

Seguro Respaldo Total con devolución

# Solicitud de Seguro

**Nro. Póliza:**

**Número certificado Banco:**

**Nro. Solicitud:**

Código SBS VI0507200469

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**Producto:** Respaldo Total con devolución

**Moneda:**

**Frecuencia Pago:**

**Oficina Gestora:**

**Canal de Venta:** Oficina

**Fecha de Cotización /  
solicitud:**

**Fecha de inicio de  
vigencia:**

**Forma de pago:**

**Número de tarjeta:**

**Plazo:**

La vigencia de la Póliza de Seguro es de largo plazo desde la fecha de inicio de vigencia hasta la fecha fin de vigencia indicados en el Condicionado Particular que enviaremos a tu correo electrónico.

Este seguro NO tiene posibilidad de renovación.

El ASEGURADO acepta las condiciones de la presente Solicitud y que la vigencia del Seguro iniciará cuando se realice el pago de la primera prima del Seguro. Dicho esto, la ASEGURADORA no será responsable de ningún siniestro ocurrido entre la fecha de entrega del presente documento hasta la fecha en que se realice el pago de la primera prima del Seguro.

## 1. Datos del Asegurado / Responsable de pago

**Nombres:**

**Apellido Paterno:**

**Apellido Materno:**

**Tipo de documento:**

**N° de documento:**

**Fecha de Nacimiento:**

**Sexo:**

**Teléfono:**

**Email:**

**Dirección:**

**Distrito:**

**Provincia:**

**Departamento:**

**Relación con el  
contratante:**

## 2. Datos del contratante / comercializador

<b>Contratante:</b>	Banco BBVA Perú		
<b>RUC:</b>	20100130204	<b>Dirección:</b>	Av. República de Panamá 3055
<b>Distrito:</b>	San Isidro	<b>Provincia:</b>	Lima
<b>Departamento:</b>	Lima	<b>Teléfono:</b>	(01) 211-1000

## 3. Datos de la aseguradora

<b>Aseguradora:</b>	Rimac Seguros y Reaseguros		
<b>RUC:</b>	20100041953	<b>Dirección:</b>	Calle El Parque 149, Piso 2
<b>Distrito:</b>	San Isidro	<b>Provincia:</b>	Lima
<b>Departamento:</b>	Lima	<b>Teléfono:</b>	(01) 411-1111
<b>Página Web:</b>	www.rimac.com	<b>Correo electrónico:</b>	atencionalcliente@rimac.com.pe

## 4. Resumen de las coberturas

Coberturas	Asegurado	Suma Asegurada
<b>Cobertura Principal</b>		
Fallecimiento	ASEGURADO TITULAR	
Sobrevivencia	ASEGURADO TITULAR	100% - Sobre el total de primas pagadas

### Periodo de carencia:

Solo tiene periodo de carencia la cobertura adicional de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: 180 días

**Periodo de gracia:** No aplica.

### Beneficios

Asistencia Médica y de Hogar (Beneficio Adicional de Asistencia Médica y de Hogar): Según Términos y Condiciones del Manual de Uso. Para revisarlo [haz click aquí](#).

**Nº máximo de Certificados por ASEGURADO:** El ASEGURADO podrá contratar uno o más certificados de seguro de Respaldo Total con Devolución, siempre que la sumatoria de las Sumas Aseguradas de cada una de las coberturas de cada póliza, excepto las coberturas de Sobrevivencia e Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad no superen el equivalente a S/380,000. Si es que el ASEGURADO contrata una o más pólizas por una suma mayor al límite de S/380,000, la indemnización máxima que asumirá LA ASEGURADORA será de S/380,000.

## 5. Definiciones de las coberturas

### a) Cobertura de Fallecimiento:

Si se produjera tu fallecimiento siempre que dicho evento no esté excluido en tu Certificado de Seguro, la ASEGURADORA indemnizará al Beneficiario, de acuerdo a las condiciones, coberturas y límites contratados.

### b) Cobertura de Supervivencia:

Asimismo, la presente cobertura indemnizará al Contratante en caso el ASEGURADO siga con vida a la fecha de fin de vigencia de esta cobertura pactada en el Certificado de Seguro, y de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en el Certificado de Seguro.

Para la activación de la cobertura de supervivencia es necesario que las primas del Seguro se hayan pagado completamente hasta la fecha de fin de vigencia de esta cobertura.

## 6. Prima

Coberturas	Asegurado	Prima comercial Anual por cobertura
<b>Cobertura Principal</b>		
Fallecimiento	ASEGURADO TITULAR	
<b>Prima Comercial Total Anual</b>		
<b>Plazo contratado (años)</b>		
<b>Prima total a pagar en 20 años</b>		
<b>Porcentaje de devolución</b>		
<b>Monto de devolución al término de los 20 años</b>		

⚠ El pago de la prima se realizará en moneda nacional.

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador:

18% sobre la Prima Comercial Total.

El cliente recibirá vía correo electrónico y de manera periódica el estado de pagos de su póliza.

## 7. Cronograma, lugar y forma de pago de la prima

Lugar: Oficinas del Comercializador.

Forma de pago: El pago de la prima es Anual con cargo en cuenta o tarjeta de crédito según la modalidad del plan elegido. De no existir saldo en la cuenta, el Asegurado Titular autoriza al Comercializador a proceder con el cargo respectivo en cualquier otra cuenta donde mantenga saldo acreedor. Asimismo, en caso de no efectuarse el cargo en la fecha de vencimiento del pago de la prima, el Asegurado Titular autoriza al Comercializador y/o La Aseguradora a que en cualquier momento posterior al vencimiento realice los cargos respectivos, hasta la total cancelación de la prima. Cuando la cuenta y/o tarjeta de crédito del Asegurado Titular se encuentre bloqueada o retenida por requerimiento de la autoridad competente y/o instrucciones del Comercializador por operaciones activas celebradas por el Asegurado Titular, el Comercializador y/o La Aseguradora no serán responsables por la imposibilidad de realizar el cargo de la prima del presente seguro. Las consecuencias de esta falta de pago serán de total responsabilidad del Asegurado Titular.

Fecha de vencimiento de pago de la prima: Fecha de inicio de vigencia del documento de pago.

## 8. Datos de los beneficiarios

En caso de la Cobertura Principal de Fallecimiento y las coberturas adicionales de Indemnización Estudiantil e Indemnización por Sepelio del ASEGURADO TITULAR, la condición de beneficiario recaerá en la persona correspondiente, la cual será fijada tomando en cuenta el siguiente orden de prelación:

- ✦ Cónyuge o conviviente
- ✦ A falta de cónyuge o conviviente, será el hijo mayor del ASEGURADO (siempre que éste sea mayor de edad). En caso el beneficiario sea menor de edad, se pagará a Cuenta en custodia.
- ✦ A falta de estos, se pagará a los herederos legales, previa presentación de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada del ASEGURADO.

En este caso, se debe solicitar partida de matrimonio o certificado de convivencia inscrito en registros públicos o partida de nacimiento; en caso del hijo mayor siempre que sea mayor de edad y a falta de esta sucesión intestada; documento de identidad de quienes resulten herederos legales y declaración jurada de domicilio en caso de herederos legales menores de edad.

El ASEGURADO podrá modificar sus beneficiarios mediante endoso; pudiendo ser estos distintos a los que se consideran por orden de prelación. En caso de fallecimiento de alguno de los beneficiarios declarados, reciben el porcentaje asignado a éstos, los herederos legales del ASEGURADO.

Beneficiario para las coberturas adicionales de Invalidez total y permanente por Accidente e Invalidez total y permanente por Enfermedad y Supervivencia del ASEGURADO TITULAR: el ASEGURADO.

## 9. Requisitos de Asegurabilidad

Podrán asegurarse bajo el presente Certificado de Seguro, las personas naturales que sean incorporadas como tal en el Certificado de Seguro, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

- ✦ La edad mínima de ingreso es 18 años.
- ✦ La edad máxima de ingreso es 64 años y 364 días.
- ✦ La edad máxima de permanencia es 74 años y 364 días.

## 10. Principales Exclusiones\*

- **Exclusiones de las Coberturas principales de Fallecimiento y Supervivencia y Coberturas adicionales de Invalidez total y permanente por Accidente o Enfermedad, Indemnización Estudiantil, Canasta Familiar y de Indemnización por Sepelio, en caso el Certificado cuente con estas coberturas adicionales.**

Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan como consecuencia de los siguientes eventos o circunstancias.

- a. Enfermedades, lesiones y/o condiciones pre-existentes al inicio de la vigencia del presente seguro.
- b. Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos años.
- c. 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.
- d. Pena de Muerte o participación activa del asegurado en cualquier acto delictivo cometido o en actos violatorios de leyes o reglamentos, en duelo concertado; en peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participación activa en huelgas, motines, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e. Cuando el deceso sea consecuencia de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, estando el asegurado en campaña, así como por intervención en duelo concertado.
- f. Por hacer uso de la aviación salvo cuando estés de viaje en calidad de pasajero en un transporte aéreo de servicio público autorizado y en itinerarios regulares.
- g. Los siguientes fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario: inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- h. Las lesiones que sufra el asegurado como consecuencia de la práctica temeraria y/o participación en competencias profesionales o no profesionales o en prácticas de entrenamiento de las siguientes actividades o deportes riesgosos: Carreras de automóviles, motocicletas, bicicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas, deportes hípicas; artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, ala delta, ultraligeros, paracaidismo, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, buzo, boxeo, caza de fieras, trabajos con explosivos o químicos.
- i. Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). En caso de accidente de tránsito se presume la influencia de alcohol o drogas si el asegurado o beneficiario se niegan a someterse al examen toxicológico y/o de alcoholemia.
- j. Por inhalación de gases o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- k. Los accidentes médicos ocasionados por negligencia o impericia médica.
- l. Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos estéticos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos que no sean motivados por accidentes amparados por el presente Certificado de Seguro.
- m. Las complicaciones médicas de embarazos o partos.
- n. Por participación como conductores o acompañantes en carreras de automóviles, bicicletas, lanchas a motor o avionetas, o en carreras de entrenamiento.
- o. La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión y oficio claramente de riesgo, tales como pero no limitadas a: trabajo con explosivos, buzo, bombero, seguridad privada y miembros de fuerzas especiales de los institutos armados y/o policiales.

\*Condición especial: Para el presente plan Respaldo Total, el riesgo de terremoto no aplicará como exclusión.

## 11. Qué hacer en caso de Siniestro

Dar aviso dentro de los 07 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda. Asimismo, se deberá entregar a la ASEGURADORA o a las oficinas del COMERCIALIZADOR los documentos detallados en el numeral 19 de tu Certificado de Seguro.

## 12. Ley de protección de datos personales y su reglamento: Ley 29733

Mediante el llenado del presente Registro, declaro haber sido informado, conforme a Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales ("la Ley") y al Decreto Supremo 003-2013/JUS, Reglamento de la Ley ("el Reglamento"), que los datos personales que he proporcionado serán tratados por Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante, "RIMAC SEGUROS") con la finalidad de realizar la contratación de bienes y servicios, así como, a efectos de supervisar la ejecución de los mismos, para efectuar el pago de los importes pactados, y para realizar un control posterior del servicio prestado o bien adquirido. Estos datos son obligatorios y la negativa a suministrarlos supondrá la imposibilidad de concretar la relación contractual.

Los datos personales entregados, ya sea que se trate de personas naturales o de representantes de personas jurídicas, serán almacenados mientras dure la relación contractual con RIMAC SEGUROS, y hasta por 10 años de culminada la misma, en el banco de datos de su titularidad, ubicado en Calle Las Begonias N° 540, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Proveedores" con código RNPDP-PJP N.º 1634.

Para la finalidad descrita anteriormente, RIMAC SEGUROS podrá realizar el tratamiento de los datos personales por encargo a terceros a nivel nacional y/o internacional, encontrándose los listados de dichos terceros en [www.rimac.com/politica-privacidad](http://www.rimac.com/politica-privacidad). A estos terceros les son aplicables las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales que a RIMAC SEGUROS.

Conozco mi derecho a solicitar el acceso a los datos personales y a conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC SEGUROS y/o enviando una solicitud al correo electrónico [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe), pudiendo además acudir a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial mediante la acción de hábeas data.

## 13. Envío de documentos por medios electrónicos

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.

En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: [reclamos@rimac.com.pe](mailto:reclamos@rimac.com.pe), o comunicándose al 411-3000 o al (01) 595-9000. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

## 14. Plazo para responder la solicitud de Seguro

Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo. Indicando el CONTRATANTE y/o 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 nulo el Contrato de Seguro.

LA ASEGURADORA deberá entregar 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 el Certificado de Seguro al CONTRATANTE, y el ASEGURADO sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia del Certificado a La ASEGURADORA, y esta entregará copia del Certificado de Seguro en un plazo que no deberá exceder de (15) días calendario de recibida la solicitud.

Las comunicaciones cursadas por los CONTRATANTES, ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la ASEGURADORA.

Los pagos efectuados por el ASEGURADO del seguro, o terceros encargados del pago, al COMERCIALIZADOR, se considerarán abonados a La ASEGURADORA.

## 15. Aceptación de las condiciones planteadas

La aceptación y emisión de la presente Solicitud de Seguro, 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.



**GIOVANNI SCARSI NUÑEZ**  
**Vicepresidente**  
**División de Seguros Personales**  
**Rimac Seguros y Reaseguros**

**ASEGURADO TITULAR**