

HOJA RESUMEN INFORMATIVA TARJETAS DE CREDITO EMPRESARIAL CAPITAL DE TRABAJO

Solicitud de Afiliación N° _____

	TARIFAS (*)		DETALLES
	EMPRESARIAL CAPITAL DE TRABAJO S/.	US\$	
Intereses 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%	0.10%	Aplica de manera diaria sobre el importe de la cuota vencida, mínimo S/.40 o \$15 desde el primer día de atraso.
SEGUROS			
- Seguro de Desgravamen	0.0583% sobre el saldo insoluto		El saldo insoluto representa el saldo deudor de la tarjeta.
Línea de Crédito Mínima (*)	20,000.00	6,000.00	
Tipo de Garantía (**) (Marca una opción)	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Específico		
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.bbvacontinental.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 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.

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 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.

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 o avance en efectivo que realice. Podrá elegir desde 1 hasta 12 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 12 cuotas automáticamente. Los consumos o retiros de efectivo menores a S/. 50.00 ó US\$20.00 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.

Derecho de pago anticipado o prepago: Usted tiene derecho a efectuar pagos anticipados o prepagos en forma total y parcial con el correspondiente cálculo de intereses a la fecha en la que Usted realice el pago, el cual se aplicará en primer lugar a los intereses corridos a la fecha de pago y luego al capital de las operaciones registradas con mayor tasa de interés y luego aquellas las de mayor número de cuotas pendientes de pago. Este derecho no genera comisiones, gastos o penalidades de algún tipo o cobros de naturaleza o efectos similar. El pago de la deuda genera la liberación de la línea. Dicha liberación aplica para la tarjeta y adicionales que no tengan límites de uso de línea.

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/ 1,900.00 o US\$550.00.

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)5950000 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.
- 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: Genera 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 Avals: 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 absolvieron sus dudas.

FIRMA DEL CLIENTE

Nombre(s)

D.N.I./RUC

Domicilio:

BBVA CONTINENTAL

p.p.

SOLICITUD - CERTIFICADO SEGURO DESGRAVAMEN TARJETA CAPITAL DE TRABAJO BBVA CONTINENTAL

Código SBS: VI0507410063 - Soles; VI0507420064 - Dólares

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza N°: 6485410 Nuevos Soles

Póliza N°: 6485411 Dólares Americanos

Certificado N°: _____

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

- 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.

Forma de pago de la prima: mensual

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 COMPAÑÍA

Aseguradora: Rímac 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: BBVA CONTINENTAL
RUC: 20100130204
Dirección: Av. República de Panamá 3055, San Isidro, Lima.
Teléfono: 211-1000
Correo electrónico:

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

INTERÉS ASEGURADO: La vida del(los) Asegurado(s).

RIESGOS CUBIERTOS Y COBERTURA DEL SEGURO

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 Nuevos 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 Compañía 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 COMPAÑÍA 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: Los Asegurados son los que han suscrito el Contrato de Tarjeta Capital Trabajo con el BBVA Continental.

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.

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 definidas como Asegurado(s) 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 BBVA Continental.**
- 2. Cada Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo con el BBVA Continental podrá tener un máximo de dos (02) Asegurados y cada uno debe pagar la misma prima.**
- 3. No se podrán modificar a las personas definidas como Asegurados en el presente Certificado de Seguro, las mismas que suscribieron el Contrato de Tarjeta Capital Trabajo con el BBVA Continental desde el inicio de vigencia de la presente póliza. Cualquier cambio de Asegurados requerirá la suscripción de un nuevo Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo y 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 COMPAÑÍA 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: 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.

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 o cancelación del monto total de la deuda o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero, 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.

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)

- 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.
- b) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos (incluye la faltas tipificadas en el reglamento de tránsito); 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) Viajes aéreos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- 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 las siguientes actividades o deportes riesgosos: 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) Cuando el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gr/lt. a más), drogas, o sonambulismo y esta situación sea acto generador del siniestro.
- 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 BBVA Continental.

FORMA DE PAGO: En efectivo o transferencia bancaria.

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática 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 vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro.

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

En caso que la presente Póliza contemple el Derecho de Reducción, y este sea ejercido, la suspensión de cobertura no procederá en caso hayan transcurrido dos (02) años o menos, según se haya pactado en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro.

RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

LA ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

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 Contrato 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 la Póliza.

REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA

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

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

Para estos fines, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza o en el certificado de seguro según corresponda.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

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

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 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 en el siguiente punto 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. Adicionalmente, los documentos podrán entregarse al CONTRATANTE. (Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).

FALLECIMIENTO:

- Acta de defunción.
- Certificado de defunción.
- Copia del documento de identidad del ASEGURADO fallecido.
- 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.
- Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo firmado por el ASEGURADO.

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.**
- **Protocolo de Necropsia completo.**
- **Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas.**
- **Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito.**

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, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

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

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

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

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

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

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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 del accidente como fecha de configuración del siniestro.

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.

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 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.
- ° Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo firmado por el ASEGURADO.

**CONDICIONES DE LA COBERTURA
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD**

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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 como la fecha de configuración del siniestro a la fecha 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.

BENEFICIARIO: Es el CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA.

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

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 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 se 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.
- Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo firmado por el ASEGURADO.

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.
INFORMACIÓN 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 ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.

- La Aseguradora comunicará al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de presentada la presente Solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional dentro de dicho plazo. Por lo que, en caso La Aseguradora solicite información adicional, el Asegurado se compromete a facilitar a La Aseguradora el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, dispensándolos de la reserva de la información del acto médico, en el momento que lo requiera La Aseguradora.
- Por lo anterior, mientras La Aseguradora solicite información adicional la presente Póliza se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. Por lo cual, presentada la información adicional por el Asegurado, La Aseguradora comunicará al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario siguientes, si ésta ha sido rechazada, salvo que requiera de información adicional dentro de dicho plazo, pues la información anteriormente entregada no estuvo completa. Por lo que, el Asegurado reconoce que la presente Solicitud de Seguro, incluyendo la Declaración Personal de Salud en caso corresponda, es válida hasta por noventa (90) días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional.
- La Aseguradora deberá entregar la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud. En caso se haya entregado la Póliza al Contratante, y el Asegurado sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza a La Aseguradora, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.
- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.
- La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Aseguradora, la aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto hubieran proporcionado información veraz.
- El Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la presente Póliza, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento. Instrucciones de uso del correo electrónico:
 - I) En caso el Asegurado no pueda abrir o leer los archivos adjuntos o modifique / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000; y,
 - II) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.
- **En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:**
 - i) La ASEGURADORA es responsable frente al Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
 - ii) La ASEGURADORA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
 - iii) Las comunicaciones cursadas por los 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 Asegurados, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a La Aseguradora.

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

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

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

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora. Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión y entrega del presente Certificado, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el Asegurado en los términos estipulados por la Aseguradora, en tanto el Asegurado hubiera proporcionado información veraz.

El Asegurado suscribe el presente Certificado, en señal de haber tomado conocimiento, recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

**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. Av. América 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 plazo establecidos para el aviso del siniestro:

El medio y plazo se encuentran detallados en el Artículo 25 del Capítulo II de las Condiciones Generales de Contratación.

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 en las modalidades que se detallan 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 Rímac 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.defaseg.com.pe
Lima:(01) 446-9158
Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima

Indecopi : www.indecopi.gob.pe
Lima: (01) 224-7777
Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040
SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104,
San Borja, Lima.
SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988,
Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS) : www.sbs.gob.pe
LIMA: Los Laureles 214, San Isidro
Teléfono (511) 630-9000
Fax: (511) 630-9239
AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma
PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau

**Consultas y Denuncias: 0800-10840 |
(511) 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 se encuentra en el Artículo N° 23 del Condicionado General.

2. Principales Exclusiones:

1. Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro, o desde la última rehabilitación o desde el aumento del Capital Asegurado. En este último caso dicho plazo se considera solo para el pago del incremento del Capital Asegurado.
2. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos (incluye la faltas tipificadas 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 encuentran señaladas en el Artículo N° 24 del Condicionado General.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia:

Se encuentran detallados en el Artículo 22 del Capítulo II de las Condiciones Generales de Contratación.

4. Derecho de arrepentimiento del CONTRATANTE o ASEGURADO:

Se encuentran detallados en el Artículo 14 del Capítulo I de las Condiciones Generales de Contratación.

5. Derecho del CONTRATANTE de resolver el contrato sin expresión de causa:

Se encuentran detallados en el Artículo 7, literal a) del Capítulo I de las Condiciones Generales de Contratación.

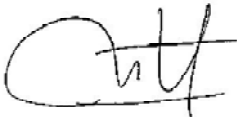
6. Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las Modificaciones de las Condiciones Contractuales propuestas por la Aseguradora durante la vigencia del contrato:

Se encuentran detallados en el Artículo 5, literal c) del Capítulo I de las Condiciones Generales de Contratación.

7. Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro:

Se encuentran detallados en el Artículo 25, numeral 25.2 del Capítulo II de las Condiciones Generales de Contratación.

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



RODRIGO GONZALEZ MUÑOZ
Vicepresidente
División Seguros Personales
Rímac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2

HOJA RESUMEN INFORMATIVA TARJETAS DE CREDITO EMPRESARIAL CAPITAL DE TRABAJO

Solicitud de Afiliación N° _____

TARIFAS (*)			
	EMPRESARIAL CAPITAL DE TRABAJO		DETALLES
	S/.	US\$	
Intereses 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%	0.10%	Aplica de manera diaria sobre el importe de la cuota vencida, mínimo S/.40 o \$15 desde el primer día de atraso.
SEGUROS			
- Seguro de Desgravamen	0.0583% sobre el saldo insoluto		El saldo insoluto representa el saldo deudor de la tarjeta.
Línea de Crédito Mínima (*)	20,000.00	6,000.00	
Tipo de Garantía (**) (Marca una opción)	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Específico		
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.bbvacontinental.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 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.

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 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.

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 o avance en efectivo que realice. Podrá elegir desde 1 hasta 12 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 12 cuotas automáticamente. Los consumos o retiros de efectivo menores a S/. 50.00 ó US\$20.00 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.

Derecho de pago anticipado o prepago: Usted tiene derecho a efectuar pagos anticipados o prepagos en forma total y parcial con el correspondiente cálculo de intereses a la fecha en la que Usted realice el pago, el cual se aplicará en primer lugar a los intereses corridos a la fecha de pago y luego al capital de las operaciones registradas con mayor tasa de interés y luego aquellas las de mayor número de cuotas pendientes de pago. Este derecho no genera comisiones, gastos o penalidades de algún tipo o cobros de naturaleza o efectos similar. El pago de la deuda genera la liberación de la línea. Dicha liberación aplica para la tarjeta y adicionales que no tengan límites de uso de línea.

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/ 1,900.00 o US\$550.00.

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)5950000 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.
- 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: Genera 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 Avals: 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 absolvieron sus dudas.

FIRMA DEL CLIENTE

Nombre(s)

D.N.I./RUC

Domicilio:

BBVA CONTINENTAL

p.p.

CARTILLA INFORMATIVA - REGLAMENTO DE PROTECCION CONTRA FRAUDE

Se aplicarán las condiciones vigentes al momento de solicitar la cobertura del siniestro (la utilización fraudulenta de la tarjeta). Los recursos del Fondo de Protección contra Fraude (en adelante el Fondo) no son reembolsables a los clientes. La Afiliación al Fondo es automática y obligatoria para quien solicite una tarjeta de crédito y efectiva a partir de la activación de la tarjeta.

Cobertura: El Fondo cubre al Titular del Contrato de Tarjeta de Crédito y/o usuarios de las tarjetas adicionales al momento de ocurrencia del siniestro, siempre que la Cuenta Tarjeta no presente atrasos en el pago de lo adeudado a El Banco y dentro del límite anual máximo permitido para cada tipo de tarjeta, tal como a continuación se indica:

Empresarial Clásica	:	US\$ 3,000.00
Empresarial Capital de Trabajo	:	US\$ 3,000.00
Empresarial Oro	:	US\$ 4,000.00
Corporate	:	US\$ 5,000.00
Cuenta de Viajes	:	US\$ 5,000.00

El fondo cubrirá hasta por los límites antes indicados o su equivalente en moneda nacional, los siguientes casos:

1. Transacciones fraudulentas efectuadas antes o después de la comunicación del cliente al Banco, como consecuencia de la manipulación por parte de terceros de los cajeros automáticos de propiedad del Banco.
2. Transacciones fraudulentas que, luego de las comprobaciones del caso, se haya determinado que fueron efectuadas durante el transcurso de la llamada del cliente para bloquear la tarjeta.
3. Transacciones internacionales fraudulentas comprobadas que se encuentran dentro del límite de piso del comercio (operaciones que se procesan sin autorización del banco emisor por ser un importe menor de compra).

Exclusiones:

- i) Los hechos producto de la negligencia de EL CLIENTE de acuerdo a las investigaciones que efectúe el Banco. Se considera concretamente como negligencia, entre otras, "Llevar anotado junto con la tarjeta la clave secreta (PIN), así como facilitarle a terceras personas la tarjeta y/o la posibilidad que estas terceras personas tomen conocimiento de la clave secreta de la misma."
- ii) Aquellas situaciones en las que exista complicidad en el fraude, de acuerdo a las investigaciones que efectúe el Banco; es decir, cuando el cliente afectado, un familiar o alguna persona del entorno del cliente, esté comprometido en el fraude.

Procedimiento a seguir: Si al cliente le ocurre alguno de los casos de fraude mencionados, deberá presentar a su Oficina gestora el reclamo, adjuntando la denuncia policial por el robo de la tarjeta, y copia de su Documento de Identidad. El Banco realizará el proceso de análisis del reclamo para validar que efectivamente existió una de las causales por uso fraudulento mencionadas. Luego de corroborarse positivamente ello, el Banco abonará a la cuenta del cliente el monto del fraude.

Costo Mensual: Actualmente el Fondo no tiene costo alguno. Sin embargo, el Cliente reconoce que el Banco podrá establecer un costo fijo mensual, el mismo que le será informado siguiendo el mecanismo establecido en el Contrato. Dichos costos serán incluidos en el estado de cuenta del Cliente o debitados de la cuenta de cargo de la tarjeta o en cualquier otra cuenta que El Cliente mantenga en El Banco, en las fechas determinadas por el mismo. El Fondo podrá ser liquidado en cualquier momento, y las condiciones establecidas en el presente Reglamento podrán ser modificadas por El Banco. La liquidación del Fondo o modificación del Reglamento entrarán en vigencia a partir del simple aviso que El Banco efectúe al Cliente mediante la publicación correspondiente en cualquiera de las Oficinas del Banco, o a través del estado de cuenta respectivo, a elección del Banco. En ese sentido, EL CLIENTE declara y acepta que los mecanismos de información son suficientes y adecuados para tomar conocimiento de estos hechos, no pudiendo en el futuro desconocerlos o tacharlos de insuficientes.

COMISIONES Y GASTOS APLICABLES EN CASO EL TITULAR DE LA TARJETA DE CREDITO OTORQUE GARANTÍAS PARA RESPALDAR LA LINEA DE CREDITO CONCEDIDA

1. **Comisión por Estudio de Títulos:** importe fijo aplicable por el estudio de los títulos presentados por el cliente para garantizar el crédito. El monto al que ascenderá esta comisión es de US\$150.00. Esta comisión deberá ser cancelada por el Cliente.
2. **Gastos por Servicios Notariales:** Son los costos por los servicios notariales necesarios para perfeccionar la operación crediticia y para constituir las garantías que la coberturen. El monto al que asciende estos gastos es el previsto por la Notaría: (i) para garantías hipotecarias; y (ii) para garantías mobiliarias. Estos gastos deberán ser pagados por el Cliente directamente a la Notaría.
3. **Gastos por Tasación:** Importe aplicable por concepto de las tasaciones que personal calificado deberá efectuar sobre el inmueble materia de la garantía hipotecaria que otorgue EL CLIENTE a EL BANCO. La tasación debe de ser pagada directamente por EL CLIENTE al(los) tasador(es). Para bienes inmuebles, el monto al que asciende este gasto es de 0.08% del valor comercial de tasación con un monto mínimo de S/.20.00 y máximo de S/1,500.00 Para bienes muebles, el monto al que asciende este gasto es de 0.10% del valor comercial de tasación con un monto mínimo de S/.32.50 y

máximo de S/.1,800.00. Aquellas tasaciones efectuadas con posterioridad al desembolso del préstamo se encontrarán afectas a un gasto por tasación ascendente a: Para bienes inmuebles, el monto al que asciende este gasto es de 0.04% del valor comercial de tasación con un monto mínimo de S/.10.00 y máximo de S/.750.00 Para bienes muebles, el monto al que asciende este gasto es de 0.10% del valor comercial de tasación con un monto mínimo de S/.32.50 y máximo de S/.1,800.00

4. Comisión por Formalización de Garantía: Importe aplicable por el servicio de elaboración de contrato de constitución de garantía, ingreso y revisión de la tasación del bien y gestión de inspección del bien, entre otros. El monto al que asciende esta comisión es de 0.12% del valor comercial de la garantía (bienes inmuebles) y 0.10% del valor comercial de garantía (para bienes muebles). El monto mínimo a pagar por esta comisión es de US\$30.00 tanto para bienes inmuebles como bienes muebles. Esta comisión será cobrada antes de efectuarse el desembolso del préstamo.

5. Comisión por Revisión Anual de Garantías: Importe aplicable por la actualización de las tasaciones que se efectúen sobre el bien materia de la garantía constituida por el cliente. El monto al que asciende esta comisión es de 0.06% del valor comercial de tasación (bienes inmuebles) y de 0.10% del valor comercial de tasación (bienes muebles). El monto mínimo a pagarse por esta comisión es de US\$30.00 tanto para bienes inmuebles como bienes muebles.

6. Gastos Registrales: Según tarifario vigente de Registros Públicos por concepto de:

Hipoteca: i) Inscripción de la transferencia de la propiedad inmueble. ii) Constitución legal de la hipoteca. iii) Bloqueo Registral de cada partida del inmueble(s). iv) Presentación de Título de cada inmueble. v) Hoja de partida registral consultada en Registros Públicos.

Garantía Mobiliaria: i) Constitución legal de la garantía mobiliaria. ii) Presentación de Título de la garantía mobiliaria. iii) Certificado negativo de la garantía mobiliaria. iv) Certificado de gravamen

Garantía Mobiliaria (Vehículo): i) Inscripción de la transferencia del vehículo. ii) Constitución legal de la garantía mobiliaria. iii) Hoja de partida registral consultada en Registros Públicos.

Estos gastos deberán ser pagados por el Cliente directamente a la Notaría.

7. Primas de Seguros: Costos en que incurrirá el Banco en caso el cliente le solicite la contratación de los seguros de Inmueble: casa habitación, local comercial o industrial; seguro vehicular; así como, otros seguros relacionados a otras garantías que coberturen el crédito. Para ello, el CLIENTE autoriza al Banco a cargar de la Cuenta Asociada y/o cualquier otra cuenta del cual sea titular, el importe de las primas de seguros mientras el crédito permanezca vigente. Estos seguros deben constituirse necesariamente como requisitos a la presente operación de crédito. Las pólizas de seguros serán contratadas con Rímac Internacional Compañía de Seguros. El monto de las pólizas de tales seguros dependerá de la operación asegurable y/o del valor del bien sobre el que recaiga la garantía, teniéndose las siguientes tarifas y características:

Seguro para Garantías: Tasas Brutas Anuales		Nro. de Póliza
Inmueble - Casa Habitación	3.68%	501387
Inmueble - Loca Comercial	4.54%	
Existencias	6.01%	501389
Maquinaria y Equipo Fijo	10.91%	
Maquinaria y Equipo Móvil	14.79%	
Vehículos	Dependerá de la marca, modelo y año de fabricación	630776 630629

La información consignada aquí es a título informativo. Mayor detalle sobre las coberturas y condiciones de la póliza la encontrará en la cotización que envía el Banco antes de contratar la póliza.

8. Evaluación de Póliza de Seguro Endosada: Comisión fija aplicable por el servicio que brinda el Banco sobre la revisión, evaluación de condiciones, coberturas y endosos, así como el control de vencimientos y renovaciones de las pólizas presentadas por el cliente. El monto al que asciende esta comisión es de US\$ 15.00 y será cobrado al cliente ante la presentación de la póliza de seguros requeridas para el perfeccionamiento de la operación crediticia.

9. Comisión por Revisión de Adeudos: Préstamos con Hipotecas/Prenda Industrial y Prenda Vehicular (valor del vehículo menor a 40UIT) a nivel minuta: US\$ 100.00. Préstamos con Hipotecas/Prenda Industrial y Prenda Vehicular (valor del vehículo mayor o igual a 40UIT) a nivel de escritura pública: US\$ 150.00 En ningún caso se incluyen gastos registrales, estos gastos deberán ser pagados por el cliente directamente a la Notaría de acuerdo al tarifario de Registros Públicos vigente al momento del acto.

BBVA CONTINENTAL
p.p.

FIRMA DEL CLIENTE

SOLICITUD - CERTIFICADO SEGURO DESGRAVAMEN TARJETA CAPITAL DE TRABAJO BBVA CONTINENTAL

Código SBS: VI0507410063 - Soles; VI0507420064 - Dólares

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza N°: 6485410 Nuevos Soles

Póliza N°: 6485411 Dólares Americanos

Certificado N°: _____

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

- 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.

Forma de pago de la prima: mensual

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 COMPAÑÍA

Aseguradora: Rímac 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: BBVA CONTINENTAL
RUC: 20100130204
Dirección: Av. República de Panamá 3055, San Isidro, Lima.
Teléfono: 211-1000
Correo electrónico:

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

INTERÉS ASEGURADO: La vida del(los) Asegurado(s).

RIESGOS CUBIERTOS Y COBERTURA DEL SEGURO

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 Nuevos 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 Compañía 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 COMPAÑÍA 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: Los Asegurados son los que han suscrito el Contrato de Tarjeta Capital Trabajo con el BBVA Continental.

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.

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 definidas como Asegurado(s) 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 BBVA Continental.
2. Cada Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo con el BBVA Continental podrá tener un máximo de dos (02) Asegurados y cada uno debe pagar la misma prima.
3. No se podrán modificar a las personas definidas como Asegurados en el presente Certificado de Seguro, las mismas que suscribieron el Contrato de Tarjeta Capital Trabajo con el BBVA Continental desde el inicio de vigencia de la presente póliza. Cualquier cambio de Asegurados requerirá la suscripción de un nuevo Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo y 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 COMPAÑÍA 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: 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.

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 o cancelación del monto total de la deuda o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero, 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.

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)

- 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.
- b) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos (incluye la faltas tipificadas en el reglamento de tránsito); 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) Viajes aéreos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- 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 las siguientes actividades o deportes riesgosos: 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) Cuando el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gr/lt. a más), drogas, o sonambulismo y esta situación sea acto generador del siniestro.
- 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 BBVA Continental.

FORMA DE PAGO: En efectivo o transferencia bancaria.

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática 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 vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro.

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

En caso que la presente Póliza contemple el Derecho de Reducción, y este sea ejercido, la suspensión de cobertura no procederá en caso hayan transcurrido dos (02) años o menos, según se haya pactado en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro.

RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

LA ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

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 Contrato 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 la Póliza.

REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA

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

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

Para estos fines, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza o en el certificado de seguro según corresponda.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

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

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 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 en el siguiente punto 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. Adicionalmente, los documentos podrán entregarse al CONTRATANTE. (Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).

FALLECIMIENTO:

- Acta de defunción.
- Certificado de defunción.
- Copia del documento de identidad del ASEGURADO fallecido.
- 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.
- Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo firmado por el ASEGURADO.

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.**
- **Protocolo de Necropsia completo.**
- **Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas.**
- **Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito.**

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, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

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

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

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

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

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

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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 del accidente como fecha de configuración del siniestro.

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.

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 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.
- ° Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo firmado por el ASEGURADO.

**CONDICIONES DE LA COBERTURA
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD**

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

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 como la fecha de configuración del siniestro a la fecha 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.

BENEFICIARIO: Es el CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA.

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

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 del documento de identidad del ASEGURADO
- Dictamen de Invalidez emitidos por la Comisión Médica de Essalud o el Ministerio de Salud (MINSU) 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 se 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.
- Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo firmado por el ASEGURADO.

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.
INFORMACIÓN 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 ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.

- La Aseguradora comunicará al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de presentada la presente Solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional dentro de dicho plazo. Por lo que, en caso La Aseguradora solicite información adicional, el Asegurado se compromete a facilitar a La Aseguradora el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, dispensándolos de la reserva de la información del acto médico, en el momento que lo requiera La Aseguradora.
- Por lo anterior, mientras La Aseguradora solicite información adicional la presente Póliza se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. Por lo cual, presentada la información adicional por el Asegurado, La Aseguradora comunicará al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario siguientes, si ésta ha sido rechazada, salvo que requiera de información adicional dentro de dicho plazo, pues la información anteriormente entregada no estuvo completa. Por lo que, el Asegurado reconoce que la presente Solicitud de Seguro, incluyendo la Declaración Personal de Salud en caso corresponda, es válida hasta por noventa (90) días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional.
- La Aseguradora deberá entregar la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud. En caso se haya entregado la Póliza al Contratante, y el Asegurado sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza a La Aseguradora, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.
- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.
- La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Aseguradora, la aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto hubieran proporcionado información veraz.
- El Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la presente Póliza, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento. Instrucciones de uso del correo electrónico:
 - I) En caso el Asegurado no pueda abrir o leer los archivos adjuntos o modifique / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000; y,
 - II) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.
- **En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:**
 - i) La ASEGURADORA es responsable frente al Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
 - ii) La ASEGURADORA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
 - iii) Las comunicaciones cursadas por los 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 Asegurados, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a La Aseguradora.

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

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

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

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora. Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión y entrega del presente Certificado, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el Asegurado en los términos estipulados por la Aseguradora, en tanto el Asegurado hubiera proporcionado información veraz.

El Asegurado suscribe el presente Certificado, en señal de haber tomado conocimiento, recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

**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. Av. América 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 plazo establecidos para el aviso del siniestro:

El medio y plazo se encuentran detallados en el Artículo 25 del Capítulo II de las Condiciones Generales de Contratación.

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 en las modalidades que se detallan 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 Rímac 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.defaseg.com.pe
Lima:(01) 446-9158
Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima

Indecopi : www.indecopi.gob.pe
Lima: (01) 224-7777
Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040
SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104,
San Borja, Lima.
SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988,
Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

**Superintendencia de Banca
y Seguros y AFP (SBS)** : www.sbs.gob.pe
LIMA: Los Laureles 214, San Isidro
Teléfono (511) 630-9000
Fax: (511) 630-9239
AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma
PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau

**Consultas y Denuncias: 0800-10840 |
(511) 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 se encuentra en el Artículo N° 23 del Condicionado General.

2. Principales Exclusiones:

1. Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro, o desde la última rehabilitación o desde el aumento del Capital Asegurado. En este último caso dicho plazo se considera solo para el pago del incremento del Capital Asegurado.
2. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos (incluye la faltas tipificadas 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 encuentran señaladas en el Artículo N° 24 del Condicionado General.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia:

Se encuentran detallados en el Artículo 22 del Capítulo II de las Condiciones Generales de Contratación.

4. Derecho de arrepentimiento del CONTRATANTE o ASEGURADO:

Se encuentran detallados en el Artículo 14 del Capítulo I de las Condiciones Generales de Contratación.

5. Derecho del CONTRATANTE de resolver el contrato sin expresión de causa:

Se encuentran detallados en el Artículo 7, literal a) del Capítulo I de las Condiciones Generales de Contratación.

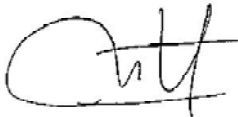
6. Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las Modificaciones de las Condiciones Contractuales propuestas por la Aseguradora durante la vigencia del contrato:

Se encuentran detallados en el Artículo 5, literal c) del Capítulo I de las Condiciones Generales de Contratación.

7. Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro:

Se encuentran detallados en el Artículo 25, numeral 25.2 del Capítulo II de las Condiciones Generales de Contratación.

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



RODRIGO GONZALEZ MUÑOZ
Vicepresidente
División Seguros Personales
Rímac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2