Crédito DINERS CLUB o la modificación de la misma mediante carta dirigida a Rimac Seguros.

Fecha de Cargo: Fijada por Rimac Seguros.

El responsable de Pago autoriza, que ante el cambio de N° de la Tarjeta de Crédito DINERS CLUB el cargo de la prima, se realizará automáticamente en la nueva Tarjeta de Crédito DINERS CLUB afiliada.

## COBERTURA DEL SEGURO Y SUMA ASEGURADA

COBERTURA PRINCIPALES	PLAN 1 INDIVIDUAL GOLD SUMA ASEGURADA	PLAN 2 INDIVIDUAL PREMIUM SUMA ASEGURADA
Indemnización por Muerte Accidental*	S/ 3,000	S/ 3,000
	PLAN 1 FAMILIAR GOLD SUMA ASEGURADA	PLAN 2 FAMILIAR PREMIUM SUMA ASEGURADA
	S/ 3,000	S/ 3,000

\*La cobertura de muerte accidental solo aplica para al Asegurado Titular de la presente póliza.  
DEDUCIBLE/COPAGO: No Aplica

## PRIMAS

Prima Comercial	<input type="checkbox"/> PLAN INDIVIDUAL GOLD	<input type="checkbox"/> PLAN INDIVIDUAL PREMIUM	<input type="checkbox"/> PLAN FAMILIAR** GOLD	<input type="checkbox"/> PLAN FAMILIAR** PREMIUM
Prima Mensual Comercial	S/ 19.24	S/ 25.17	S/ 31.11	S/ 51.45
Prima Mensual Comercial Total (Incl. IGV)	S/ 22.70	S/ 29.70	S/ 36.71	S/ 60.71

\*\*El plan familiar considera la atención de asistencias dentales hasta 5 personas.  
En caso de que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no usar corredores de seguros /  
comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

## CARGOS AL COMERCIALIZADOR

Para todos los planes (S/): 12.33 (Doce con 33/100 soles)  
La comisión al comercializador se calcula sobre la Prima Comercial Cliente Mensual.

## DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

<b>DINERS CLUB PERU S.A.</b>	<b>RUC:</b> 20100118760	<b>Teléfono:</b> (01) 615-1111
<b>Dirección:</b> Av. Canaval y Moreyra Nro. 535, San Isidro, Lima	<b>Página Web:</b> www.dinersclub.com.pe	

## RIESGOS CUBIERTOS

**MUERTE ACCIDENTAL:** Este seguro cubre el riesgo de muerte accidental del ASEGURADO nombrado en la Póliza de Seguro, ocasionada por una causa no excluida en estas Condiciones Generales, hasta el límite del capital asegurado indicado en las Condiciones Particulares y Certificado.

## CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Cargo en la Tarjeta de Crédito DINERS CLUB designada por el contratante y/o asegurado.

## REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del siguiente rango:

Edad Mínima para Ingresar al Seguro:	18 años.
Edad Máxima para Ingresar al Seguro:	65 años y 364 días.
Edad Máxima de permanencia en el Seguro:	69 años y 364 días.

## CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

- Cobertura Internacional.
- Periodo de Carencia y Franquicia: No aplica al presente Seguro.
- La vigencia del seguro es mensual renovable automáticamente

## EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en esta Póliza de Seguro no se conceden si la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra se deben a:

### PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL:

- a) Cualquier enfermedad corporal o mental y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza de Seguro;
- b) Lesiones preexistentes al momento de contratar el Seguro;
- c) Los denominados «Accidentes Médicos», tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos del miocardio, trombosis y ataques epilépticos; así como los casos de negligencia médica o impericia médica;
- d) Todo accidente que se produzca cuando el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gr/lt. a más), drogas o en estado de sonambulismo, y esta situación sea acto generador del siniestro.
- e) Lesiones que el ASEGURADO sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra internacional (con o sin declaración) o civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, terrorismo; en actos delictivos en que el ASEGURADO participe por culpa grave propia o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o existan indicios suficientes que acrediten tal condición;
- f) Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos (2) años.;
- g) Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible;
- h) Los accidentes que se produzcan en la práctica de las siguientes actividades y deportes peligrosos: Carreras de automóviles, motocicletas, motonetas y bicicletas, concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería de fieras y pesca submarina;
- i) Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales;
- j) Conducir sin haber obtenido licencia de conducir y/o cuya clase o categoría no corresponda al vehículo siniestrado y/o vencida, adulterada, suspendida, cancelada o estando inhabilitada temporal o definitivamente y/o sin cumplir con las restricciones que consigna la misma. Dicha situación debe ser generadora del siniestro;
- k) Las consecuencias no accidentales de embarazos o partos.

## SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago origina la suspensión de la cobertura otorgada por este Certificado de Seguro, una vez que hayan transcurrido treinta (30) Días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica de manera cierta al CONTRATANTE y ASEGURADO, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima. Asimismo, indicará el plazo del que se dispone para pagar la Prima antes de que se produzca la suspensión de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que EL CONTRATANTE o ASEGURADO ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro. Cuando se haya pagado parte de la Prima, se mantendrá la cobertura hasta la fecha en que dicha Prima, calculada proporcionalmente a prorrata, efectivamente alcance para cubrir el riesgo. La COMPAÑÍA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

## RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

LA ASEGURADORA podrá optar por resolver el Certificado de Seguro durante el periodo de

suspensión de la cobertura. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el ASEGURADO, a través del CONTRATANTE, recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado de Seguro.

Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el Certificado de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado de Seguro.

## REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA

Una vez producida la suspensión de la cobertura del Certificado de Seguro, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolverlo o el mismo no se haya extinguido, el ASEGURADO podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos. **En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.**

## DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el ASEGURADO podrá resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el ASEGURADO haya recibido el Certificado de Seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, La ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, el ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el presente certificado. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

## DERECHO DEL ASEGURADO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, sin perjuicio de ello, la resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

## CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

En este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato. Así mismo estas modificaciones son aplicables durante la vigencia como para las modificaciones en la renovación.

## AVISO DE SINIESTRO

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las condiciones particulares del presente documento o certificado de seguro, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a La ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, descritos en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o este se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

Se pierde el derecho cuando la falta de aviso se debe a culpa inexcusable, salvo cuando la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la ASEGURADORA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

## SOLICITUD DE COBERTURA

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado o certificado de seguros), o por medio escrito, a través del Comercializador, los siguientes documentos:

### PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

- a. Copia Certificada del Acta de defunción del ASEGURADO, emitida por RENIEC;
- b. Certificación de Reproducción Notarial del Certificado de defunción del ASEGURADO, emitido por el médico tratante;
- c. Copia simple de los Documentos de Identidad de los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda;
- d. En caso que los Beneficiarios sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o Acta de Sucesión Intestada y Copia Literal de la partida donde conste inscrito dicho acto en Registros Públicos, según corresponda. En caso que la Declaratoria de Herederos se haya realizado por vía judicial, deberá adjuntar copia literal de la partida donde consta inscrito dicho acto.
- e. Copia Certificada del Atestado policial completo, en caso corresponda;
- f. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal, en caso corresponda;
- g. Copia Certificada del Resultado de Análisis Toxicológico, emitido por la Morgue, en caso corresponda.
- h. Copia Certificada del Resultado del Dosaje Etilico, emitido por la Morgue, en caso corresponda.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, la Copia Certificada de la Resolución Judicial de muerte presunta junto con la correspondiente Copia Certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC. El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de dichos documentos.

## Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

El listado anterior muestra la documentación que debe ser presentada para solicitar la cobertura en caso de siniestro. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar aclaraciones o precisiones respecto a la documentación presentada la cual deberá ser requerida por LA ASEGURADOR dentro de los primeros 20 días siguientes a la fecha en que se completó la información y o documentación requerida para solicitar la cobertura

## **PAGO DE SINIESTRO**

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse respecto a la procedencia o rechazo del siniestro, hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que la ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se solicite la prórroga de dicho plazo.

Cuando la ASEGURADORA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la ASEGURADORA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del



pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

## LUGARES AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

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

Adicionalmente, podrá presentarse a RIMAC en sus Plataformas de Atención de Cliente:

**Oficina Principal:** Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima / **Lima:** Av. Paseo de la República 3082, San Isidro. Av. Comandante Espinar 689, Miraflores. Telf. 411-3000 / **Arequipa:** Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)- 381700.

Las solicitudes de cobertura presentadas al CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR del seguro, de corresponder, tienen los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a RIMAC.

## MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA PARA PRESENTAR RECLAMOS

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita como se detalla a continuación, puede comunicarse con el número telefónico de ABSA (01) 513-4493 o a la compañía:

**Verbal:** Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas.

**Escrito:** Mediante carta dirigida a Rímac Seguros o a través de la página web o correo electrónico.

**Central de Consultas y Reclamos:** (01) 411-3000

**Correo Electrónico:** [reclamos@rimac.com.pe](mailto:reclamos@rimac.com.pe)

**Página Web:** [www.rimac.com](http://www.rimac.com)

## OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo ASEGURADO.

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

**Defensoría del Asegurado del Asegurado:** [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)  
Lima: (01) 421-0614  
Calle Amador Merino Reyna 307, piso 9, San Isidro, Lima.

**Indecopi** [www.indecopi.gob.pe](http://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) solo para Consultas y/o denuncias** [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)  
LIMA: Los Laureles 214, San Isidro  
Teléfono (511) 630-9000 | Fax: (511) 630-9239  
AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma.  
PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.  
Consultas y Denuncias: 0800-10840 | (511) 630-9000 y 2001930 anexo 9.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

### En el caso de oferta de esta Póliza a través de comercializadores:

- i. La ASEGURADORA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
  - ii. La ASEGURADORA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. 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.
  - iii. 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.
  - iv. Los pagos efectuados por los CONTRATANTES del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la ASEGURADORA.
- El ASEGURADO autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregadas, sea dirigida al CONTRATANTE.
  - Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de las 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.

## 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. Así mismo 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](http://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 u 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](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe), o a la Central Aló Rímac 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](mailto: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 o exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la ASEGURADORA en forma adicional a la comunicación electrónica.

## Uso y tratamiento de Datos Personales

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la "Ley") y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el "Reglamento"), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, **RIMAC**) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los "Datos Personales"), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe), sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 – San Isidro, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N° 1637.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

## Comunicaciones Comerciales

Autorizo a RIMAC a utilizar mis Datos Personales y que los mismos sean tratados por terceros, para que me sean ofrecidos beneficios, productos y servicios de RIMAC, a través de cualquier medio de comunicación. Declaro conocer que el no conceder esta autorización no afectará la prestación del servicio contratado.

**Acepto**

**No Acepto**

Lugar y fecha de emisión: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Giovanni Scarsi Nuñez  
Vicepresidente  
División Seguros y  
Personales  
Rimac Seguros y Reaseguros

\_\_\_\_\_  
**ASEGURADO**

## ASISTENCIAS

Asistencia Dental (proveedor Sigma Dental)

### GOLD

PLAN GOLD DINERS			
Servicios y Procedimientos*	Urgencias y/o Emergencias**	Atenciones Ambulatorias (COPAGO POR PIEZA DENTAL)	Máximo de Eventos por año
Consulta telefónica 24 horas	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Servicio de citas a través de nuestra línea gratuita a nivel nacional	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Atenciones de Emergencias y/o urgencias dentales 24 horas	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Consulta con el odontólogo general (incluye odontograma)	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Equipos de Protección Personal****	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Radiografías periapical (diagnóstico)	Cubierto al 100%	S/.8.00	Sin Límite
Radiografías bitewing (diagnóstico)	Cubierto al 100%	S/.8.00	Sin Límite
Radiografías oclusas (Diagnóstico)	Cubierto al 100%	S/.8.00	Sin Límite
Exodoncia (extracción) simple de piezas dentales	Cubierto al 100%	S/.50.00	Sin Límite
Obturación anterior o posterior con resina simple	Cubierto al 100%	S/.40.00	Sin Límite
Obturación anterior o posterior con resina compuesta	Cubierto al 100%	S/.60.00	Sin Límite
Obturación anterior o posterior con resina compleja	Cubierto al 100%	S/.90.00	Sin Límite
Curación en cuello de dientes con vidrio ionomérico	Cubierto al 100%	S/.30.00	Sin Límite
Pulpotomías: endodoncias para niños (dientes de leche)	Cubierto al 100%	S/.60.00	Sin Límite
Pulpectomías: endodoncias para niños (dientes de leche)	Cubierto al 100%	S/.60.00	Sin Límite
Endodoncia en dientes anteriores***	Cubierto al 100%	S/.120.00	Sin Límite
Endodoncia en dientes premolares***	Cubierto al 100%	S/.160.00	Sin Límite
Endodoncia en dientes molares**	Cubierto al 100%	S/.200.00	Sin Límite
Fluorización en niños menores de 12 años	Solo ambulatorio	S/.15.00	Dos veces al año
Destartraje simple (eliminación de sarro) + profilaxis o pulido de dientes	Solo ambulatorio	S/.25.00	Dos veces al año
Sellantes por pieza	Solo ambulatorio	S/.15.00	Dos veces al año
Reembolso al 100% para emergencias y urgencias	Solo en localidades donde no haya centros afiliados a Sigma Dental		
Tratamientos garantizados	1 año		

Tratamientos adicionales: prótesis, ortodoncia (brackets), blanqueamiento, etc.	Descuento 20%
Red odontológica	Centros odontológicos en Lima y Provincias
Cobertura Internacional para emergencias al 100%	Panamá, Costa Rica, Colombia, Ecuador y Chile

\* No incluye prótesis, implantes, exodoncias complejas ni retratamientos de endodoncias.

\*\* Solo de la (s) pieza (s) que origina la emergencia o urgencia.

\*\*\* No están cubiertas las endodoncias rotacionales, solo están cubiertas las convencionales.

\*\*\*\* Cubre todas las atenciones de urgencia / emergencia. En casos de atenciones ambulatorias cubre dos consultas por tratamiento.

## PREMIUM

PLAN PREMIUM DINERS			
Servicios y Procedimientos*	Urgencias y/o Emergencias**	Atenciones Ambulatorias (COPAGO POR PIEZA DENTAL)	Máximo de Eventos por año
Consulta telefónica 24 horas	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Servicio de citas a través de nuestra línea gratuita a nivel nacional	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Atenciones de Emergencias y/o urgencias dentales 24 horas	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Consulta con el odontólogo general (incluye odontograma)	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Radiografías periapical (diagnóstico)	Cubierto al 100%	S/.5.00	Sin Límite
Radiografías bitewing (diagnóstico)	Cubierto al 100%	S/.5.00	Sin Límite
Radiografías oclusas (Diagnóstico)	Cubierto al 100%	S/.5.00	Sin Límite
Exodoncia (extracción) simple de piezas dentales	Cubierto al 100%	S/.20.00	Sin Límite
Obturación anterior o posterior con resina simple	Cubierto al 100%	S/.32.00	Sin Límite
Obturación anterior o posterior con resina compuesta	Cubierto al 100%	S/.32.00	Sin Límite
Obturación anterior o posterior con resina compleja	Cubierto al 100%	S/.32.00	Sin Límite
Curación en cuello de dientes con vidrio ionomérico	Cubierto al 100%	S/.20.00	Sin Límite
Pulpotomías: endodoncias para niños (dientes de leche)	Cubierto al 100%	S/.30.00	Sin Límite
Pulpectomías: endodoncias para niños (dientes de leche)	Cubierto al 100%	S/.30.00	Sin Límite
Endodoncia en dientes anteriores***	Cubierto al 100%	S/.30.00	Sin Límite
Endodoncia en dientes premolares***	Cubierto al 100%	S/.30.00	Sin Límite
Endodoncia en dientes molares***	Cubierto al 100%	S/.30.00	Sin Límite
Fluorización en niños menores de 12 años	Solo ambulatorio	S/.15.00	Dos veces al año
Destartraje simple (eliminación de sarro) + profilaxis o pulido de dientes	Solo ambulatorio	S/.20.00	Dos veces al año
Sellantes por pieza	Solo ambulatorio	S/.15.00	Dos veces al año

Reembolso al 100% para emergencias y urgencias	Solo en localidades donde no haya centros afiliados a Sigma Dental
Tratamientos garantizados	1 año
Tratamientos adicionales: prótesis, ortodoncia (brackets), blanqueamiento, etc.	Descuento 20%
Red odontológica	Centros odontológicos en Lima y Provincias
Cobertura Internacional para emergencias al 100%	Panamá, Costa Rica, Colombia, Ecuador y Chile

- \* No incluye prótesis, implantes, exodoncias complejas ni retratamientos de endodoncias.
- \*\* Solo de la (s) pieza (s) que origina la emergencia o urgencia.
- \*\*\* No están cubiertas las endodoncias rotacionales, solo están cubiertas las convencionales.

## Asistencia de Mascotas

Asistencia Mascotas				
SERVICIOS	LIMITE POR EVENTO	LIMITE POR COBERTURA	NUMERO DE EVENTOS AL AÑO	COPAGO
Coordinación de Control de Mascota sana	1	Hasta S/80	1	S/30
Coordinación de Consulta con Veterinario Telefónico o Virtual	1	Hasta 30 minutos	4 eventos	
Coordinación para baño de Mascota	1	Hasta S/ 100	1	S/30
Conexión de Vacunación médica Veterinaria en centro médico	1	Costo asumido por el socio	1	



### **PLANES GOLD Y PREMIUM DINERS**

La Asistencia Dental incluye los gastos por servicios odontológicos indicados como cubiertos en el siguiente **ARTÍCULO 1**, que sean prestados a las personas afiliadas a estos planes según el plan sea individual (el Asegurado) o familiar (el Asegurado y hasta cuatro (4) familiares, cónyuge o descendientes).

### **ARTICULO 1.- EMERGENCIA ODONTOLÓGICA AL 100%**

El presente PLAN cubre los gastos incurridos por el asegurado a consecuencia de una **emergencia odontológica**, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico-odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de emergencia odontológica indicada en el **ARTÍCULO 3** de este **CONDICIONADO** y que se limitarán a la(s) pieza(s) que ocasionen la emergencia.

Los procedimientos cubiertos serán los siguientes:

- **Medicina Bucal:**  
En la que se realizarán: Examen Clínico e Historia Clínica.
- **Radiografías Periapicales y Bitewing** de diagnóstico requeridas para realizar los tratamientos cubiertos en este PLAN, realizadas en el consultorio.
- **Odontología Restauradora y Operatoria:**  
Resinas en piezas dentales anteriores y posteriores.  
Ionómeros de Vidrio en Clase V (cuellos).
- **Endodoncia:**  
Tratamientos de Conductos o Endodancias en piezas dentales Monorradiculares, Birradiculares y Multirradiculares.  
**No están cubiertos los retratamientos de endodancias ni las endodancias rotacionales.**  
Pulpotomías en piezas dentales deciduas.
- **Cirugía:**  
En los casos que la causa de la emergencia sea una pieza dental o resto dental y ya no se pueda realizar otro tipo de tratamiento para evitar la exodoncia, siempre y cuando la exodoncia sea un procedimiento simple. Se pueden realizar los siguientes tipos de exodoncia:  
Exodoncias o Extracciones simples en dientes permanentes.  
Exodoncias o Extracciones simples en dientes temporales.  
Exodoncias o Extracciones simples en dientes restos radiculares.  
Exodoncias o Extracciones simples en dientes fracturados.  
**No están cubiertas en este plan las exodoncias complejas o de terceras molares (llamadas “muelas del juicio”).**
- **Emergencias:**  
Emergencias Endodónticas: Eliminación de caries, Recubrimiento pulpar directo o indirecto, Intrusión, Extrusión, Avulsión, Fractura Dentaria, Abscesos, Pulpitis reversibles e irreversibles.  
Emergencias Periodontales: Detartraje simple localizado o de todas las piezas dentales en boca, siempre y cuando la emergencia lo requiera, Curetaje radicular localizado, Eliminación de contacto Prematuro, Medicación en caso de Dolor Muscular y Abscesos.  
Emergencias Protésicas: Cementado provisional de coronas y puentes fijos. Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio o pulido de áreas metálicas que estén causando irritación o inflamación, Medicación en el caso de Estomatitis Sub-protésica.

Cuando la Emergencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo que no se mencionen anteriormente.

**Cuando el AFILIADO requiera de tratamientos y/o procedimientos no originados por una emergencia odontológica, definida en el ARTÍCULO 3 de este CONDICIONADO, tiene derecho a atenciones ambulatorias (electivas) pagando el copago indicado según plan.**

## **ARTICULO 2.- EXCLUSIONES DE ASISTENCIA DENTAL.**

Estos planes no cubren los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de:

1. Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, rehabilitación oral y prótesis, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y *cualquier otra no contemplada específicamente en el **ARTICULO 1.***
2. Emergencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de tejido blando, sustancia calcificada y dientes. Este PLAN no cubre este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.
3. Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y cubiertos de acuerdo al ARTICULO 1, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
4. Medicinas (a excepción de la anestesia infiltrativa local que se requiera para los servicios cubiertos).
5. Defectos físicos, enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales, radioterapia y/o quimioterapia. Atención o tratamientos médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en el ARTICULO 3 de este PLAN.

No obstante si el asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de por lo menos un 20%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.

## **ARTICULO 3.- DEFINICIONES**

Para todos los fines y efectos relacionados con los planes, queda expresamente convenido que se entiende por:

**Emergencia Odontológica:**

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios cubiertos por este PLAN y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

**Red de Proveedores:**

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales SIGMA DENTAL SAC ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

**Gastos Razonables:**

Se refiere al promedio calculado por SIGMA DENTAL SAC de los gastos odontológicos facturados en centros, consultorios y odontólogos afiliados a la Red de Proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL AFILIADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, cubierto o amparado por este PLAN. Dicho Promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga SIGMA DENTAL SAC de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que EL AFILIADO incurrió en dichos gastos, o las tarifas previamente acordadas con los Centros, Consultorios y Odontólogos, afiliados a la Red de Proveedores, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.



## **ARTICULO 4.- PRESTACION DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS.**

Los tratamientos cubiertos descritos en el **ARTICULO 1** de los planes, serán prestados de acuerdo con las siguientes condiciones:

Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por SIGMA DENTAL SAC.

SIGMA DENTAL SAC no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aun cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.

Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a LOS AFILIADOS en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.

En caso de requerir referencia a algún especialista, su odontólogo le proporcionará la información necesaria. El paciente no debe acudir al especialista sin referencia previa del odontólogo general que lleva su tratamiento.

Cuando EL AFILIADO requiera alguno de los tratamientos cubiertos por este contrato, deberá ponerse en contacto con SIGMA DENTAL SAC a través del 416-2865, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para EL AFILIADO.

El AFILIADO deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su documento nacional de identidad (D.N.I.) o licencia de conducir, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a SIGMA DENTAL SAC, la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.

Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, LOS AFILIADOS deberán comunicarse con SIGMA DENTAL SAC a través de su servicio telefónico **0800-10270 (línea gratuita)** donde serán guiados por un funcionario de SIGMA DENTAL SAC, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.

## **ARTICULO 5.- CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO POR ASISTENCIA DENTAL.**

En caso de que EL AFILIADO requiera de un tratamiento de emergencia odontológica, según la definición en el ARTICULO 3, y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por SIGMA DENTAL SAC, EL AFILIADO podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de la emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos razonables y justificados incurridos por EL AFILIADO por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por SIGMA DENTAL SAC, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

SIGMA DENTAL SAC puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por SIGMA DENTAL SAC de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorios y odontólogos afiliados a la red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL AFILIADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este PLAN.

Queda entendido, según los términos de este CONDICIONADO, que el pago contra reembolso será única y exclusivamente en el caso referido en éste ARTICULO y cuyos gastos se originen en Perú.

## **ARTICULO 6.- OBLIGACIONES DEL AFILIADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO POR LAS ASISTENCIAS DENTALES.**

LOS AFILIADOS deberán presentar un documento de identificación con fotografía (DNI o Licencia de conducir) al acudir al consultorio o centro odontológico a recibir la atención. En el caso de los menores de edad deberán conocer el número de DNI del titular, el cual deberán proporcionar al momento de la atención.

LOS AFILIADOS que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.

El AFILIADO está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos cubiertos.

EL AFILIADO está obligado a entregar todas las facturas requeridas por SIGMA DENTAL SAC en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias solicitadas por SIGMA DENTAL SAC, para proceder al reembolso de “gastos razonables” a los cuales se hace referencia en el **ARTICULO 5** del presente PLAN.

En caso de requerir referencia a algún especialista, su odontólogo le proporcionará la información necesaria. El paciente no debe acudir al especialista sin referencia previa del odontólogo general que lleva su tratamiento.

## **ARTICULO 7.- RESPONSABILIDAD.**

En tanto la obligación de SIGMA DENTAL SAC es cubrir los gastos por servicios odontológicos, no es responsable por el diagnóstico y posterior tratamiento realizado a EL AFILIADO, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro Odontológico, asumiendo estos su responsabilidad frente a EL AFILIADO.

EL AFILIADO TITULAR perderá el derecho de reembolso establecido en el **ARTICULO 5**, si no se hiciera la reclamación por reembolso correspondiente ante SIGMA DENTAL SAC en el lapso indicado en el **ARTÍCULO 8**, a menos que se demuestre que tal incumplimiento se deba a causa extraña no imputable a EL AFILIADO.

## **ARTICULO 8.- PLAZO PARA RECLAMACIONES POR ASISTENCIAS DENTALES.**

Cualquier reclamación, observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de treinta (30) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicho reclamo a SIGMA DENTAL SAC.

## **MANUAL DE USO DE LA ASISTENCIA DE MASCOTAS**

Para solicitar cualquiera de las asistencias de mascotas, EL AFILIADO deberá ponerse en contacto con CORIS DEL PERU SA, a través del 513-5205, donde un funcionario coordinará la asistencia solicitada.

SERVICIOS	LÍMITE POR EVENTO	LÍMITE POR COBERTURA	NÚMERO DE EVENTOS AL AÑO	COPAGO	DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA
Coordinación de control de mascota sana	1	Hasta S/80	1	S/30	Lima Metropolitana
Coordinación de consulta con veterinario telefónico o virtual	1	Hasta 30 minutos	4	-	A nivel nacional
Coordinación para baño de mascota	1	Hasta S/100	1	S/30	Lima Metropolitana
Conexión de vacunación médica veterinaria en centro médico	1	Costo asumido por el socio	1	-	Lima Metropolitana

## 1. COBERTURAS:

### 1.1. Coordinación de Control de Mascota sana:

Consulta veterinaria completa para determinar condiciones generales de salud de la mascota, e identificar raza, peso, talla, edad aproximada, enfermedades preexistentes, estado de la dentadura, entre otros, además de brindar recomendaciones generales en cuanto a alimentación y cuidados de la mascota. Programación con 24 horas de anticipación, de acuerdo a disponibilidad de agenda.

Límite geográfico: Solo aplica para Lima.

### 1.2. Coordinación de Consulta con Veterinario Telefónico o Virtual:

Previa solicitud del cliente, CORIS DEL PERU proporcionará vía telefónica, la asistencia de un profesional en veterinaria las veinte y cuatro (24) horas del día, para que proporcione una orientación básica o recomienden un profesional para una a consulta veterinaria, por los síntomas presentados de la mascota en la información proporcionada telefónicamente por el cliente.

### 1.3. Coordinación para baño de Mascota:

En caso de que el cliente lo requiera, CORIS DEL PERU coordinará la realización de un baño simple a la mascota del cliente, por medio de su red de prestadores veterinarios, previa solicitud vía telefónica del cliente. Este servicio incluye el baño de la mascota con los insumos respectivos, así como el traslado de la mascota al domicilio del cliente y del domicilio hacia el prestador de la red de prestadores.

### 1.4. Coordinación de Vacunación médica Veterinaria en centro médico:

El dueño de la mascota al comunicarse con la Central de Coris, podrá acceder a los beneficios ofrecidos por la red de prestadores veterinarios en descuentos en vacunas y desparasitación de la mascota.

## 1.5. Red de centros veterinarios afiliados:

Clínicas y/o centros médicos	Distrito
Veterinaria Mister Can	La Victoria
Veterinaria Dog Tora	Magdalena
Veterinaria Candy	Pueblo Libre
Veterinaria Candy	San Juan de Lurigancho
Veterinaria Próceres	Surco
Veterinaria Puppvet	San Juan de Lurigancho
Veterinaria Corp Vet	Chorrillos
Veterinaria Rey	El Rimac
Veterinaria Nueva Esperanza	Villa María del Triunfo
Veterinaria Pet y Garden	San Borja