

Código SBS: AE0506100315

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES TELETICKET
SOLICITUD- CERTIFICADO DE SEGURO N° _____
POLIZA DE SEGURO N° _____

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros

RUC: 20100041953

Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima

Teléfono: 411-3000 / Fax: 421-0555

Página web: www.rimac.com

Coasegurador: _____ Porcentaje de participación: _____

Dirección del Coasegurador: _____

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre: **TELEDISTRIBUCION
S.A.**

Dirección: CALLE AUGUSTO ANGULO No.
130 Of. 251 URB. SAN ANTONIO

Distrito: MIRAFLORES

RUC: 20334461875

Teléfono:

PROVINCIA : LIMA

DEPARTAMENTO: LIMA

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Correo Electrónico:

Tipo y N° de Documento:

Sexo:

Teléfono:

Relación con el contratante:

DATOS DEL BENEFICIARIO:

El Beneficiario en la presente Póliza para las coberturas de Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente, Renta Hospitalaria por Accidente y Gastos de Curación será el ASEGURADO.

El Beneficiario en la presente Póliza para la cobertura de Muerte Accidental será el designado a continuación:

Nombre / Razón Social	Tipo y N° de Documento	Dirección	% de Participación en el beneficio

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.

Relación con el Asegurado:

INTERES ASEGURADO

La vida e integridad física del Asegurado.

RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura(s) Principal(es)

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 o Certificado

Coberturas Adicionales (Las Cláusulas Adicionales aplicables forman parte como Anexo/s del presente Certificado de Seguro en tanto sean contratadas por el Asegurado)

Cobertura(s) Adicional(es)

Invalidez Total y Permanente por Accidente: En caso que el Asegurado, durante la vigencia de la póliza, sufre un accidente que produjere su Invalidez Total y Permanente, calificada por LA ASEGURADORA como tal en base a la tabla de situaciones previstas seguidamente, La Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza y cláusula adicional y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones.

Renta Hospitalaria por Accidente: Se entiende por Renta Hospitalaria al seguro mediante el cual el ASEGURADO recibe un beneficio por día de hospitalización en cualquier Institución Hospitalaria, hasta por un máximo de días al año y siempre que la causa de la hospitalización sea un accidente cubierto por la Póliza. La suma asegurada y los días máximos se indican en las Condiciones Particulares o Certificado de la Póliza (la persona deberá estar al menos 24 horas hospitalizada)

Reembolso de Gastos de Curación por Accidente: Se entiende por gastos de curación por accidente a todos los honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, pruebas y exámenes médicos, requeridos por el ASEGURADO en caso sufra un accidente durante la vigencia de la póliza y que sus causas no se encuentren excluidas dentro de la presente cláusula adicional (deducible de US\$ 20 por evento)

EXCLUSIONES

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

Queda excluido de la cobertura de esta Póliza el fallecimiento del ASEGURADO o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- 1) Suicidio consciente y voluntario,
- 2) Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participando activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 3) Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho a recibir el capital garantizado de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
- 4) Bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo, siempre y cuando este hecho sea generador del siniestro.

COBERTURA DEL SEGURO

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s)
Muerte Accidental (Sólo para mayores de edad)	US\$ 15,000
Cláusulas Adicionales	
Cobertura(s) Adicional(es)	Suma(s) Asegurada(s)
Invalidez Total y Permanente por Accidente (Sólo para mayores de edad)	US\$ 15,000
Renta Hospitalaria por Accidente (la persona deberá estar al menos 24 horas hospitalizada) *	US\$ 30 diarios, hasta máximo 10 días
Reembolso de Gastos de Curación por Accidente (deducible de US\$ 20 por evento; gastos sujetos a Tarifa C según tarifario de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú)	Hasta US\$ 3,000

VIGENCIA DEL SEGURO:

El seguro tiene vigencia x hora antes de iniciado el evento y x horas después de iniciado el evento.

DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES

Si aplica. Deducible de US\$ 20 por evento.

PRIMA:

Prima	Monto S/.
Prima Comercial Total	Seguro gratuito

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

El Asegurado autoriza Teledistribución S.A. a realizar el cobro, cuenta corriente o tarjeta de crédito el importe de la prima antes indicada.

VIGENCIA DEL SEGURO:

La presente póliza inicia su vigencia una hora antes de la hora del inicio del evento, que se indica en el boleto original de Teleticket, y termina luego de 4 horas posteriores a dicha hora de inicio.

En caso el evento dure más de 4 horas, la vigencia se extenderá.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la oferta de la cobertura del Certificado de Seguro se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación del Certificado de Seguro. 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 su 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 ejercer el derecho de arrepentimiento, el ASEGURADO deberá presentar una comunicación a través de los mecanismos directos de comunicación detallados en el Certificado de Seguro; o en su defecto, en cualquiera de las Plataformas de Atención de la ASEGURADORA. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el ASEGURADO, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA POR PARTE DEL CONTRATANTE.

Se podrá resolver el contrato por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA POR PARTE DEL ASEGURADO.

Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA. La resolución del Certificado de Seguro surtirá efectos a los treinta (30) días de recibida la mencionada comunicación. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso 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

AVISO DE SINIESTRO

El siniestro será comunicado dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda, por vía telefónica al Centro de Seguros Wong, cuyo teléfono es 625-0100 opción 2 y/o a la ASEGURADORA, cuyo teléfono es 411-3000.

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 éste 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.

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 DE MUERTE ACCIDENTAL:

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 presente Certificado de Seguro, los siguientes documentos.

- a) Certificación de Reproducción Notarial del Certificado de Defunción del ASEGURADO;
- b) Copia simple de los DNI de los beneficiarios mayores de edad o Copia Certificada de la Partida de Nacimiento, en caso los beneficiarios sean menores de edad.
- c) Testimonio del Testamento o Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos, en caso no se haya designado beneficiarios. En caso que la Declaratoria de Herederos se haya realizado por vía judicial, deberán presentar la copia literal de la partida donde consta inscrito dicha Declaratoria de Herederos.
- d) Copia Certificada del Atestado policial completo, en caso corresponda;
- e) Copia Certificada del Protocolo de necropsia, en caso corresponda.
- f) Resultado de Análisis Toxicológico y alcoholemia o Dosaje Etílico (en tanto el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo), según corresponda;

g) Boleto Original de Teleticket, con la fecha y hora del evento.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

SOLICITUD DE COBERTURA DE GASTOS DE CURACIÓN:

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 presente Certificado de Seguro, los siguientes documentos:

- **Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Recibo por Honorarios del Médico o Comprobante de Pago de gastos de curación a nombre del paciente.**
- **Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de las Órdenes Médicas y resultados de exámenes**
- **Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) o Recetas Médicas.**
- **Copia Fedateada y foliada del Informe del médico tratante o de la Historia Clínica del ASEGURADO.**
- **Ticket o Boleto Original comprado en Teleticket, el cual acredite la asistencia del ASEGURADO al evento.**
- **Copia Certificada del Resultado de Análisis Toxicológico y alcoholemia o, en caso de accidente de tránsito, el Dosaje Etílico respectivo, si es que el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo.**
- **Copia Simple del Documento de Identidad del Asegurado.**

SOLICITUD DE COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

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 presente Certificado de Seguro, los siguientes documentos.

- **Copia Certificada del Atestado policial (en caso de haber existido intervención policial)**
- **Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y el ASEGURADO haya sido conductor del vehículo).**
- **Copia Certificada del Resultado de Análisis Toxicológico y alcoholemia.**
- **Original del Dictamen de Invalidez o Informe Médico de invalidez e Historia Clínica completa.**
- **Boleto Original de Teleticket, con la fecha y hora del evento.**

SOLICITUD DE COBERTURA DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE:

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 presente Certificado de Seguro, los siguientes documentos.

- **Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de la Factura y/o Boletas de venta del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del paciente hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización.**

- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica
- Copia Simple del Documento Nacional de Identidad del asegurado
- Copia Certificada del resultado de Examen de alcoholemia o toxicológico
- Ticket o Boleto Original comprado en Teleticket, el cual acredite la asistencia del ASEGURADO al evento.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

- No serán procedentes las solicitudes de devolución de documentos sea que se apruebe o rechace 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, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago 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 dentro de dicho plazo se haya presentado una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la ASEGURADORA para consentir o rechazar el siniestro.

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 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 91º 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 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 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.

En caso la ASEGURADORA no cumpla con el pago del siniestro en el plazo de treinta (30) días, deberá pagar al BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, un interés moratorio anual

equivalente a 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas, de acuerdo a la moneda pactada en el contrato de seguro por todo el tiempo de mora.

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.
- **Arequipa:**
Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito.
Telf. (054)-381700
- **Cajamarca:**
Jr. Belén 676-678.
Telf. (076)-369635
- **Cusco:**
Calle Humberto Vidal Unda G-5, Urbanización Magisterial, 2da. Etapa. Cusco.
Telf. (084)-229990 / (084)-227041
- **Huancayo:**
Jr. Ancash 125, Huancayo.
Telf. (064)-223233
- **Trujillo:**
Av. Victor Larco 1124.
Telf. (044)-485200
- **Chiclayo:**
Av. Salaverry 560, Urb. Patazca.
Telf. (074)- 481400
- **Iquitos:**
Jirón Putumayo 501.
Telf. (065)-242107
- **Piura:**
Calle Libertad 450.
Telf. (073)-284900

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:

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 Rimac 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 se encuentra obligado a informar a la Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTACIÓN DE 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):

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 200-1930 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.
 - 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 entregada, sea dirigida al Contratante.
- **Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:**

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (“La Aseguradora”), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con La Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales,

y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

Lugar y fecha de emisión: _____ de _____ de _____

RODRIGO GONZALEZ Vicepresidente División Seguros Personales Rímac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO