

## SOLICITUD – CERTIFICADO SEGURO DE DESGRAVAMEN PREMIER TARJETA DE CRÉDITO BBVA

Código SBS: VI0507400419 - Soles y Dólares  
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

FECHA INICIO VIGENCIA	FECHA FIN VIGENCIA (*)	MONEDA	FORMA DE PAGO
OFICINA	CERTIFICADO Nro	NÚMERO PÓLIZA	
		5224776 (Soles) 5224794 (Dólares)	
IMPORTE DE LA PRIMA:		MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO:	
Según la tarjeta de crédito del Asegurado (ver tarifario adjunto)		SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA. (No considera intereses de ningún tipo)	

(\*) La vigencia es mensual, se renueva de manera automática y estará activa en tanto el asegurado mantenga saldo deudor en la tarjeta de crédito y se mantenga al día en sus pagos. Adicionalmente, la vigencia del Certificado de seguro culminará en caso de que la póliza matriz del seguro de Desgravamen Seguros llegue a su fin de vigencia o sea resuelta.

### PRIMA

La prima mensual y la moneda de la misma serán según la tarjeta de crédito del ASEGURADO.

#### Aplicables a Tarjetas de Crédito en Soles:

	SUMAS ASEGURADAS				
	VISA				
	Special Edition / Infinite	Signature	Platinum	BFree	Oro
DESGRAVAMEN	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto
INDEMNIZACIÓN SEPELIO	S/ 2,000.00	S/ 2,000.00	S/ 1,000.00	S/ 1,000.00	S/ 1,000.00
PRIMA TOTAL MENSUAL	S/ 8.90	S/ 8.90	S/ 8.40	S/ 8.40	S/ 8.40

	SUMAS ASEGURADAS				
	VISA				
	Cuota Fija	Cero BBVA	Clásica	Nacional	Repsol
DESGRAVAMEN	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto
INDEMNIZACIÓN SEPELIO	S/ 500.00	S/ 500.00	S/ 500.00	S/ 500.00	S/ 500.00
PRIMA TOTAL MENSUAL	S/ 5.90	S/ 5.90	S/ 5.90	S/ 5.90	S/ 5.90

	SUMAS ASEGURADAS				
	MASTERCARD				
	Black	Platinum	BFree	Oro	Clásica
DESGRAVAMEN	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto
INDEMNIZACIÓN SEPELIO	S/ 2,000.00	S/ 1,000.00	S/ 1,000.00	S/ 1,000.00	S/ 500.00
PRIMA TOTAL MENSUAL	S/ 8.90	S/ 8.40	S/ 8.40	S/ 8.40	S/ 5.90

**Aplicables a Tarjetas de Crédito en Dólares:**

	SUMAS ASEGURADAS				
	VISA				
	Special Edition	Signature	Platinum	Bfree	Oro
DESGRAVAMEN	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto
INDEMNIZACIÓN POR SEPELIO	\$ 800	\$ 800	\$ 400	\$ 400	\$ 400
PRIMA TOTAL MENSUAL	\$ 3.40	\$ 3.40	\$ 3.20	\$ 2.90	\$ 2.90

	SUMAS ASEGURADAS		
	VISA		
	Clásica	Nacional	Repsol
DESGRAVAMEN	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto
INDEMNIZACIÓN POR SEPELIO	\$ 200	\$ 200	\$ 200
PRIMA TOTAL MENSUAL	\$ 2.40	\$ 2.40	\$ 2.40

	SUMAS ASEGURADAS				
	MasterCard				
	Black	Platinum	Bfree	Oro	Clásica
DESGRAVAMEN	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto
INDEMNIZACIÓN POR SEPELIO	\$ 800	\$ 400	\$ 400	\$ 400	\$ 200
PRIMA TOTAL MENSUAL	\$ 3.40	\$ 3.20	\$ 2.90	\$ 2.90	\$ 2.40

En caso que el Asegurado decida no usar el comercializador de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.  
Comisión del Comercializador: Porcentaje de comisión calculada sobre la prima neta\*:

\*La prima neta es la prima comercial descontando el 3% del Gasto de Emisión.

## DATOS DE LA ASEGURADORA

**Aseguradora:** Rimac Seguros y Reaseguros  
**Dirección:** Calle El Parque Nro.149 Int. Piso 2.  
**Provincia:** Lima  
**Teléfono:** 411-3000  
**Página Web:** www.rimac.com

**RUC:** 20100041953  
**Distrito:** San Isidro  
**Departamento:** Lima  
**Fax:** 421-0555  
**Correo electrónico:** atencionalcliente@rimac.com.pe

## DATOS DEL CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA / COMERCIALIZADOR

**Razón Social:** Banco BBVA Perú  
**Dirección:** Av. República de Panamá 3055  
**Provincia:** Lima  
**Teléfono:** 209-1000

**RUC:** 20100130204  
**Distrito:** San Isidro  
**Departamento:** Lima

## DATOS DEL ASEGURADO. TITULAR. Relación con el CONTRATANTE: Económica

Son los consignados en el Contrato de Tarjeta de Crédito BBVA que mantiene el Tarjeta-Habiente Titular con el CONTRATANTE.

NOMBRES Y APELLIDOS		TIPO Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO:			
DIRECCIÓN		DETALLE	
DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO	PAÍS

## DATOS DEL BENEFICIARIO.

**Relación de la ENTIDAD FINANCIERA (BENEFICIARIO) con el ASEGURADO: Económica.**

El Beneficiario será la ENTIDAD FINANCIERA para las coberturas de fallecimiento, invalidez total y permanente por accidente o enfermedad. Para la cobertura de indemnización por sepelio, el Beneficiario será el familiar del ASEGURADO (Cónyuge, Hijo, Padre o Hermano) que haya asumido el costo de los gastos funerarios del ASEGURADO. En caso el costo de los gastos funerarios hubiese sido asumido por más de uno de los familiares antes referidos, el pago de la cobertura será entregado solo a uno de ellos, rigiendo el siguiente orden de prelación: 1° Cónyuge, 2° Hijo, 3° Padre 4° Hermano. En caso el costo de los gastos funerarios hubiese sido asumido por más de uno de los familiares antes referidos, y estos tengan el mismo vínculo familiar con el ASEGURADO, el pago de la cobertura será entregado solo a uno de ellos, rigiendo la prelación del que tenga mayor edad sobre el de menor edad. En caso el costo de los gastos funerarios hubiese sido asumido por una tercera persona distinta al grupo familiar antes referido, la cobertura no será materia de liquidación de pago.

## INTERÉS ASEGURABLE

**Cancelación de la suma asegurada en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.**

## SUMA ASEGURADA MÁXIMA

Hasta S/ 450,000 ó US\$ 180,000 por Asegurado menor de 66 años al momento de la activación de la tarjeta de crédito. Los asegurados con 66 años a más al momento de la activación de la tarjeta de crédito tendrán una suma asegurada máxima de S/ 150,000 ó US\$ 60,000.

## COBERTURAS (RIESGOS CUBIERTOS) Y SUMAS ASEGURADAS

- 1. Fallecimiento:** Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado como EXCLUSIONES en la presente Solicitud / Certificado.
- 2. Invalidez total y permanente por accidente.** 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 definitiva e irreversible (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 siguientes situaciones: (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.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por accidente, la suma asegurada máxima para personas mayores a 65 años será de US\$ 250,000 o su equivalente en Moneda Nacional. La cobertura de la Invalidez Total y Permanente por accidente se extiende hasta la edad de 75 años (74 años y 364 días).

Definición de Accidente: Todo suceso violento, súbito, imprevisto, involuntario, y fortuito, causado por agentes externos, que causa o da lugar a daños o lesiones en el ASEGURADO.

No se consideran como accidentes las siguientes situaciones, ni sus consecuencias, ni los eventos o sucesos que se produzcan por o como consecuencia de: ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.

### 3. **Invalidez total y permanente por enfermedad.**

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 consideran factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por enfermedad, la suma asegurada máxima para personas mayores a 65 años será de US\$ 250,000 o su equivalente en Moneda Nacional. La cobertura de la Invalidez Total y Permanente por enfermedad se extiende hasta la edad de 74 años y 364 días.

Determinación de la invalidez total y permanente: Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a RIMAC los antecedentes que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que RIMAC podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

Suma asegurada: Monto Inicial o Saldo Insóluto de la Tarjeta de Crédito a la fecha de fallecimiento, invalidez total y permanente por accidente e invalidez total y permanente por enfermedad del ASEGURADO. En caso de invalidez total y permanente por accidente, se considerará la fecha de ocurrencia del accidente. 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.

#### 4. Indemnización por Sepelio:

En caso el siniestro esté cubierto, el BENEFICIARIO de esta cobertura recibe una indemnización. Se deja constancia que RIMAC pagará por ÚNICA VEZ este beneficio a quien acredite su condición del Beneficiario. La cobertura de Sepelio considera una suma asegurada fija según el tipo de tarjeta de crédito que el Asegurado haya contratado a través de la ENTIDAD FINANCIERA (Ver detalle en el tarifario adjunto en la Sección PRIMA). Esta cobertura es accesoria a la cobertura principal de fallecimiento, por lo que su activación solo se realizará en tanto la cobertura de fallecimiento haya sido aceptada por RIMAC. Se entenderá como Gastos de Sepelio, a los gastos correspondientes a ataúd, carroza fúnebre, carro porta flores, capilla ardiente, cargadores, preparación tanatológica.

**IMPORTANTE:** Se deja constancia que el CONTRATANTE y/o 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 CONTRATANTE / ASEGURADO, contrate varias Pólizas de Seguro, por la cantidad de créditos que mantenga frente a la ENTIDAD FINANCIERA, la responsabilidad de RIMAC para otorgar las coberturas de fallecimiento e invalidez total y permanente de la totalidad de los seguros de desgravamen, es hasta el límite máximo descrito precedentemente por el ASEGURADO. Por tanto, en caso que la suma total a indemnizar supere el importe antes indicado, RIMAC procederá a devolver las primas en forma proporcional al importe que no será reconocido.

- El presente seguro no cubre intereses de ningún tipo.
- La suma asegurada se pagará en Dólares Americanos o Soles según la moneda del crédito otorgado por la ENTIDAD FINANCIERA. Se considerará el Tipo de Cambio que se encuentre vigente el día en que se realice el pago de la cobertura.
- 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.

En caso que el ASEGURADO se le diagnostique cualquiera de los siguientes diagnósticos: Infarto agudo de miocardio, evento cerebro vascular, insuficiencia renal crónica y cáncer terminal (y fallezca a consecuencia de uno de ellos) y éste (EL ASEGURADO) o los adicionales de sus Tarjetas de Crédito contratadas a través de la ENTIDAD FINANCIERA adquieran bienes y servicios con posterioridad a la fecha de cualquiera de los diagnósticos antes citados; RIMAC solo pagará el saldo insoluto a la fecha en que se produzca el deceso del ASEGURADO o el promedio mensual de gastos (gastos regulares) de los últimos tres meses previos al diagnóstico, lo que resulte menor. En caso de siniestro, se deberán presentar a RIMAC los últimos tres estados de cuenta previos al diagnóstico.

### CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

#### MODALIDADES DEL ASEGURAMIENTO

Seguro de Desgravamen cubre el saldo insoluto del crédito contraído con el CONTRATANTE.

#### ASEGURADO

Es el Tarjeta-Habiente Titular (Persona Natural). No se aseguran a los adicionales de sus tarjetas de crédito ni a sus dependientes. El ASEGURADO debe pagar la prima correspondiente según el tipo de tarjeta de crédito que haya contratado y por cada tarjeta de crédito que tenga contratada.

### 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 SOLICITUD CERTIFICADO y que como consecuencia de esta lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración del estado de salud, se produzca el fallecimiento o invalidez total y permanente (en sus dos modalidades) del ASEGURADO. Es obligación del ASEGURADO declarar las preexistencias.

La Solicitud Certificado de Desgravamen no cubre ningún riesgo cubierto que se produzca a consecuencia de una enfermedad preexistente del ASEGURADO. El ASEGURADO declara y reconoce no haber padecido las afecciones o trastornos siguientes:

- a. Tuberculosis, neumonía, enfisema o silicosis.
- b. Hipertensión arterial, lesión o debilidad del corazón e infartos.
- c. Epilepsia, parálisis o enfermedad mental.
- d. Enfermedad del bazo, hígado, riñones o páncreas.
- e. Leucemia, diabetes mellitus, hepatitis B o meningitis.
- f. SIDA/ HIV.
- g. Cáncer o tumores malignos.
- h. Cualquier enfermedad grave y/o crónica grave no indicada anteriormente.

### EDADES DEL ASEGURADO

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

Para la cobertura de Fallecimiento e Indemnización por Sepelio:

Edad máxima de ingreso 74 años y 364 días. Edad máxima de permanencia 79 años y 364 días. Edad máxima de ingreso 79 años y 364 días. Edad máxima de permanencia 85 años y 364 días (Aplica sólo a tarjetas de crédito contratadas a partir de la fecha 22.03.17).

Para las coberturas Invalidez total y permanente por accidente e Invalidez total y permanente por enfermedad: Edad máxima de ingreso 74 años y 364 días. Edad máxima de permanencia 74 años y 364 días.

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

### CONDICIÓN ESPECIAL:

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

**EXCLUSIONES:**

Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan en, o a consecuencia de, los siguientes eventos o circunstancias. Las coberturas adicionales podrán contener exclusiones específicas las cuales se añadirán a las presentes exclusiones generales.

- a. Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiese transcurrido al menos un (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de contratación del seguro de Vida Desgravamen.
- b. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- c. Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiriera 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. Cualquier evento que haya sido causado por fisión nuclear o reactor nuclear o contaminación radioactiva.
- e. Accidente aéreo y marítimo de cualquier clase, en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales. No aplica la exclusión para vuelos y/o viajes comerciales sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f. Operaciones o viajes submarinos.
- g. 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, de caballos, inmersión submarina, artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras
- h. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- i. 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). Para efectos de esta exclusión, siempre y cuando el siniestro se haya producido como consecuencia de un accidente de tránsito y que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo. 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. Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro.
- k. Enfermedades infecto contagiosas.
- l. Enfermedades con características de plagas.

**Exclusiones aplicables a la cobertura de Invalidez total y permanente por enfermedad:**

- a. Abuso de alcohol o de drogas.
- b. Tratamientos médicos en general, incluyendo tratamientos estéticos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

**Exclusiones aplicables a la Cobertura Adicional de Indemnización por sepelio:**

Rigen para esta Cláusula Adicional, las exclusiones establecidas para la cobertura principal de fallecimiento descritas líneas arriba.

**DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES:**

No Aplican

**LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA**

Mensualmente todas las primas deberán pagarse por intermedio del CONTRATANTE a RIMAC, sin necesidad de requerimiento previo.

**DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA**

Cuando así lo decida el ASEGURADO y sin necesidad de una justificación. Para ello el ASEGURADO debe enviar una comunicación por escrito a RIMAC o solicitarlo por cualquiera de los medios que usó para contratar la SOLICITUD CERTIFICADO de Seguro. Esta quedará resultada a los treinta (30) días siguientes.

RIMAC tiene derecho a conservar y/o cobrar las primas por el período de vigencia transcurrido. En el caso que se hayan pagado primas por adelantado, el ASEGURADO tendrá derecho a que se le reembolse la prima por el período de vigencia que no ha transcurrido. Este reembolso se realizará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de la resolución.

**AVISO DE SINIESTRO: Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado**

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

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que el siniestro sea rechazado, sin embargo RIMAC podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del mismo, 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 RIMAC. 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 RIMAC 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 RIMAC, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado o certificado de seguros) los siguientes documentos en original o en copia legalizada salvo que se indique lo contrario. 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 (Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).

**Para las coberturas de Fallecimiento por enfermedad o accidente e Indemnización por Sepelio:**

- Copia certificada de la partida de defunción emitida por RENIEC
- Certificado de reproducción Notarial o copia simple del certificado médico de defunción del ASEGURADO.
- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso se cuente con dicho documento.
- Declaración Jurada de Domicilio con firma legalizada notarialmente a fin de poder abrir la Cuenta de ahorros si hubieran Beneficiarios menores de edad.



- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada por la institución de salud, en caso de fallecimiento por enfermedad del ASEGURADO.
- Estado de cuenta de la tarjeta de crédito a la fecha del siniestro.
- Copia del Documento de Identidad del familiar directo que asumió los gastos funerarios del ASEGURADO, conjuntamente con las facturas o boletas emitidas a su nombre, siendo esto requisito indispensable para otorgar el beneficio. Adicionalmente, el familiar directo debe presentar una Declaración Jurada en donde indique el grado de parentesco con el ASEGURADO fallecido (Aplica sólo a Indemnización por Sepelio).

**En caso el fallecimiento por accidente, se deberán presentar además:**

- Original o Copia Certificada del Parte Policial y Atestado policial completo, en caso de haberse realizado.
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia certificada del examen toxicológico en caso de haberse realizado.
- Original o Copia certificado del Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

**Documentos a presentar aplicables a las cláusulas adicionales:**

**Invalidez total y permanente por enfermedad:**

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO
- Dictamen de Invalidez emitido 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 de la tarjeta de crédito a la fecha del siniestro.

**Invalidez total y permanente por accidente:**

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO.
- Historia Clínica foliada y fedateada de todos los centros médicos que le brindaron 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
- Copia Certificada del Parte policial o Atestado policial completo 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, en caso de haberse realizado.
- Estado de cuenta de la tarjeta a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO, este documento debe ser entregado por el CONTRATANTE.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a RIMAC, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de RIMAC 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 cualquiera de las coberturas:**

- El listado anterior muestra la documentación mínima que debe ser presentada para solicitar la cobertura en caso de siniestro. RIMAC se reserva el derecho de solicitar informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.
- No serán procedentes las solicitudes de devolución de documentos sea que se apruebe o rechace la cobertura.

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

(Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).

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.

**PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN: 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 SOLICITUD CERTIFICADO para que se produzca la liquidación del Siniestro, RIMAC evaluará y se pronunciará, aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura). Dentro de los primeros 20 días RIMAC podrá solicitar aclaraciones o precisiones sobre la documentación e información presentada o podrá solicitar la prórroga del plazo original al Asegurado, y en caso éste último no acepte la prórroga solicitada, podrá solicitarlo a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establecido en los Artículos 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros (Resolución SBS N° 3202-2013).

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

Si no hubiera acuerdo, RIMAC solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP. La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO o BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al ASEGURADO o BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que RIMAC haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente. Una vez consentido el siniestro, RIMAC cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder

Para efectos de la evaluación de la documentación presentada, el ASEGURADO autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda entregar directamente cualquier información solicitada por RIMAC, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

**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 o servicio, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita en las modalidades que se detallan a continuación:

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

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

**Central de Consultas y Reclamos:** (01) 411-1111

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

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

## OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a RIMAC los hechos o circunstancias que puedan agravar 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 el y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si RIMAC hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, podría acarrear la Nulidad del presente Contrato de Seguro.
- La emisión de la presente Solicitud - Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Asegurado en los términos estipulados por RIMAC, en tanto éste haya proporcionado información veraz.

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

- i. RIMAC es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- ii. RIMAC 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 3274-2017.

- iii. Las comunicaciones cursadas por los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a RIMAC.
- iv. Los pagos efectuados por los Contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a RIMAC.

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

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

Envío del Certificado de Seguro por medios electrónicos

a. En caso de contratación presencial:

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

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

b. En caso de contratación a través del Portal Web de BBVA:

El Asegurado brindó su conformidad y aceptación a los términos y condiciones establecidos en este Certificado de Seguro y la Póliza de Seguro, a través de los canales puestos a su disposición (Banca por Internet y Banca Móvil con su número de tarjeta y contraseña de Banca por Internet y/o cajeros automáticos (ATM) con su tarjeta y clave de tarjeta.

## 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 3082, San Isidro.  
Av. Las Begonias 471, San Isidro.  
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.  
Telf. 411-3000

**Huancayo:**

Jirón Ancash 125, Huancayo.  
Telf. (064)-223233

**Arequipa:**

Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito.  
Telf. (054)-381700

**Trujillo:**

Av. América Oeste N° 750 Locales A-1004 y A-1006 -  
Mall Aventura Plaza,  
Urbanización El Ingenio, provincia de Trujillo, departa-  
mentode La Libertad.  
Telf. (044)-485200

**Cajamarca:**

Jirón Belén 676-678.  
Telf. (076)-369635

**Piura:** Calle Libertad 450.  
Telf. (073)-284900

**Chiclayo:**

Av. Salaverry 560, Urb. Patazca. Telf. (074)-481400

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

**Página Web:** [www.rimac.com](http://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 RIMAC, sin necesidad de requerimiento previo.

**4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro:** Se encuentra detallado en la Sección "Aviso de Siniestro" de la presente Solicitud - Certificado de Seguro

**5. Lugares autorizados por la Aseguradora para solicitar la cobertura del seguro:** Plataformas de Atención al cliente listadas en el punto 1 de este resumen. En el caso de los seguros colectivos o grupales, la misma documentación también podrá ser entregada en las oficinas de la ENTIDAD FINANCIERA que otorgó el crédito al ASEGURADO.

**6. Medios habilitados por la Aseguradora para presentar reclamos:** Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita 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 Rimac Seguros o a través de la página web o correo electrónico. (Punto 1 de este resumen)

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

<b>Defensoría del Asegurado:</b>	www.defaseg.com.pe Lima: (01) 421-0614 Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima
<b>Indecopi:</b>	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.
<b>Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS):</b>	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 : (511) 630-9000 / 200-1930

**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.

**LEY 29733 - LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO****Uso y tratamiento de Datos Personales**

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la "Ley") y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el "Reglamento"), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los "Datos Personales"), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.rimac.com](http://www.rimac.com), sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales. Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Calle Begonias N° 540, San Isidro, Lima, estando además inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N° 1637. Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, enviando una comunicación al correo electrónico [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe). Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

## CONTRATACIÓN POR CANALES DIGITALES

El Asegurado brindó su conformidad y aceptación a los términos y condiciones establecidos en este Certificado de Seguro, a través de los canales puestos a su disposición (como son: Banca por Internet, con su clave de acceso y clave SMS, entre otros), o de forma presencial con su firma.

La firma electrónica del Asegurado ya sea física u obtenida por medios electrónicos o comercialización a distancia tales como: (huella dactilar, ingreso de claves o contraseñas, grabación de voz, entre otros) que integra este certificado que se utiliza para la contratación del presente seguro, confirma la exactitud y veracidad de sus declaraciones expresadas, indicando que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por él y que hubiesen impedido que el presente Contrato de Seguro surta efectos legales o modificado sus condiciones si RIMAC hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad de la presente Solicitud Certificado de Seguro.

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



MAKALY RIVERA CHU  
Vicepresidenta División  
Seguros Personales  
Rimac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO TITULAR