

**HOJA RESUMEN INFORMATIVA TARJETAS DE CRÉDITO EMPRESARIAL
CAPITAL DE TRABAJO**

Solicitud de Afiliación N° _____

TARIFAS (*)			
	EMPRESARIAL CAPITAL DE TRABAJO		DETALLES
	S/	US\$	
Interés por Financiamiento			
- Tasa de interés compensatoria TEA fija para compras	12.00% - 35.00%	12.00% - 35.00%	TEA: Tasa de Interés Efectiva Anual (Base 360 días)
- Tasa de interés compensatoria TEA fija para disposiciones de efectivo	12.00% - 35.00%	12.00% - 35.00%	
- Tasa de interés compensatoria TEA fija para subrogación de deuda	12.00% - 35.00%	12.00% - 35.00%	TCEA: Tasa de Costo Efectiva Anual (Base 360 días)
- TCEA (1) para compras, disposición de efectivo y subrogación de deuda	45.11% - 70.44%	47.96% - 73.49%	
COMISIONES			
Membresía			
- Membresía anual	80.00	25.00	Cobro efectuado por tarjeta y se cobra desde el primer año de la vigencia de la tarjeta.
Servicios asociados a la Tarjeta de Crédito			
- Envío físico de Estado de Cuenta	9.00	3.00	Cobro efectuado por contrato de manera mensual.
- Evaluación de Póliza de Seguro Endosada	\$50.00 (2)	\$50.00	Por póliza. Así como control de vencimientos y renovaciones de póliza presentadas por el cliente.
Uso de Canales			
- Uso de cajero automático Otros Bancos	20.00	7.20	Aplica cuando se usa la tarjeta para efectos de retirar dinero en efectivo en cajeros automáticos (ATM) de otros bancos nacionales o extranjeros.
Entrega de tarjetas adicionales a solicitud			
- Reposición de Tarjeta de Crédito	20.00	7.20	Efectuado a la reposición del plástico por pérdida, robo, deterioro u olvido de clave.
GASTOS			
Honorarios Profesionales (Aplica a Persona Natural con Negocio y Microempresas)			Aplica en caso de deuda vencida, previo acuerdo formal con Usted.
Honorarios Judiciales (No aplica a Persona Natural con Negocio y Microempresas)			

- Refinanciamiento transaccional, judicial o extrajudicial.	3%	3%	Gasto aplica para deudas con o sin garantía
- Cancelación deuda total con garantía	0-45 días : 13% 46-90 días : 10% 91-180 días : 7% 181 a más : 5%	0-45 días : 13% 46-90 días : 10% 91-180 días : 7% 181 a más : 5%	Gasto aplica cuando la deuda está garantizada y pasa a cobranza judicial. Aplica sobre la deuda impaga, en función a los días transcurridos de la deuda en judicial.
- Cancelación deuda total sin garantía	0-90 días : 15% 91 a más : 12%	0-90 días : 15% 91 a más : 12%	Gasto aplica cuando la deuda no está garantizada y pasa a cobranza judicial. Aplica sobre la deuda impaga, en función a los días transcurridos de la deuda en judicial.
PENALIDAD			
- Penalidad por incumplimiento de pago	0.10% diario Mín. S/ 40.00	0.10% Mín. US\$ 15.00	Porcentaje cobrado desde el primer día de atraso sobre el monto de la cuota vencida
SEGURIDAD			
- Seguro de Desgravamen	0.0583% sobre el saldo insoluto		El saldo insoluto representa el saldo deudor de la tarjeta.
Línea de Crédito Mínima (*)	30,000.00	10,000.00	
Tipo de Garantía (**) (Marca una opción)	<input type="checkbox"/> Genérico	<input type="checkbox"/> Especifico	
Además de las comisiones indicadas en este documento, Usted declara conocer que existen comisiones por servicios transversales (de aplicación a varios productos o servicios del Banco), que pueden ser cobrados por el Banco. Usted podrá revisar estas comisiones en el Tarifario publicado en las oficinas del Banco o en la página web www.bbva.pe			

- 1) La TCEA es calculada en base TEA correspondiente por un consumo de S/1,000 ó 300 USD en 12 cuotas, considerando para su cálculo el cargo mensual de la comisión por envío físico de estado de cuenta, el seguro de desgravamen y la comisión anual de membresía.
- 2) Al tipo de cambio vigente en la fecha de cobro o cargo de la comisión.

HOJA RESUMEN INFORMATIVA TARJETAS DE CREDITO EMPRESARIAL CAPITAL DE TRABAJO

(*) El Banco, luego de la evaluación respectiva, podrá decidir otorgar o no la Tarjeta de Crédito solicitada por Usted. El monto señalado en la presente Hoja de Resumen Informativa – HRI (definido como Línea de Crédito Mínima o la Línea), es el monto mínimo al que puede acceder Usted. El monto efectivamente aprobado será comunicado al momento de entrega de la tarjeta de crédito y según lo establecido en el contrato. Asimismo, existe la posibilidad que no se otorgue la tarjeta como resultado de la evaluación crediticia.

Orden de imputación de Pagos: Los pagos se efectuarán aplicándose el siguiente orden: a los intereses compensatorios (por los días de atraso de pago), comisión por uso de cajero automático otros bancos nacional y exterior y otras comisiones aplicables, intereses compensatorios de la deuda vigente, comisión de Membresía anual y comisión de envío estado de cuenta, seguro de desgravamen, capital cuotas de la línea y de la línea adicional y moratorios o penalidad por incumplimiento de pago.

Uso: Las tarjetas de Crédito, permiten realizar compras de bienes y/o servicios en establecimientos y obtener efectivo con cargo a la línea de crédito previamente aprobada. Además, le permiten realizar operaciones entre sus cuentas autorizadas a través de nuestros cajeros automáticos. El Banco puede variar (incrementar, disminuir o suprimir) el porcentaje o monto de la disposición en efectivo, comunicándolo en el plazo y a través de cualquiera de los mecanismos establecidos en el Contrato, prestando Usted desde ya su conformidad para ello. Las mismas medidas podrán ser adoptadas en aplicación de Normas Prudenciales dictadas por la SBS.

Vigencia de la línea: La Línea tendrá una vigencia anual y su renovación se efectuará de manera automática, previa evaluación de Usted y los usuarios de tarjetas adicionales. Usted podrá comunicar por escrito y con 30 días de anticipación al vencimiento de la Línea que no desea la renovación de la misma. **Tarjetas adicionales:** Usted podrá solicitar tarjetas adicionales para las personas que designe e indicar límites de consumo menores o iguales al importe de la Línea asignada para cada una. Los consumos efectuados con la tarjeta principal y las adicionales, en su conjunto, no deberán exceder la Línea de crédito aprobada. La aprobación de tarjetas adicionales está sujeta a evaluación. **Bimoneda:** Las compras en el Perú se facturarán en soles (salvo en establecimientos en el Perú que emiten vouchers en dólares como: líneas aéreas, agencias de viaje, tiendas Duty Free, etc) y las compras en el exterior se facturará en dólares. **Cargo automático o pago mensual:** Se realizará por el importe de la cuota del mes indicado en su estado de cuenta.

Sobre la modalidad de pago: Los consumos y disposición de efectivo se fraccionarán en cuotas, el cliente podrá elegir el número de cuotas para cada compra en efectivo que realice. Podrá elegir desde 1 hasta 24 cuotas fijas al momento de realizar la compra o avance, en cualquiera de nuestros cajeros automáticos o en cualquiera de nuestras oficinas, si Usted no eligiera el número de cuotas a financiar el consumo o disposición de efectivo, se fraccionará en 24 cuotas automáticamente. Los consumos o retiros en efectivo menores a S/ 100.0 ó US\$ 30.00 pasarán a financiarse a 1 sola cuota de manera automática.

Pago Cuota del mes: Cada mes cancelará la cuota del mes, capital vencido, intereses vigentes y penalidad, comisiones, gastos y seguros del mes. Si se abonaran importes mayores a la cuota del mes, primero se procederá a cancelar la cuota del mes y luego el monto en exceso se aplicará como prepago. Esto aplica a todas las formas de abonos, incluyendo los abonos que se hagan vía transferencias interbancarias. Para pagos anticipados de cuotas, éstas serán efectuadas por ventanilla.

Fecha de Facturación y Pago: La fecha de facturación será la indicada por Usted en la solicitud, la misma que se aplica a la tarjeta de crédito contratada y a las adicionales que pueda solicitar. La fecha de pago será

en día: 5, 15 ó 25 o el día útil siguiente a la fecha de cierre, en caso de ser sábado, domingo o feriado, dependiendo de la fecha de facturación elegida. Por ejemplo: Fecha 1: Si la fecha de facturación es el día 10, la fecha de pago será el 05 del mes siguiente. Fecha 2: Si la fecha de facturación es el día 20, la fecha de pago será el día 15 del mes siguiente. Fecha 3: Si la fecha de facturación es el día 30. La fecha de pago será el día 25 del mes siguiente.

Usted puede realizar Pagos Anticipados: Usted tiene derecho a efectuar pagos anticipados, en forma total o parcial. Si lo hace, los intereses que el Banco cobra se reducirán proporcionalmente al día de pago y se deducirán las comisiones y gastos que pudieran corresponder a esa fecha.

Si Usted decide realizar un pago anticipado parcial, debe elegir previamente, entre: disminuir el monto de las Cuotas o reducir el plazo del Préstamo, para lo cual se emitirá un nuevo cronograma de pagos en caso Usted lo solicite. Asimismo, Usted podrá pagar su cuota antes del vencimiento (adelanto de cuota) sin que esto signifique que es un pago anticipado. Usted podrá realizar el pago anticipado o el adelanto de cuotas, siempre que, se encuentre al día en el pago de sus cuotas del cronograma.

Cuenta de Cargo Principal y Asociadas: Usted podrá indicar una cuenta en soles y otra en dólares para dar prioridad en el cargo automático según la moneda de la deuda. El otorgamiento de una Tarjeta de Crédito conlleva la apertura o mantenimiento de una cuenta asociada de ahorros o corriente, la cual está sujeta a las condiciones y gastos señalados en el Contrato y en la Cartilla de Información de dicha cuenta.

Clave Secreta: Al recibir su Tarjeta de Crédito, a Usted se le entregará una Clave Secreta, ésta será de uso exclusivo e intransferible para Usted. La misma aplicación se da en caso cuenta con tarjeta(s) adicional(es). La Clave Secreta deberá ser cambiada antes de su primer uso en los cajeros automáticos o cualquier otro canal que el Banco disponga y Usted deberá destruir el documento que contiene su clave secreta entregada por el Banco. Importe máximo de retiro diario: En cajeros automáticos es de S/ 3,500.00 o US\$1,000.00.

Obligaciones y Responsabilidades: Usted y/o usuario se obligan a:

- Conservar y utilizar correctamente la tarjeta que se entrega, firmándola en el momento de recibirla.
- Comunicar por escrito cualquier cambio de domicilio, con una anticipación previa de quince días útiles.
- **Extravío, Robo, Hurto o pérdida:** En caso de extravío, robo, hurto o pérdida de la Tarjeta, Usted deberá notificar de inmediato a nuestra Banca por Teléfono al (01) 595-0000, y por escrito al Banco, adjuntando copia certificada de la denuncia ante la autoridad competente.
- **Aviso por Viaje:** Para evitar el bloqueo de su Tarjeta de Crédito, cuando salga de viaje al extranjero, debes comunicarte con nuestra Banca por Teléfono al (01) 595-0000 opción 1, 9 indicando las fechas de viaje y destinos para mantener activa tu tarjeta durante el viaje.

Bloqueo y/o Anulación de la Tarjeta: Además de lo señalado en el Contrato, el Banco podrá bloquear y/o anular las tarjetas en los siguientes casos:

- Si Usted y/o usuarios de las tarjetas mantienen una o más obligaciones vencidas con el Banco.
- Si Usted presenta excesos de línea no pagados.
- Si Usted es declarado insolvente o ingresa a cualquier sistema de concurso de acreedores de reestructuración de pagos.
- Si cualquier obligación crediticia de Usted con el Banco es clasificada en las categorías de Dudosa o Pérdida.
- En los casos de sustracción o extravío de las tarjetas comunicados al Banco.
- Por deuda vencida mayor a 8 días.
- Si el Titular y/o los usuarios de las tarjetas incumplen cualquiera de las obligaciones señaladas en el contrato o en las normas legales que regulan el funcionamiento de las tarjetas de crédito. Los bloqueos se levantan al siguiente día útil de efectuado el pago, el cual incluye los intereses compensatorios y penalidad correspondientes, salvo que el atraso del pago sea mayor a 60 días, quedando sujeto a evaluación del Banco el levantamiento del bloqueo.

Incumplimiento de pago: Genere el reporte correspondiente ante la Central de Riesgo con la calificación que corresponda.

Garantías: Las garantías respaldan el monto total adeudado, los saldos deudores de cuentas corrientes y todas las operaciones de crédito que realice Usted y/o el garante frente al Banco indicadas en el respectivo documento de garantía.

(**) La garantía genérica implica que Usted constituye una garantía a favor del Banco para respaldar cualquier obligación presente o futura que tenga o pudiera tener en el Banco. La garantía específica implica que Usted constituye una garantía en respaldo de obligaciones puntuales.

Fiadores y Aavales: Los fiadores solidarios y/o avalistas respaldan la presente obligación, así como cualquier otra obligación presente o futura, directa o indirecta que Usted haya contraído o asuma con el Banco durante la vigencia de la línea de crédito otorgada. La vigencia de la garantía será indefinida y solo quedará liberada cuando Usted cumpla con todas las obligaciones garantizadas.

Tributos: Todas las operaciones efectuadas con las Tarjetas de Crédito estarán afectas al Impuesto a las Transacciones Financieras (ITF), cuya tasa es de 0.005% del monto de la operación. Este impuesto será cargado en la Cuenta Tarjeta en la fecha en que se efectúe la operación.

- Usted tiene derecho a solicitar una copia de la tasación realizada al bien otorgado en garantía de ser el caso.

Usted declara estar de acuerdo y conforme con la información recibida en este documento, manifestando expresamente que tanto la Hoja Resumen Informativa, la Cartilla Informativa (Fondo de Protección), la relación de comisiones y gastos aplicables en caso el titular de la tarjeta de crédito garantice la línea de crédito concedida y el Contrato de Tarjeta de Crédito le fueron entregados para su lectura, con anterioridad a la firma de estos documentos y se absolvió sus dudas.

FIRMA DEL CLIENTE

BANCO BBVA PERU

pp

Nombre(s)

D.N.I./RUC

Domicilio:

SOLICITUD - CERTIFICADO SEGURO DESGRAVAMEN TARJETA CAPITAL DE TRABAJO BANCO BBVA PERU

Código SBS: VI0507410063 - Soles; VI0507420064 - Dólares

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza N°: 6485410 Soles

Póliza N°: 6485411 Dólares Americanos

Certificado N°: _____

ASEGURADO: Los Asegurados son los que han suscrito el Contrato de Tarjeta Capital Trabajo con el BANCO BBVA PERU.

- 1) En el caso de Persona Natural con Negocio: El titular del negocio y su cónyuge. Máximo dos (02) Asegurados;
- 2) En el caso de Persona Jurídica: El (los) Socio(s) o accionista(s) principal(es) de la Persona Jurídica (cliente del Contratante). Como máximo se podrán asegurar dos (02) socios o accionistas en la Póliza.

PRIMA:

Tasas por ciento	Aplicable a cada Asegurado
Tasa Comercial Total	0.0494
Tasa Comercial Total + IGV (en caso corresponda)	0.0583

Tasa Neta: 0.048 por ciento.

PRIMA COMERCIAL: Es mensual y se calcula al multiplicar la tasa Comercial Total + IGV por el Saldo Insoluto de la deuda otorgada en virtud del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo.

TIPO DE CAMBIO REFERENCIAL: S/ 2.90. En caso que la prima comercial sea pactada en Dólares, se aplicará el tipo de cambio de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP vigente del día en que se realice el pago.

DATOS DE LA ASEGURADORA, en adelante 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

DATOS DEL CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA

Razón Social: BANCO BBVA

PERU

RUC: 20100130204

Dirección: Av. República de Panamá N° 3050 – San Isidro

Teléfono: 209-1000

Página web: www.bbva.pe

DATOS DEL ASEGURADO 1 (En caso de Persona Natural con Negocio es el Titular). Relación con el CONTRATANTE: Económica

Nombre: Tipo y N° de Documento:
Fecha de Nacimiento: Sexo:
Dirección: Teléfono:
Correo Electrónico:

Relación con el Contratante: Económica

DATOS DEL ASEGURADO 2. Relación con el CONTRATANTE: Económica

Nombre: Tipo y N° de Documento:
Fecha de Nacimiento: Sexo:
Dirección: Teléfono:
Correo Electrónico:

Relación con el Contratante: Económica

DATOS DEL BENEFICIARIO: Es el CONTRATANTE. Relación con el Asegurado: Económica

INTERES ASEGURADO: Cancelación de la suma asegurada en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.

COBERTURAS (RIESGOS CUBIERTOS) Y SUMAS ASEGURADAS

A. FALLECIMIENTO: Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado como EXCLUSIONES en la presente Solicitud / Certificado.

El Seguro de Desgravamen del contrato de Tarjeta Capital de Trabajo cubre el Saldo Insoluto del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo a la fecha de fallecimiento del ASEGURADO o su Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad. En el caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad se considerará la fecha de configuración del siniestro, a la fecha del Dictamen de Invalidez. En el caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se considera la fecha de ocurrencia del accidente.

IMPORTANTE:

- La suma asegurada se pagará en Dólares Americanos o Soles según la moneda del crédito otorgado por la ENTIDAD FINANCIERA. Se considerará el Tipo de Cambio que se encuentre vigente el día en que se realice el pago de la cobertura.
- El Seguro de Desgravamen no aplica deducibles, franquicias y similares a cargo del ASEGURADO y/o el CONTRATANTE.
- El seguro de Desgravamen no cubre intereses o recargos financieros de ningún tipo.
- En caso el seguro considere adicionalmente las coberturas de Invalidez total y permanente por enfermedad e Invalidez total y permanente por accidente, se deberá considerar que las coberturas de Fallecimiento, Invalidez total y permanente por enfermedad e Invalidez total y permanente por accidente son excluyentes entre sí.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO:

SUMA ASEGURADA MÁXIMA: Hasta S/ 150,000 ó USD 54,000 por Asegurado.

Se deja constancia que el ASEGURADO no podrá contratar la presente Póliza, en varias oportunidades, de manera tal que la suma asegurada de las mismas (en conjunto) superen el importe total de US\$ 1,000,000.00 (Un Millón y 00/100 Dólares Americanos). En caso que el ASEGURADO, contrate varias Pólizas de Seguro, por la cantidad de créditos que mantenga frente a la ENTIDAD FINANCIERA, la responsabilidad de la ASEGURADORA para otorgar las coberturas de fallecimiento e invalidez total y permanente de la totalidad de los seguros, es hasta el límite máximo descrito precedentemente por ASEGURADO. Por tanto, en caso que la suma total a indemnizar supere el importe antes indicado, LA ASEGURADORA procederá a devolver las primas en forma proporcional al importe que no será reconocido.

En caso que a alguno de los ASEGURADOS se les diagnostique: Infarto agudo de miocardio, evento cerebro vascular, insuficiencia renal crónica y cáncer terminal; y se produzca su fallecimiento como consecuencia de la enfermedad diagnosticada; la ASEGURADORA solo pagará el saldo insoluto calculado a la fecha en que se produzca el deceso del ASEGURADO o el promedio mensual de los gastos (gastos regulares) de los últimos tres meses previos al diagnóstico, lo que resulte menor. En caso de siniestro, se deberán presentar a la ASEGURADORA los últimos tres estados de cuenta previos al diagnóstico.

En caso que se produzca el fallecimiento o invalidez total y permanente de uno de los Asegurados bajo la presente Póliza, sólo se tomará en cuenta la línea de crédito utilizada con anterioridad a la fecha del siniestro. No se computará, para efectos del cálculo de la indemnización, la línea de crédito consumida con posterioridad a la fecha del siniestro del Asegurado.

ASEGURADO: Podrán ser:

- 1) En el caso de Persona Natural con Negocio: El titular del negocio y su cónyuge. Máximo dos (02) Asegurados;
- 2) En el caso de Persona Jurídica: El (los) Socio(s) o accionista(s) principal(es) de la Persona Jurídica (cliente del Contratante). Como máximo se podrán asegurar dos (02) socios o accionistas en la Póliza.

En ambos casos (sea Persona Natural con Negocio o Persona Jurídica), los Asegurados deberán haber suscrito el Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo con el BANCO BBVA PERU.

IMPORTANTE:

1. El presente Seguro no otorga cobertura a los poseedores, portadores, y/o usuarios de las Tarjetas que se hayan emitido con motivo de la línea del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo. Sólo se otorgarán las coberturas a las personas designadas en el presente Certificado de Seguro, las mismas que han sido tomadas de la Sección "Socios/Accionistas/Directorio/Gerencia/Ejecutivos principales de la Empresa" del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo suscrito con el BANCO BBVA PERU.
2. Cada Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo con el BANCO BBVA PERU podrá tener un máximo de dos (02) Asegurados y cada uno debe pagar la misma prima.
3. No se podrán modificar a las personas nombradas como Asegurados en el presente Certificado de Seguro. Cualquier cambio de Asegurados requerirá la suscripción de un nuevo Seguro de Desgravamen de Tarjeta Capital de Trabajo.
4. Condiciones adicionales aplicables en caso se asegure la vida de dos (02) Asegurados:

4.1 Ante el fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad de alguno de los Asegurados, y en tanto el siniestro no esté excluido bajo la presente Póliza, la ASEGURADORA indemnizará el 50% del Saldo Insoluto del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo al momento de ocurrido el siniestro. No será causal de terminación de contrato, para el caso de Personas Jurídicas, el hecho que se produzca el fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad de alguno de los Asegurados ya que el otro Asegurado podrá mantener su cobertura bajo la póliza original, siempre que cumpla con estar al día en sus pagos y con las condiciones de la presente Solicitud / Certificado de seguro. En el caso que el titular de la Persona Natural con Negocio fallezca o que se declare su invalidez total y permanente, el Contrato terminará; sin embargo, si es el cónyuge asegurado el que fallece o se declare su invalidez total y permanente, el Contrato se mantendrá vigente, en tanto el titular de la Persona Natural con Negocio podrá mantener su cobertura bajo la póliza original, siempre que cumpla con estar al día en sus pagos y con las condiciones de la presente Solicitud / Certificado de seguro.

4.2 No obstante, será causal de terminación de contrato, la decisión unilateral de alguno de los Asegurados, o que se excluya a alguno de ellos por cumplir la edad límite de permanencia en la póliza.

EDADES DEL ASEGURADO:

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

La edad máxima de ingreso para todos los Asegurados es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 79 años y 364 días.

Se deja constancia que, en caso que el ASEGURADO sea incorporado como tal en la Póliza de Seguro, mediante la emisión del Certificado de Seguro correspondiente, una vez superada la edad máxima de ingreso para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, la presente Póliza solo brindará la cobertura de Fallecimiento, conforme a los términos y condiciones establecidas para la misma.

FALLECIMIENTO A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES (PREEXISTENCIAS):

Cualquier lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración del estado de salud del ASEGURADO, diagnosticadas por un profesional médico o conocidas por el Contratante o ASEGURADO, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y que como consecuencia de esta lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración del estado de salud, se produzca la muerte (en sus dos modalidades) o invalidez total y permanente (en sus dos modalidades) del ASEGURADO. Es obligación del ASEGURADO declarar las preexistencias.

La póliza de Desgravamen no cubre ningún riesgo cubierto que se produzca a consecuencia de una enfermedad preexistente del ASEGURADO.

VIGENCIA DEL SEGURO:

La cobertura del Seguro de Desgravamen de Tarjeta Capital de Trabajo se inicia desde el momento de activación y uso de la línea del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo, extendiéndose hasta la cancelación / anulación del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo, siendo requisito que el Asegurado se encuentre en todo momento al día en sus pagos de prima.

Esta póliza NO se renueva automáticamente.

Se debe tener en cuenta que ningún siniestro producido con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrá cobertura bajo la presente Póliza de Seguro. Asimismo, no tendrán cobertura los siniestros a consecuencia de un accidente ocurrido antes del inicio de vigencia del seguro. En caso que el diagnóstico de la enfermedad que cause la muerte del Asegurado se determine con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la presente Póliza de Seguro, tampoco tendrá cobertura, sin perjuicio de que el siniestro se haya producido dentro del periodo de vigencia.

CONDICIÓN ESPECIAL:

Si bien EL ASEGURADO o en su caso el beneficiario, es el responsable de proporcionar toda la documentación e información necesarias en caso de solicitud de cobertura, con la suscripción del presente documento, EL ASEGURADO brinda su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que la ASEGURADORA y/o la ENTIDAD FINANCIERA, esta última en su calidad de Beneficiario de la Póliza de Seguro y solo con la finalidad de gestionar la solicitud de cobertura, pueda solicitar a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, la exhibición y entrega de su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en poder de éstos, autorizando desde ya a dichos establecimientos de salud a la entrega de su información.

EXCLUSIONES: Las siguientes exclusiones aplican a todas las coberturas de la presente Póliza de seguro (fallecimiento, invalidez total y permanente por accidente e invalidez total y permanente por

enfermedad). La ASEGURADORA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el siniestro del (os) ASEGURADO (s) ocurra en las siguientes circunstancias:

- a) Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro de Vida Desgravamen.
- b) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- c) Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- d) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- e) Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras, de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos.
- g) Realización de alguna de las siguientes actividades o deportes riesgosos: inmersión submarina, artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras.
- h) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- i) Los accidentes o fallecimiento que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentra bajo influencia de drogas (sin importar su grado de presencia en la sangre) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) siempre que el accidente sea consecuencia directa de estos estados y esta situación sea acto generador del siniestro. Para efectos de esta exclusión, siempre y cuando el siniestro se haya producido como consecuencia de un accidente de tránsito y que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o drogas, si el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- j) Enfermedades pre-existentes y/o enfermedades infecto contagiosas con características de plagas o epidemias que sean materia de aislamiento o cuarentena, a la fecha de inicio de seguro.

DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES: No aplican

LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA: En cualquier oficina del BANCO BBVA PERU.

FORMA DE PAGO: En efectivo o transferencia bancaria.

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago, señalado en el Convenio de Pago, origina la suspensión de la cobertura otorgada por esta Póliza 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 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 automática de la cobertura.

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 ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO 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 contados a partir del día en que el ASEGURADO recibe una comunicación por escrito 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 de 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 presente 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 resolver el Certificado de Seguro y que el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá optar por rehabilitar la cobertura de dicho Certificado de Seguro, previo pago de la totalidad de las Primas impagas, los respectivos intereses moratorios. **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 cobertura suspendido.**

DERECHO 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, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Certificado de Seguro. 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.

Asimismo, tener en cuenta que EL CONTRATANTE podrá resolver la Póliza de Seguro sin expresión de causa, conforme a lo establecido en el numeral 7.1 de las Condiciones Generales de la Póliza.

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 a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro 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.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo 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:

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 la presente Solicitud / Certificado) los siguientes documentos en original o en copia legalizada salvo que se indique lo contrario. Adicionalmente, los documentos podrán entregarse al CONTRATANTE. (Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).

FALLECIMIENTO:

- Acta de defunción del ASEGURADO.
- Certificado de defunción del ASEGURADO.
- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO fallecido (en caso se cuente con dicho documento).
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada del ASEGURADO.
- Estado de cuenta y liquidación del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO este documento debe ser entregado por el CONTRATANTE.

En caso el fallecimiento sea a consecuencia de un accidente, se deberán presentar todos estos documentos adicionales a los detallados en caso de Fallecimiento.

- Atestado policial completo o diligencias fiscales, según corresponda en caso de haberse realizado.
- Protocolo de Necropsia completo en caso de haberse realizado.
- Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas en caso de haberse realizado.
- Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito en caso de haberse realizado.

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.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo. **(Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).**

PAGO DE SINIESTRO: (Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).

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 o 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 sobre la procedencia 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 presente 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 o BENEFICIARIO o HEREDERO 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 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 o 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 o 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.

CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

- Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:
- Para la cobertura de invalidez total y permanente por accidente:
La edad máxima de ingreso para todos los asegurados es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 74 años y 364 días.

RIESGOS CUBIERTOS Y COBERTURA DEL SEGURO

- Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Accidente, el hecho que el ASEGURADO antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual (no se considera factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Accidente. Se considerará configurada la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente cuando se presenten las situaciones previstas: (a) Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, (b) Lesión incurable de la médula espinal que determinase la invalidez total y permanente, (c) Pérdida total de la visión bilateral, (d) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de los dos brazos o de ambas manos, (e) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de las dos piernas o de ambos pies, (f) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna y (g) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.
- Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionados. La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en los literales “a al g”, constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del ASEGURADO ni otros factores complementarios utilizados por comisiones médicas específicas del Sistema Privado de Pensiones.
- En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se considera la fecha de ocurrencia.
- Se debe tener en cuenta que ningún siniestro producido porque se haya configurado la Invalidez Total y Permanente por accidente con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia, tendrá cobertura bajo la presente Póliza de Seguro de Desgravamen. Asimismo, no tendrán cobertura los siniestros a consecuencia de un accidente ocurrido antes del inicio de vigencia del seguro.
- Determinación de la invalidez total y permanente: Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la ASEGURADORA los antecedentes que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la ASEGURADORA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

BENEFICIARIO: Es el CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA

EXCLUSIONES: Según lo indicado en la presente Solicitud / Certificado.

SOLICITUD DE COBERTURA

El ASEGURADO o sus representantes legales deberán hacer de conocimiento por escrito a LA ASEGURADORA la existencia de la Invalidez Total y Permanente por Accidente; obligándose a suministrar las pruebas correspondientes facilitando cualquier elemento de comprobación, así como prestar las facilidades, de ser necesario, para la realización de exámenes médicos que serán practicados por los médicos que LA ASEGURADORA designe.

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO
- Historia Clínica foliada y fedateada de todos los centros médicos de atención a consecuencia del accidente que generó la Invalidez Permanente Total e Informes Médicos sobre atenciones y/o tratamientos relacionados al accidente y estado de Invalidez.
- Atestado policial o diligencias fiscales según corresponda, Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas y el Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO este documento debe ser entregado por el CONTRATANTE.

CONDICIONES DE LA COBERTURA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

- Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:
- Para la cobertura de invalidez total y permanente por enfermedad:
La edad máxima de ingreso para todos los asegurados es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 74 años y 364 días.

RIESGOS CUBIERTOS Y COBERTURA DEL SEGURO

- Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Enfermedad, el hecho que el ASEGURADO antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual (no se considera factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.
- En el caso de Invalidez Total y Permanente por enfermedad se considerará la fecha de configuración del Dictamen de Invalidez solicitado como documento en caso de siniestros.
- Se debe tener en cuenta que ningún siniestro producido porque se haya configurado la Invalidez Total y Permanente por enfermedad con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia, tendrá cobertura bajo la presente Póliza de Seguro de Desgravamen. Asimismo, no tendrán cobertura los siniestros a consecuencia de un accidente ocurrido antes del inicio de vigencia del seguro.
- Determinación de la invalidez total y permanente: Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la ASEGURADORA los antecedentes que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la ASEGURADORA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

BENEFICIARIO: Es el CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA.

EXCLUSIONES

- a) Abuso de alcohol o de drogas.
- b) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- c) Según lo indicado en la presente Solicitud / Certificado.

SOLICITUD DE COBERTURA

El ASEGURADO o sus representantes legales deberán hacer de conocimiento por escrito a LA ASEGURADORA la existencia de la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad; obligándose a suministrar las pruebas correspondientes facilitando cualquier elemento de comprobación, así como prestar las facilidades, de ser necesario, para la realización de exámenes médicos que serán practicados por los médicos que LA ASEGURADORA designe.

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO
- Dictamen de Invalidez emitidos por la Comisión Médica de Essalud o el Ministerio de Salud (MINSA) o EPS o la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas o Policiales si corresponde.
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada de todos los centros médicos donde atendió antes y durante la enfermedad que generó la Invalidez Permanente Total.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO este documento debe ser entregado por el CONTRATANTE.

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.

INFORMACION ADICIONAL

- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por el y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, podría acarrear la Nulidad del presente Contrato de Seguro.
- La emisión de la presente Solicitud – Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto éste haya proporcionado información veraz.

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 Banca-Seguros 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.

La Aseguradora, a través de su portal web, pone a disposición del Contratante y Asegurado la totalidad de las condiciones de esta Póliza. Por lo que el Asegurado firma la presente Solicitud – Certificado de Seguro, en señal de haber tomado conocimiento de la totalidad de las condiciones de esta Póliza, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's y del portal web de La Aseguradora, encontrándose conforme con dichas condiciones.

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

El Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la póliza, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.

En caso el Asegurado no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

RESUMEN SEGURO DE DESGRAVAMEN

A. INFORMACIÓN GENERAL

1. Datos de la empresa aseguradora: **RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS**

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.
Telf. 411-3000
- **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. America Oeste N° 750 Locales A-1004 y
A-1006 – Mall Aventura Plaza, Urbanización
El Ingenio, provincia de Trujillo, departamento
de La Libertad. 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

Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-3000
Central de Emergencias y Asistencias Lima: (01) 411-1111 Provincias: 0-800-4-1111
Correo Electrónico:

reclamos@rimac.com.pe

Página Web: www.rimac.com

2. Denominación del Producto: **SEGURO DE DESGRAVAMEN**

3. Lugar y Forma de Pago de la Prima:

Mensualmente todas las primas deberán pagarse por intermedio de la Entidad Financiera a la ASEGURADORA, sin necesidad de requerimiento previo.

4. Medio y plazos establecidos para el aviso del siniestro:

Se encuentra detallado en la Sección "Aviso de Siniestro" de la presente Solicitud – Certificado de Seguro.

5. Lugares autorizados por la Aseguradora para solicitar la cobertura del seguro:

Plataformas de Atención al cliente listadas en el punto 1 de este resumen. En el caso de los seguros colectivos o grupales, la misma documentación también podrá ser entregada en las oficinas de la ENTIDAD FINANCIERA que otorgó el crédito al ASEGURADO.

6. 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. (Punto 1 de este resumen).

Escrito: Mediante carta dirigida a Rimac Seguros o a través de la página web o correo electrónico. (Punto 1 de este resumen).

7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias:

Defensoría del Asegurado:

www.defaseq.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) 428-0555

8. 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.

B. INFORMACIÓN DE LA POLIZA DE SEGURO

1. Riesgos Cubiertos:

Fallecimiento

El detalle de los Riesgos cubiertos se encuentra en la sección “Coberturas (Riesgos cubiertos) y Sumas Aseguradas” de la presente Solicitud Certificado de Seguro.

2. Principales Exclusiones:

- i. Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro de Vida Desgravamen.
- ii. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos (incluye la falta tipificada en el reglamento de tránsito); duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.

La totalidad de las Exclusiones se encuentra en la sección “Exclusiones” de la presente Solicitud - Certificado de Seguro.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia:

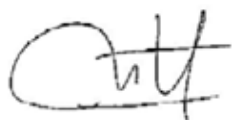
Se encuentran detallados en la Sección “Edades del Asegurado” de la presente Solicitud-Certificado de Seguro.

4. **Derecho del CONTRATANTE de resolver el contrato sin expresión de causa:**
Se encuentra detallado en la Sección “Derecho de resolver el Certificado de Seguro sin expresión de causa por parte del Contratante” de la presente Solicitud – Certificado de Seguro.
5. **Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las Modificaciones de las Condiciones Contractuales propuestas por la Aseguradora durante la vigencia del contrato:**
Se encuentra detallado en la sección “Cambio de condiciones contractuales durante la vigencia de la póliza de seguro” de la presente Solicitud – Certificado de Seguro.
6. **Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro:**
Se encuentra detallado en la Sección “Aviso de Siniestro, Solicitud de Cobertura y Pago de Siniestro” de la presente Solicitud – Certificado de Seguro.

Lugar y fecha de emisión: _____, _____ de _____ de _____

Ley 29733-Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:

Al firmar este documento doy mi consentimiento a Rimac 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 Rimac y/o terceros con los que ésta tenga una relación contractual (entre ellos, BANCO BBVA PERU). Tengo conocimiento que de no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de Rimac Seguros y Reaseguros y que como titular de la información estoy facultado a ejercer los derechos que la Ley N° 29733 me confiere, mediante comunicación dirigida a Rímac Seguros y Reaseguros.



RODRIGO GONZALEZ MUÑOZ
Vicepresidente
División Seguros Personales
Rímac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2



**HOJA RESUMEN INFORMATIVA TARJETAS DE CRÉDITO EMPRESARIAL
CAPITAL DE TRABAJO**

Solicitud de Afiliación N° _____

TARIFAS (*)			
	EMPRESARIAL CAPITAL DE TRABAJO		DETALLES
	S/	US\$	
Interés por Financiamiento			
<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de interés compensatoria TEA fija para compras - Tasa de interés compensatoria TEA fija para disposiciones de efectivo - Tasa de interés compensatoria TEA fija para subrogación de deuda - TCEA (1) para compras, disposición de efectivo y subrogación de deuda 	<p align="center">12.00% - 35.00%</p> <p align="center">12.00% - 35.00%</p> <p align="center">12.00% - 35.00%</p> <p align="center">45.11% - 70.44%</p>	<p align="center">12.00% - 35.00%</p> <p align="center">12.00% - 35.00%</p> <p align="center">12.00% - 35.00%</p> <p align="center">47.96% - 73.49%</p>	<p>TEA: Tasa de Interés Efectiva Anual (Base 360 días)</p> <p>TCEA: Tasa de Costo Efectiva Anual (Base 360 días)</p>
COMISIONES			
Membresía			
- Membresía anual	80.00	25.00	Cobro efectuado por tarjeta y se cobra desde el primer año de la vigencia de la tarjeta.
Servicios asociados a la Tarjeta de Crédito			
- Envío físico de Estado de Cuenta	9.00	3.00	Cobro efectuado por contrato de manera mensual.
- Evaluación de Póliza de Seguro Endosada	\$50.00 (2)	\$50.00	Por póliza. Así como control de vencimientos y renovaciones de póliza presentadas por el cliente.
Uso de Canales			
- Uso de cajero automático Otros Bancos	20.00	7.20	Aplica cuando se usa la tarjeta para efectos de retirar dinero en efectivo en cajeros automáticos (ATM) de otros bancos nacionales o extranjeros.
Entrega de tarjetas adicionales a solicitud			
- Reposición de Tarjeta de Crédito	20.00	7.20	Efectuado a la reposición del plástico por pérdida, robo, deterioro u olvido de clave.
GASTOS			
Honorarios Profesionales (Aplica a Persona Natural con Negocio y Microempresas)			Aplica en caso de deuda vencida, previo acuerdo formal con Usted.
Honorarios Judiciales (No aplica a Persona Natural con Negocio y Microempresas)			

- Refinanciamiento transaccional, judicial o extrajudicial.	3%	3%	Gasto aplica para deudas con o sin garantía
- Cancelación deuda total con garantía	0-45 días : 13% 46-90 días : 10% 91-180 días : 7% 181 a más : 5%	0-45 días : 13% 46-90 días : 10% 91-180 días : 7% 181 a más : 5%	Gasto aplica cuando la deuda está garantizada y pasa a cobranza judicial. Aplica sobre la deuda impaga, en función a los días transcurridos de la deuda en judicial.
- Cancelación deuda total sin garantía	0-90 días : 15% 91 a más : 12%	0-90 días : 15% 91 a más : 12%	Gasto aplica cuando la deuda no está garantizada y pasa a cobranza judicial. Aplica sobre la deuda impaga, en función a los días transcurridos de la deuda en judicial.
PENALIDAD			
- Penalidad por incumplimiento de pago	0.10% diario Mín. S/ 40.00	0.10% Mín. US\$ 15.00	Porcentaje cobrado desde el primer día de atraso sobre el monto de la cuota vencida
SEGURIDAD			
- Seguro de Desgravamen	0.0583% sobre el saldo insoluto		El saldo insoluto representa el saldo deudor de la tarjeta.
Línea de Crédito Mínima (*)	30,000.00	10,000.00	
Tipo de Garantía (**) (Marca una opción)	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Especifico		
Además de las comisiones indicadas en este documento, Usted declara conocer que existen comisiones por servicios transversales (de aplicación a varios productos o servicios del Banco), que pueden ser cobrados por el Banco. Usted podrá revisar estas comisiones en el Tarifario publicado en las oficinas del Banco o en la página web www.bbva.pe			

- 3) La TCEA es calculada en base TEA correspondiente por un consumo de S/1,000 ó 300 USD en 12 cuotas, considerando para su cálculo el cargo mensual de la comisión por envío físico de estado de cuenta, el seguro de desgravamen y la comisión anual de membresía.
- 4) Al tipo de cambio vigente en la fecha de cobro o cargo de la comisión.

HOJA RESUMEN INFORMATIVA TARJETAS DE CREDITO EMPRESARIAL CAPITAL DE TRABAJO

(*) El Banco, luego de la evaluación respectiva, podrá decidir otorgar o no la Tarjeta de Crédito solicitada por Usted. El monto señalado en la presente Hoja de Resumen Informativa – HRI (definido como Línea de Crédito Mínima o la Línea), es el monto mínimo al que puede acceder Usted. El monto efectivamente aprobado será comunicado al momento de entrega de la tarjeta de crédito y según lo establecido en el contrato. Asimismo, existe la posibilidad que no se otorgue la tarjeta como resultado de la evaluación crediticia.

Orden de imputación de Pagos: Los pagos se efectuarán aplicándose el siguiente orden: a los intereses compensatorios (por los días de atraso de pago), comisión por uso de cajero automático otros bancos nacional y exterior y otras comisiones aplicables, intereses compensatorios de la deuda vigente, comisión de Membresía anual y comisión de envío estado de cuenta, seguro de desgravamen, capital cuotas de la línea y de la línea adicional y moratorios o penalidad por incumplimiento de pago.

Uso: Las tarjetas de Crédito, permiten realizar compras de bienes y/o servicios en establecimientos y obtener efectivo con cargo a la línea de crédito previamente aprobada. Además, le permiten realizar operaciones entre sus cuentas autorizadas a través de nuestros cajeros automáticos. El Banco puede variar (incrementar, disminuir o suprimir) el porcentaje o monto de la disposición en efectivo, comunicándolo en el plazo y a través de cualquiera de los mecanismos establecidos en el Contrato, prestando Usted desde ya su conformidad para ello. Las mismas medidas podrán ser adoptadas en aplicación de Normas Prudenciales dictadas por la SBS.

Vigencia de la línea: La Línea tendrá una vigencia anual y su renovación se efectuará de manera automática, previa evaluación de Usted y los usuarios de tarjetas adicionales. Usted podrá comunicar por escrito y con 30 días de anticipación al vencimiento de la Línea que no desea la renovación de la misma. **Tarjetas adicionales:** Usted podrá solicitar tarjetas adicionales para las personas que designe e indicar límites de consumo menores o iguales al importe de la Línea asignada para cada una. Los consumos efectuados con la tarjeta principal y las adicionales, en su conjunto, no deberán exceder la Línea de crédito aprobada. La aprobación de tarjetas adicionales está sujeta a evaluación. **Bimoneda:** Las compras en el Perú se facturarán en soles (salvo en establecimientos en el Perú que emiten vouchers en dólares como: líneas aéreas, agencias de viaje, tiendas Duty Free, etc) y las compras en el exterior se facturará en dólares. **Cargo automático o pago mensual:** Se realizará por el importe de la cuota del mes indicado en su estado de cuenta.

Sobre la modalidad de pago: Los consumos y disposición de efectivo se fraccionarán en cuotas, el cliente podrá elegir el número de cuotas para cada compra en efectivo que realice. Podrá elegir desde 1 hasta 24 cuotas fijas al momento de realizar la compra o avance, en cualquiera de nuestros cajeros automáticos o en cualquiera de nuestras oficinas, si Usted no eligiera el número de cuotas a financiar el consumo o disposición de efectivo, se fraccionará en 24 cuotas automáticamente. Los consumos o retiros en efectivo menores a S/ 100.1 ó US\$ 30.00 pasarán a financiarse a 1 sola cuota de manera automática.

Pago Cuota del mes: Cada mes cancelará la cuota del mes, capital vencido, intereses vigentes y penalidad, comisiones, gastos y seguros del mes. Si se abonaran importes mayores a la cuota del mes, primero se procederá a cancelar la cuota del mes y luego el monto en exceso se aplicará como prepago. Esto aplica a todas las formas de abonos, incluyendo los abonos que se hagan vía transferencias interbancarias. Para pagos anticipados de cuotas, éstas serán efectuadas por ventanilla.

Fecha de Facturación y Pago: La fecha de facturación será la indicada por Usted en la solicitud, la misma que se aplica a la tarjeta de crédito contratada y a las adicionales que pueda solicitar. La fecha de pago será

en día: 5, 15 ó 25 o el día útil siguiente a la fecha de cierre, en caso de ser sábado, domingo o feriado, dependiendo de la fecha de facturación elegida. Por ejemplo: Fecha 1: Si la fecha de facturación es el día 10, la fecha de pago será el 05 del mes siguiente. Fecha 2: Si la fecha de facturación es el día 20, la fecha de pago será el día 15 del mes siguiente. Fecha 3: Si la fecha de facturación es el día 30. La fecha de pago será el día 25 del mes siguiente.

Usted puede realizar Pagos Anticipados: Usted tiene derecho a efectuar pagos anticipados, en forma total o parcial. Si lo hace, los intereses que el Banco cobra se reducirán proporcionalmente al día de pago y se deducirán las comisiones y gastos que pudieran corresponder a esa fecha.

Si Usted decide realizar un pago anticipado parcial, debe elegir previamente, entre: disminuir el monto de las Cuotas o reducir el plazo del Préstamo, para lo cual se emitirá un nuevo cronograma de pagos en caso Usted lo solicite. Asimismo, Usted podrá pagar su cuota antes del vencimiento (adelanto de cuota) sin que esto signifique que es un pago anticipado. Usted podrá realizar el pago anticipado o el adelanto de cuotas, siempre que, se encuentre al día en el pago de sus cuotas del cronograma.

Cuenta de Cargo Principal y Asociadas: Usted podrá indicar una cuenta en soles y otra en dólares para dar prioridad en el cargo automático según la moneda de la deuda. El otorgamiento de una Tarjeta de Crédito conlleva la apertura o mantenimiento de una cuenta asociada de ahorros o corriente, la cual está sujeta a las condiciones y gastos señalados en el Contrato y en la Cartilla de Información de dicha cuenta.

Clave Secreta: Al recibir su Tarjeta de Crédito, a Usted se le entregará una Clave Secreta, ésta será de uso exclusivo e intransferible para Usted. La misma aplicación se da en caso cuente con tarjeta(s) adicional(es). La Clave Secreta deberá ser cambiada antes de su primer uso en los cajeros automáticos o cualquier otro canal que el Banco disponga y Usted deberá destruir el documento que contiene su clave secreta entregada por el Banco. Importe máximo de retiro diario: En cajeros automáticos es de S/ 3,500.00 o US\$1,000.00.

Obligaciones y Responsabilidades: Usted y/o usuario se obligan a:

- Conservar y utilizar correctamente la tarjeta que se entrega, firmándola en el momento de recibirla.
- Comunicar por escrito cualquier cambio de domicilio, con una anticipación previa de quince días útiles.
- **Extravío, Robo, Hurto o pérdida:** En caso de extravío, robo, hurto o pérdida de la Tarjeta, Usted deberá notificar de inmediato a nuestra Banca por Teléfono al (01) 595-0000, y por escrito al Banco, adjuntando copia certificada de la denuncia ante la autoridad competente.
- **Aviso por Viaje:** Para evitar el bloqueo de su Tarjeta de Crédito, cuando salga de viaje al extranjero, debes comunicarte con nuestra Banca por Teléfono al (01) 595-0000 opción 1, 9 indicando las fechas de viaje y destinos para mantener activa tu tarjeta durante el viaje.

Bloqueo y/o Anulación de la Tarjeta: Además de lo señalado en el Contrato, el Banco podrá bloquear y/o anular las tarjetas en los siguientes casos:

- Si Usted y/o usuarios de las tarjetas mantienen una o más obligaciones vencidas con el Banco.
- Si Usted presenta excesos de línea no pagados.
- Si Usted es declarado insolvente o ingresa a cualquier sistema de concurso de acreedores de reestructuración de pagos.
- Si cualquier obligación crediticia de Usted con el Banco es clasificada en las categorías de Dudosa o Pérdida.
- En los casos de sustracción o extravío de las tarjetas comunicados al Banco.
- Por deuda vencida mayor a 8 días.
- Si el Titular y/o los usuarios de las tarjetas incumplen cualquiera de las obligaciones señaladas en el contrato o en las normas legales que regulan el funcionamiento de las tarjetas de crédito. Los bloqueos se levantan al siguiente día útil de efectuado el pago, el cual incluye los intereses compensatorios y penalidad correspondientes, salvo que el atraso del pago sea mayor a 60 días, quedando sujeto a evaluación del Banco el levantamiento del bloqueo.

Incumplimiento de pago: Genere el reporte correspondiente ante la Central de Riesgo con la calificación que corresponda.

Garantías: Las garantías respaldan el monto total adeudado, los saldos deudores de cuentas corrientes y todas las operaciones de crédito que realice Usted y/o el garante frente al Banco indicadas en el respectivo documento de garantía.

(**) La garantía genérica implica que Usted constituye una garantía a favor del Banco para respaldar cualquier obligación presente o futura que tenga o pudiera tener en el Banco. La garantía específica implica que Usted constituye una garantía en respaldo de obligaciones puntuales.

Fiadores y Avaes: Los fiadores solidarios y/o avalistas respaldan la presente obligación, así como cualquier otra obligación presente o futura, directa o indirecta que Usted haya contraído o asuma con el Banco durante la vigencia de la línea de crédito otorgada. La vigencia de la garantía será indefinida y solo quedará liberada cuando Usted cumpla con todas las obligaciones garantizadas.

Tributos: Todas las operaciones efectuadas con las Tarjetas de Crédito estarán afectas al Impuesto a las Transacciones Financieras (ITF), cuya tasa es de 0.005% del monto de la operación. Este impuesto será cargado en la Cuenta Tarjeta en la fecha en que se efectúe la operación.

- Usted tiene derecho a solicitar una copia de la tasación realizada al bien otorgado en garantía de ser el caso.

Usted declara estar de acuerdo y conforme con la información recibida en este documento, manifestando expresamente que tanto la Hoja Resumen Informativa, la Cartilla Informativa (Fondo de Protección), la relación de comisiones y gastos aplicables en caso el titular de la tarjeta de crédito garantice la línea de crédito concedida y el Contrato de Tarjeta de Crédito le fueron entregados para su lectura, con anterioridad a la firma de estos documentos y se absolvió sus dudas.

FIRMA DEL CLIENTE

BANCO BBVA PERU

pp

Nombre(s)

D.N.I./RUC

Domicilio:

SOLICITUD - CERTIFICADO SEGURO DESGRAVAMEN TARJETA CAPITAL DE TRABAJO BANCO BBVA PERU

Código SBS: VI0507410063 - Soles; VI0507420064 - Dólares

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza N°: 6485410 Soles

Póliza N°: 6485411 Dólares Americanos

Certificado N°: _____

ASEGURADO: Los Asegurados son los que han suscrito el Contrato de Tarjeta Capital Trabajo con el BANCO BBVA PERU.

- 3) En el caso de Persona Natural con Negocio: El titular del negocio y su cónyuge. Máximo dos (02) Asegurados;
- 4) En el caso de Persona Jurídica: El (los) Socio(s) o accionista(s) principal(es) de la Persona Jurídica (cliente del Contratante). Como máximo se podrán asegurar dos (02) socios o accionistas en la Póliza.

PRIMA:

Tasas por ciento	Aplicable a cada Asegurado
Tasa Comercial Total	0.0494
Tasa Comercial Total + IGV (en caso corresponda)	0.0583

Tasa Neta: 0.048 por ciento.

PRIMA COMERCIAL: Es mensual y se calcula al multiplicar la tasa Comercial Total + IGV por el Saldo Insoluto de la deuda otorgada en virtud del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo.

TIPO DE CAMBIO REFERENCIAL: S/ 2.90. En caso que la prima comercial sea pactada en Dólares, se aplicará el tipo de cambio de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP vigente del día en que se realice el pago.

DATOS DE LA ASEGURADORA, en adelante 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

DATOS DEL CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA

Razón Social: BANCO BBVA

PERU

RUC: 20100130204

Dirección: Av. República de Panamá N° 3050 – San Isidro

Teléfono: 209-1000

Página web: www.bbva.pe

DATOS DEL ASEGURADO 1 (En caso de Persona Natural con Negocio es el Titular). Relación con el CONTRATANTE: Económica

Nombre: Tipo y N° de Documento:
Fecha de Nacimiento: Sexo:
Dirección: Teléfono:
Correo Electrónico:

Relación con el Contratante: Económica

DATOS DEL ASEGURADO 2. Relación con el CONTRATANTE: Económica

Nombre: Tipo y N° de Documento:
Fecha de Nacimiento: Sexo:
Dirección: Teléfono:
Correo Electrónico:

Relación con el Contratante: Económica

DATOS DEL BENEFICIARIO: Es el CONTRATANTE. Relación con el Asegurado: Económica

INTERES ASEGURADO: Cancelación de la suma asegurada en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.

COBERTURAS (RIESGOS CUBIERTOS) Y SUMAS ASEGURADAS

A. FALLECIMIENTO: Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado como EXCLUSIONES en la presente Solicitud / Certificado.

El Seguro de Desgravamen del contrato de Tarjeta Capital de Trabajo cubre el Saldo Insoluto del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo a la fecha de fallecimiento del ASEGURADO o su Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad. En el caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad se considerará la fecha de configuración del siniestro, a la fecha del Dictamen de Invalidez. En el caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se considera la fecha de ocurrencia del accidente.

IMPORTANTE:

- La suma asegurada se pagará en Dólares Americanos o Soles según la moneda del crédito otorgado por la ENTIDAD FINANCIERA. Se considerará el Tipo de Cambio que se encuentre vigente el día en que se realice el pago de la cobertura.
- El Seguro de Desgravamen no aplica deducibles, franquicias y similares a cargo del ASEGURADO y/o el CONTRATANTE.
- El seguro de Desgravamen no cubre intereses o recargos financieros de ningún tipo.
- En caso el seguro considere adicionalmente las coberturas de Invalidez total y permanente por enfermedad e Invalidez total y permanente por accidente, se deberá considerar que las coberturas de Fallecimiento, Invalidez total y permanente por enfermedad e Invalidez total y permanente por accidente son excluyentes entre sí.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO:

SUMA ASEGURADA MÁXIMA: Hasta S/ 150,000 ó USD 54,000 por Asegurado.

Se deja constancia que el ASEGURADO no podrá contratar la presente Póliza, en varias oportunidades, de manera tal que la suma asegurada de las mismas (en conjunto) superen el importe total de US\$ 1,000,000.00 (Un Millón y 00/100 Dólares Americanos). En caso que el ASEGURADO, contrate varias Pólizas de Seguro, por la cantidad de créditos que mantenga frente a la ENTIDAD FINANCIERA, la responsabilidad de la ASEGURADORA para otorgar las coberturas de fallecimiento e invalidez total y permanente de la totalidad de los seguros, es hasta el límite máximo descrito precedentemente por ASEGURADO. Por tanto, en caso que la suma total a indemnizar supere el importe antes indicado, LA ASEGURADORA procederá a devolver las primas en forma proporcional al importe que no será reconocido.

En caso que a alguno de los ASEGURADOS se les diagnostique: Infarto agudo de miocardio, evento cerebro vascular, insuficiencia renal crónica y cáncer terminal; y se produzca su fallecimiento como consecuencia de la enfermedad diagnosticada; la ASEGURADORA solo pagará el saldo insoluto calculado a la fecha en que se produzca el deceso del ASEGURADO o el promedio mensual de los gastos (gastos regulares) de los últimos tres meses previos al diagnóstico, lo que resulte menor. En caso de siniestro, se deberán presentar a la ASEGURADORA los últimos tres estados de cuenta previos al diagnóstico.

En caso que se produzca el fallecimiento o invalidez total y permanente de uno de los Asegurados bajo la presente Póliza, sólo se tomará en cuenta la línea de crédito utilizada con anterioridad a la fecha del siniestro. No se computará, para efectos del cálculo de la indemnización, la línea de crédito consumida con posterioridad a la fecha del siniestro del Asegurado.

ASEGURADO: Podrán ser:

- 3) En el caso de Persona Natural con Negocio: El titular del negocio y su cónyuge. Máximo dos (02) Asegurados;
- 4) En el caso de Persona Jurídica: El (los) Socio(s) o accionista(s) principal(es) de la Persona Jurídica (cliente del Contratante). Como máximo se podrán asegurar dos (02) socios o accionistas en la Póliza.

En ambos casos (sea Persona Natural con Negocio o Persona Jurídica), los Asegurados deberán haber suscrito el Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo con el BANCO BBVA PERU.

IMPORTANTE:

1. El presente Seguro no otorga cobertura a los poseedores, portadores, y/o usuarios de las Tarjetas que se hayan emitido con motivo de la línea del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo. Sólo se otorgarán las coberturas a las personas designadas en el presente Certificado de Seguro, las mismas que han sido tomadas de la Sección "Socios/Accionistas/Directorio/Gerencia/Ejecutivos principales de la Empresa" del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo suscrito con el BANCO BBVA PERU.
2. Cada Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo con el BANCO BBVA PERU podrá tener un máximo de dos (02) Asegurados y cada uno debe pagar la misma prima.
3. No se podrán modificar a las personas nombradas como Asegurados en el presente Certificado de Seguro. Cualquier cambio de Asegurados requerirá la suscripción de un nuevo Seguro de Desgravamen de Tarjeta Capital de Trabajo.
4. Condiciones adicionales aplicables en caso se asegure la vida de dos (02) Asegurados:

4.1 Ante el fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad de alguno de los Asegurados, y en tanto el siniestro no esté excluido bajo la presente Póliza, la ASEGURADORA indemnizará el 50% del Saldo Insoluto del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo al momento de ocurrido el siniestro. No será causal de terminación de contrato, para el caso de Personas Jurídicas, el hecho que se produzca el fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad de alguno de los Asegurados ya que el otro Asegurado podrá mantener su cobertura bajo la póliza original, siempre que cumpla con estar al día en sus pagos y con las condiciones de la presente Solicitud / Certificado de seguro. En el caso que el titular de la Persona Natural con Negocio fallezca o que se declare su invalidez total y permanente, el Contrato terminará; sin embargo, si es el cónyuge asegurado el que fallece o se declare su invalidez total y permanente, el Contrato se mantendrá vigente, en tanto el titular de la Persona Natural con Negocio podrá mantener su cobertura bajo la póliza original, siempre que cumpla con estar al día en sus pagos y con las condiciones de la presente Solicitud / Certificado de seguro.

4.2 No obstante, será causal de terminación de contrato, la decisión unilateral de alguno de los Asegurados, o que se excluya a alguno de ellos por cumplir la edad límite de permanencia en la póliza.

EDADES DEL ASEGURADO:

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

La edad máxima de ingreso para todos los Asegurados es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 79 años y 364 días.

Se deja constancia que, en caso que el ASEGURADO sea incorporado como tal en la Póliza de Seguro, mediante la emisión del Certificado de Seguro correspondiente, una vez superada la edad máxima de ingreso para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, la presente Póliza solo brindará la cobertura de Fallecimiento, conforme a los términos y condiciones establecidas para la misma.

FALLECIMIENTO A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES (PREEXISTENCIAS):

Cualquier lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración del estado de salud del ASEGURADO, diagnosticadas por un profesional médico o conocidas por el Contratante o ASEGURADO, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y que como consecuencia de esta lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración del estado de salud, se produzca la muerte (en sus dos modalidades) o invalidez total y permanente (en sus dos modalidades) del ASEGURADO. Es obligación del ASEGURADO declarar las preexistencias.

La póliza de Desgravamen no cubre ningún riesgo cubierto que se produzca a consecuencia de una enfermedad preexistente del ASEGURADO.

VIGENCIA DEL SEGURO:

La cobertura del Seguro de Desgravamen de Tarjeta Capital de Trabajo se inicia desde el momento de activación y uso de la línea del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo, extendiéndose hasta la cancelación / anulación del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo, siendo requisito que el Asegurado se encuentre en todo momento al día en sus pagos de prima.

Esta póliza NO se renueva automáticamente.

Se debe tener en cuenta que ningún siniestro producido con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrá cobertura bajo la presente Póliza de Seguro. Asimismo, no tendrán cobertura los siniestros a consecuencia de un accidente ocurrido antes del inicio de vigencia del seguro. En caso que el diagnóstico de la enfermedad que cause la muerte del Asegurado se determine con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la presente Póliza de Seguro, tampoco tendrá cobertura, sin perjuicio de que el siniestro se haya producido dentro del periodo de vigencia.

CONDICIÓN ESPECIAL:

Si bien EL ASEGURADO o en su caso el beneficiario, es el responsable de proporcionar toda la documentación e información necesarias en caso de solicitud de cobertura, con la suscripción del presente documento, EL ASEGURADO brinda su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que la ASEGURADORA y/o la ENTIDAD FINANCIERA, esta última en su calidad de Beneficiario de la Póliza de Seguro y solo con la finalidad de gestionar la solicitud de cobertura, pueda solicitar a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, la exhibición y entrega de su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en poder de éstos, autorizando desde ya a dichos establecimientos de salud a la entrega de su información.

EXCLUSIONES: Las siguientes exclusiones aplican a todas las coberturas de la presente Póliza de seguro (fallecimiento, invalidez total y permanente por accidente e invalidez total y permanente por

enfermedad). La ASEGURADORA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el siniestro del (os) ASEGURADO (s) ocurra en las siguientes circunstancias:

- i) Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro de Vida Desgravamen.
- j) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- k) Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- l) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- m) Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- n) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras, de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos.
- o) Realización de alguna de las siguientes actividades o deportes riesgosos: inmersión submarina, artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras.
- p) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- k) Los accidentes o fallecimiento que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentra bajo influencia de drogas (sin importar su grado de presencia en la sangre) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) siempre que el accidente sea consecuencia directa de estos estados y esta situación sea acto generador del siniestro. Para efectos de esta exclusión, siempre y cuando el siniestro se haya producido como consecuencia de un accidente de tránsito y que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o drogas, si el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- l) Enfermedades pre-existentes y/o enfermedades infecto contagiosas con características de plagas o epidemias que sean materia de aislamiento o cuarentena, a la fecha de inicio de seguro.

DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES: No aplican

LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA: En cualquier oficina del BANCO BBVA PERU.

FORMA DE PAGO: En efectivo o transferencia bancaria.

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago, señalado en el Convenio de Pago, origina la suspensión de la cobertura otorgada por esta Póliza 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 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 automática de la cobertura.

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 ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO 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 (31) días contados a partir del día en que el ASEGURADO recibe una comunicación por escrito 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 de 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 presente 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 resolver el Certificado de Seguro y que el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá optar por rehabilitar la cobertura de dicho Certificado de Seguro, previo pago de la totalidad de las Primas impagas, los respectivos intereses moratorios. **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 cobertura suspendido.**

DERECHO 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, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Certificado de Seguro. 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.

Asimismo, tener en cuenta que EL CONTRATANTE podrá resolver la Póliza de Seguro sin expresión de causa, conforme a lo establecido en el numeral 7.1 de las Condiciones Generales de la Póliza.

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 a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro 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.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo 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:

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 la presente Solicitud / Certificado) los siguientes documentos en original o en copia legalizada salvo que se indique lo contrario. Adicionalmente, los documentos podrán entregarse al CONTRATANTE. (Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).

FALLECIMIENTO:

- Acta de defunción del ASEGURADO.
- Certificado de defunción del ASEGURADO.
- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO fallecido (en caso se cuente con dicho documento).
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada del ASEGURADO.
- Estado de cuenta y liquidación del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO este documento debe ser entregado por el CONTRATANTE.

En caso el fallecimiento sea a consecuencia de un accidente, se deberán presentar todos estos documentos adicionales a los detallados en caso de Fallecimiento.

- Atestado policial completo o diligencias fiscales, según corresponda en caso de haberse realizado.
- Protocolo de Necropsia completo en caso de haberse realizado.
- Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas en caso de haberse realizado.
- Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito en caso de haberse realizado.

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.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo. **(Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).**

PAGO DE SINIESTRO: (Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).

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 o 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 sobre la procedencia 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 presente 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 o BENEFICIARIO o HEREDERO 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 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 o 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 o 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.

CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

- Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:
- Para la cobertura de invalidez total y permanente por accidente:
La edad máxima de ingreso para todos los asegurados es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 74 años y 364 días.

RIESGOS CUBIERTOS Y COBERTURA DEL SEGURO

- Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Accidente, el hecho que el ASEGURADO antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual (no se considera factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Accidente. Se considerará configurada la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente cuando se presenten las situaciones previstas: (a) Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, (b) Lesión incurable de la médula espinal que determinase la invalidez total y permanente, (c) Pérdida total de la visión bilateral, (d) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de los dos brazos o de ambas manos, (e) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de las dos piernas o de ambos pies, (f) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna y (g) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.
- Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionados. La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en los literales “a al g”, constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del ASEGURADO ni otros factores complementarios utilizados por comisiones médicas específicas del Sistema Privado de Pensiones.
- En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se considera la fecha de ocurrencia.
- Se debe tener en cuenta que ningún siniestro producido porque se haya configurado la Invalidez Total y Permanente por accidente con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia, tendrá cobertura bajo la presente Póliza de Seguro de Desgravamen. Asimismo, no tendrán cobertura los siniestros a consecuencia de un accidente ocurrido antes del inicio de vigencia del seguro.
- Determinación de la invalidez total y permanente: Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la ASEGURADORA los antecedentes que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la ASEGURADORA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

BENEFICIARIO: Es el CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA

EXCLUSIONES: Según lo indicado en la presente Solicitud / Certificado.

SOLICITUD DE COBERTURA

El ASEGURADO o sus representantes legales deberán hacer de conocimiento por escrito a LA ASEGURADORA la existencia de la Invalidez Total y Permanente por Accidente; obligándose a suministrar las pruebas correspondientes facilitando cualquier elemento de comprobación, así como prestar las facilidades, de ser necesario, para la realización de exámenes médicos que serán practicados por los médicos que LA ASEGURADORA designe.

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO
- Historia Clínica foliada y fedateada de todos los centros médicos de atención a consecuencia del accidente que generó la Invalidez Permanente Total e Informes Médicos sobre atenciones y/o tratamientos relacionados al accidente y estado de Invalidez.
- Atestado policial o diligencias fiscales según corresponda, Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas y el Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO este documento debe ser entregado por el CONTRATANTE.

CONDICIONES DE LA COBERTURA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

- Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:
- Para la cobertura de invalidez total y permanente por enfermedad:
La edad máxima de ingreso para todos los asegurados es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 74 años y 364 días.

RIESGOS CUBIERTOS Y COBERTURA DEL SEGURO

- Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Enfermedad, el hecho que el ASEGURADO antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual (no se considera factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.
- En el caso de Invalidez Total y Permanente por enfermedad se considerará la fecha de configuración del Dictamen de Invalidez solicitado como documento en caso de siniestros.
- Se debe tener en cuenta que ningún siniestro producido porque se haya configurado la Invalidez Total y Permanente por enfermedad con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia, tendrá cobertura bajo la presente Póliza de Seguro de Desgravamen. Asimismo, no tendrán cobertura los siniestros a consecuencia de un accidente ocurrido antes del inicio de vigencia del seguro.
- Determinación de la invalidez total y permanente: Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la ASEGURADORA los antecedentes que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la ASEGURADORA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

BENEFICIARIO: Es el CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA.

EXCLUSIONES

- d) Abuso de alcohol o de drogas.
- e) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- f) Según lo indicado en la presente Solicitud / Certificado.

SOLICITUD DE COBERTURA

El ASEGURADO o sus representantes legales deberán hacer de conocimiento por escrito a LA ASEGURADORA la existencia de la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad; obligándose a suministrar las pruebas correspondientes facilitando cualquier elemento de comprobación, así como prestar las facilidades, de ser necesario, para la realización de exámenes médicos que serán practicados por los médicos que LA ASEGURADORA designe.

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO
- Dictamen de Invalidez emitidos por la Comisión Médica de Essalud o el Ministerio de Salud (MINSA) o EPS o la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas o Policiales si corresponde.
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada de todos los centros médicos donde atendió antes y durante la enfermedad que generó la Invalidez Permanente Total.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO este documento debe ser entregado por el CONTRATANTE.

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.

INFORMACION ADICIONAL

- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por el y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, podría acarrear la Nulidad del presente Contrato de Seguro.
- La emisión de la presente Solicitud – Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto éste haya proporcionado información veraz.

En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:

- v. 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.
- vi. La Aseguradora es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Banca-Seguros 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.
- vii. 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.
- viii. Los pagos efectuados por los Contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a La Aseguradora.

La Aseguradora, a través de su portal web, pone a disposición del Contratante y Asegurado la totalidad de las condiciones de esta Póliza. Por lo que el Asegurado firma la presente Solicitud – Certificado de Seguro, en señal de haber tomado conocimiento de la totalidad de las condiciones de esta Póliza, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's y del portal web de La Aseguradora, encontrándose conforme con dichas condiciones.

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

El Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la póliza, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.

En caso el Asegurado no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

RESUMEN SEGURO DE DESGRAVAMEN

C. INFORMACIÓN GENERAL

1. Datos de la empresa aseguradora: **RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS**

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.
Telf. 411-3000
- **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. America Oeste N° 750 Locales A-1004 y
A-1006 – Mall Aventura Plaza, Urbanización
El Ingenio, provincia de Trujillo, departamento
de La Libertad. 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

Central de Consultas y Reclamos:

(01) 411-3000

Central de Emergencias y Asistencias

Lima: (01) 411-1111 Provincias: 0-800-4-1111

Correo Electrónico:

reclamos@rimac.com.pe

Página Web:

www.rimac.com

2. Denominación del Producto: **SEGURO DE DESGRAVAMEN**

3. Lugar y Forma de Pago de la Prima:

Mensualmente todas las primas deberán pagarse por intermedio de la Entidad Financiera a la ASEGURADORA, sin necesidad de requerimiento previo.

4. Medio y plazos establecidos para el aviso del siniestro:

Se encuentra detallado en la Sección "Aviso de Siniestro" de la presente Solicitud – Certificado de Seguro.

5. Lugares autorizados por la Aseguradora para solicitar la cobertura del seguro:

Plataformas de Atención al cliente listadas en el punto 1 de este resumen. En el caso de los seguros colectivos o grupales, la misma documentación también podrá ser entregada en las oficinas de la ENTIDAD FINANCIERA que otorgó el crédito al ASEGURADO.

6. 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. (Punto 1 de este resumen).

Escrito: Mediante carta dirigida a Rimac Seguros o a través de la página web o correo electrónico. (Punto 1 de este resumen).

7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias:

Defensoría del Asegurado:

www.defaseq.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) 428-0555

8. 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.

D. INFORMACIÓN DE LA POLIZA DE SEGURO

1. Riesgos Cubiertos:

Fallecimiento

El detalle de los Riesgos cubiertos se encuentra en la sección “Coberturas (Riesgos cubiertos) y Sumas Aseguradas” de la presente Solicitud Certificado de Seguro.

2. Principales Exclusiones:

- i. Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro de Vida Desgravamen.
- ii. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos (incluye la falta tipificada en el reglamento de tránsito); duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.

La totalidad de las Exclusiones se encuentra en la sección “Exclusiones” de la presente Solicitud - Certificado de Seguro.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia:

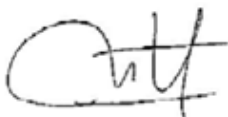
Se encuentran detallados en la Sección “Edades del Asegurado” de la presente Solicitud-Certificado de Seguro.

4. **Derecho del CONTRATANTE de resolver el contrato sin expresión de causa:**
Se encuentra detallado en la Sección “Derecho de resolver el Certificado de Seguro sin expresión de causa por parte del Contratante” de la presente Solicitud – Certificado de Seguro.
5. **Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las Modificaciones de las Condiciones Contractuales propuestas por la Aseguradora durante la vigencia del contrato:**
Se encuentra detallado en la sección “Cambio de condiciones contractuales durante la vigencia de la póliza de seguro” de la presente Solicitud – Certificado de Seguro.
6. **Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro:**
Se encuentra detallado en la Sección “Aviso de Siniestro, Solicitud de Cobertura y Pago de Siniestro” de la presente Solicitud – Certificado de Seguro.

Lugar y fecha de emisión: _____, _____ de _____ de _____

Ley 29733-Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:

Al firmar este documento doy mi consentimiento a Rimac 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 Rimac y/o terceros con los que ésta tenga una relación contractual (entre ellos, BANCO BBVA PERU). Tengo conocimiento que de no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de Rimac 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.



RODRIGO GONZALEZ MUÑOZ

Vicepresidente

División Seguros Personales
Rímac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2