

## Solicitud de Seguro Desgravamen Contiauto

**Código SBS: VI0507410063 – Soles; VI0507420064 – Dólares**

Adecuado a la Ley Nº29946 y sus normas reglamentarias

Soles: Contiauto: 5143547

Dólares Americanos: Contiauto: 5143928

CERTIFICADO Nro.	IMPORTE DE LA PRIMA COMERCIAL	FORMA DE PAGO DE LA PRIMA	MONEDA
TASA COMERCIAL MENSUAL	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	FECHA FIN VIGENCIA (*)	PRESTAMO Nro.
OFICINA	SUMA ASEGURADA	CUENTA Nro.	

(\*) Es la fecha de cancelación del crédito o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero

Modalidad de Aseguramiento: Saldo insoluto (\_\_\_\_) Monto Inicial (\_\_\_\_)

PRIMA
<p>La prima mensual del seguro solicitado será la resultante de aplicar la tasa comercial total indicada en la primera página del presente documento sobre el monto inicial del crédito. La prima neta mensual será determinada según las declaraciones mensuales que efectúe la ENTIDAD FINANCIERA que otorgó el crédito. La prima mensual es fija durante todo el período del crédito.</p> <p><i>Por ejemplo: Si es que el monto inicial del crédito es S/ 1,000 y la tasa comercial según la modalidad elegida es de 0.035%, tu prima comercial mensual será de S/ 0.35. En caso que el Asegurado decida no usar el comercializador de seguros, la Prima Comercial no sufrirá variación</i></p>
DATOS DE LA ASEGURADORA
<p>Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros          RUC: 20100041953          Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima          Teléfono: 411-3000 / Fax: 421-0555          Página web: <a href="http://www.rimac.com">www.rimac.com</a></p>
DATOS DEL CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA / COMERCIALIZADOR
<p>Razón Social: BANCO BBVA PERU          RUC: 20100130204          Dirección: Av. República De Panamá 3055, San Isidro, Lima.          Teléfono: (01) 211-1000</p>

**DATOS DEL ASEGURADO. Relación con el CONTRATANTE: Económica****En caso del Asegurado Titular 1:**

Nombre :	Sexo:
Fecha de Nacimiento :	
Tipo y N° de documento :	Teléfono:
Dirección :	
Domicilio :	
Nro. Ext. :	Nro. Int. :
Ubicación:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	País:
Correo electrónico:	

**En caso del Asegurado Titular 2:**

Nombre :	Sexo:
Fecha de Nacimiento :	
Tipo y N° de documento :	Teléfono:
Dirección :	
Domicilio :	
Nro. Ext. :	Nro. Int. :
Ubicación:	
Distrito:	Provincia:
Departamento:	País:
Correo electrónico:	

**DATOS DEL BENEFICIARIO:**

1. Para las coberturas de Fallecimiento, Invalidez total y permanente por enfermedad, Invalidez total y permanente por accidente y Anticipo por enfermedades terminales:  
En caso se elija la modalidad de seguro que cubre el saldo insoluto del crédito contraído con la ENTIDAD FINANCIERA, EL BENEFICIARIO será ésta última, para cuyo caso LA ASEGURADORA le pagará directamente a la ENTIDAD FINANCIERA el importe del saldo insoluto del préstamo calculado a la fecha del fallecimiento, invalidez total y permanente por enfermedad, invalidez total y permanente por accidente o comprobación de la enfermedad terminal del ASEGURADO, según sea el caso.

En caso se elija la modalidad de seguro que cubre el monto inicial del crédito contraído con la ENTIDAD FINANCIERA, la ASEGURADORA pagará directamente a la ENTIDAD FINANCIERA (BENEFICIARIO) el importe del saldo insoluto del préstamo calculado a la fecha del fallecimiento, invalidez total y permanente por enfermedad, invalidez total y permanente por accidente o comprobación de la enfermedad terminal del ASEGURADO, según sea el caso; y la diferencia entre el monto inicial del crédito y lo indemnizado como saldo insoluto por la ASEGURADORA a la ENTIDAD FINANCIERA (BENEFICIARIO) será pagado por esta a los Beneficiarios indicados en esta Solicitud de Seguro,

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

En caso que el ASEGURADO no haya designado Beneficiarios, los Beneficiarios serán los herederos legales del ASEGURADO, quienes recibirán el importe restante en partes iguales. (Completar sólo si se ha elegido la modalidad que cubre el monto inicial del crédito)

Nombre Completo	Tipo y N° de documento	Dirección	% de participación	Relación con el Asegurado

2. Para la cobertura de Indemnización adicional por muerte del asegurado en accidente aéreo: Son los Herederos Legales del Asegurado.
3. Para la cobertura de Indemnización adicional por renta estudiantil: Es el padre sobreviviente o tutor legal, en caso el hijo sea menor de edad. En caso de hijos mayores de edad, se les entregará a ellos mismos el importe que les corresponde.
4. Para la cobertura de desamparo familiar súbito: Son los Herederos Legales del Asegurado titular del crédito.
5. Para las coberturas de desempleo involuntario e incapacidad temporal: Es la ENTIDAD FINANCIERA.

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

- I. SUMA ASEGURADA MÁXIMA: Hasta US\$ 1,000,000 por Asegurado.
- II. COBERTURAS (RIESGOS CUBIERTOS) Y SUMAS ASEGURADAS:
  1. Fallecimiento: Hasta US\$ 1,000,000 por Asegurado.
  2. Invalidez total y permanente por accidente: Hasta US\$ 1,000,000 por Asegurado.
  3. Invalidez total y permanente por enfermedad: Hasta US\$ 1,000,000 por Asegurado.

Asegurado.

4. Anticipo por enfermedades terminales: Hasta US\$ 1,000,000 por Asegurado.
5. Indemnización adicional por Renta Estudiantil. En caso de fallecimiento del Titular y/o Cónyuge, la suma asegurada total será de US\$ 3,000.00 y es independiente del número de hijos menores de 25 años que existieran al momento del siniestro.
6. Indemnización adicional por muerte del Asegurado en accidente aéreo: US\$ 10,000.00.
7. Desamparo Familiar Súbito: Cobertura sujeta a la muerte accidental del Titular y su Cónyuge en un mismo evento. La suma asegurada es US\$ 20,000.00.
8. Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal: Hasta 5 cuotas de S/ 6,000 o su equivalente en US\$, como máximo.

**IMPORTANTE:**

- ✓ Se deja constancia que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá contratar la 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 (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 la ASEGURADORA 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, LA ASEGURADORA procederá a devolver las primas en forma proporcional al importe que no será reconocido.
- ✓ La edad máxima para obtener un Seguro de Desgravamen que cubra el monto inicial del crédito es hasta los 64 años y 364 días. Los Asegurados que excedan dicha edad, solo podrán contratar el presente Seguro bajo la modalidad de Saldo Insoluto.
- ✓ 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, Invalidez total y permanente por accidente y Anticipo por enfermedades terminales, se deberá considerar que las coberturas de Fallecimiento, Invalidez total y permanente por enfermedad, Invalidez total y permanente por accidente y Anticipo por enfermedades terminales son excluyentes entre sí.
- ✓ En caso el seguro considere adicionalmente las coberturas de Indemnización adicional por Renta Estudiantil, Indemnización adicional por muerte del Asegurado en accidente aéreo y Desamparo Familiar Súbito, se deberá considerar que dichas

coberturas serán pagadas por LA ASEGURADORA EN UNA SOLA OCASIÓN, considerando un sólo evento por ASEGURADO, independientemente del número de créditos que pudiera tener vigentes en la ENTIDAD FINANCIERA. Las coberturas descritas NO SERAN PAGADAS por cada Seguro de Desgravamen que hubiera sido contratado por el ASEGURADO, sino EN UNA SOLA OCASIÓN.

#### CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO:

**MODALIDADES DE ASEGURAMIENTO:** El ASEGURADO contará con un Seguro de Desgravamen que cubre el saldo insoluto o el monto inicial del crédito contraído con el CONTRATANTE.

**FALLECIMIENTO A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES (PREEEXISTENCIAS):** 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 el fallecimiento o invalidez total y permanente (en sus dos modalidades) del ASEGURADO. Es obligación del ASEGURADO declarar las preeexistencias.

**La póliza 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.**

**DECLARACION PERSONAL DE SALUD (DPS):** Declaración jurada otorgada en forma veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud. La Declaración Personal de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por la ASEGURADORA, y formarán parte de la Póliza de Seguro. De acuerdo a las condiciones del préstamo, la presentación de una DPS de parte del ASEGURADO puede ser obligatoria como requisito para la aceptación del riesgo por parte de LA ASEGURADORA. De ser el caso y como resultado de la evaluación de la DPS, el seguro podrá ser aceptado o rechazado por LA ASEGURADORA. Una declaración falsa de parte del ASEGURADO no generará obligaciones por parte de LA ASEGURADORA.

#### EDADES DEL ASEGURADO:

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

Para las coberturas Fallecimiento, Antípico por enfermedades terminales, Indemnización adicional por Renta Estudiantil, Indemnización adicional por muerte del Asegurado en accidente aéreo y Desamparo Familiar: La edad máxima de ingreso es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 79 años y 364 días. Para las coberturas Invalidez total y permanente por accidente e Invalidez total y permanente por enfermedad: La edad máxima de ingreso es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 74 años y 364 días.

Se deja constancia que, en caso que el ASEGURADO sea incorporado como tal en la Póliza de Seguro, mediante la emisión del Certificado de Seguro correspondiente, una vez superada la edad máxima de ingreso para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, la Póliza 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 Póliza de Seguro y solo con la finalidad de gestionar la solicitud de cobertura, pueda solicitar a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, la exhibición y entrega de su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en poder de éstos, autorizando desde ya a dichos establecimientos de salud a la entrega de su información.

#### **EXCLUSIONES**

Las siguientes exclusiones aplican a las siguientes coberturas de la presente Póliza de seguro: Fallecimiento, Invalidez total y permanente por enfermedad, Invalidez total y permanente por accidente, Antípico por enfermedades terminales, Indemnización adicional por Renta Estudiantil, Indemnización adicional por muerte del Asegurado en accidente aéreo y Desamparo Familiar Súbito. La ASEGURADORA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el siniestro del (os) ASEGURADO (s) ocurra en las siguientes circunstancias:

- a. Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro de Vida Desgravamen.
- b. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, commoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- c. Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero.
- d. 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, commoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.

- e. 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.
- f. Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- 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 y de caballos; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por LA ASEGURADORA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.
- h. Realización de alguna de las siguientes actividades o deportes riesgosos: inmersión submarina, artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, Ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por LA ASEGURADORA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.
- i. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- j. Los accidentes o fallecimiento que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentra bajo influencia de drogas (sin importar su grado de presencia en la sangre) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) siempre que el accidente sea consecuencia directa de estos estados y esta situación sea acto generador del siniestro. Para efectos de esta exclusión, siempre y cuando el siniestro se haya producido como consecuencia de un accidente de tránsito y que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o drogas, si el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- k. La ASEGURADORA no otorgará cobertura al Asegurado en los casos que el siniestro se produzca, directa o indirectamente por las actividades y/u oficios y/o profesiones que se detallan a continuación: tripulante, piloto de vuelos comerciales y no comerciales, marino mercante, chofer de camiones, tráiler, volquete y maquinarias pesadas, ingeniero civil, obreros de construcción, trabajadores de minas, ingeniero electricista, policía, serenazgo, jefe de seguridad, ingeniero petrolero, mecánico, militar, arqueólogo, operador de planta de gas, miembro de las fuerzas armadas o que realice actividades militares, reportero periodista, carpintero, técnico radiólogo, ingeniero químico, bombero, guardaespaldas, buzo, corredor de vehículos motorizados, guía de turismo en rutas desconocidas, escaladas, alpinismo y montañismo, actividades en general con uso de explosivos; salvo que el Asegurado las hubiese declarado

a la ASEGURADORA en el momento de la contratación, y ésta última haya decidido aceptar el riesgo por medio de una comunicación escrita en la cual se detallará si corresponde una sobreprima.

- I. Enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio del seguro o cualquiera de sus rehabilitaciones o a consecuencia de enfermedades infecto contagiosas con características de plagas o epidemias que sean materia de aislamiento o cuarentena

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

**Adicional a las indicadas previamente, aplican:**

- a) Abuso de alcohol o de drogas.
- b) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

**Exclusiones aplicables a la cobertura de Anticipo por enfermedades terminales:**

**Adicional a las indicadas previamente, aplican:**

- a) Abuso de alcohol o de drogas.
- b) Cáncer a la piel, excepto melanomas malignos.

**Exclusiones aplicables a la Cobertura de Desempleo Involuntario**

**a) Empleados del sector Privado:**

- No se cubrirá el desempleo involuntario producido antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.
- Empleados del sector privado contratados a plazo fijo o indeterminado: Cuando el ASEGURADO no se encuentre registrado en planilla del empleador.
- Cuando el siniestro se produzca por alguna causal de Desempleo distinta a las previstas en la póliza de seguro.
- Cuando el Ex – Empleador del ASEGURADO no tenga Oficina registrada en Perú o no esté afecto a las leyes sociales y previsionales determinadas por la legislación peruana del trabajo.
- Cuando no exista Documentación Formal que permita acreditar la existencia de un vínculo laboral con un Ex – Empleador y/o la culminación del mismo.
- Despido por Causas justas relacionadas con la conducta del ASEGURADO.
- Despido por Faltas Graves del ASEGURADO.
- Renuncia del ASEGURADO.
- Jubilación obligatoria u opcional, del ASEGURADO.
- Por término del plazo convenido en el contrato de trabajo, en caso de trabajadores con contrato sujeto a modalidad.
- Personas que trabajan bajo la modalidad de contratos de locación de servicios.
- Las ocurridas dentro del periodo de carencia.
- Cuando no exista deuda.

**b) Empleados del sector Público:**

**b.1) Exclusiones genéricas aplicables a cualquier trabajador del sector público:**

- No se cubrirá el desempleo involuntario producido antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.
- Término de la relación del Empleo Público por:
  - Renuncia voluntaria.

- Cese definitivo.
- Destitución.
- Faltas de carácter disciplinarias.
- La condena penal privativa de la libertad por delito doloso cometido por un servidor público.
- Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público:
  - Pérdida de la nacionalidad.
  - Incapacidad permanente física o mental.
  - Ineficiencia o ineptitud comprobadas para el desempeño del cargo.
- Por término del plazo convenido en el contrato de trabajo.
- Personas que trabajan bajo la modalidad de contratos de locación de servicios.
- Las ocurridas dentro del periodo de carencia.
- Cuando no exista deuda.

**b.2) Exclusiones adicionales respecto a Empleados del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado.**

Se consideran las siguientes exclusiones adicionales a lo indicado en el b.1):

- Cese por las siguientes causas:
  - Solicitud del empleado.
  - Abandono injustificado del cargo.
  - Incapacidad Física o mental permanente debidamente comprobada.
  - Aplicación de sanción disciplinaria.
  - Voluntariamente por tiempo de servicios: 25 años para mujeres y 30 para varones incluyendo los estudios de formación profesional.
  - Personas que trabajan bajo la modalidad de contratos de locación de servicios.
- Cuando no exista deuda.

**b.3) Exclusiones Respecto a Miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales.** Se consideran las siguientes exclusiones adicionales a lo indicado en el b.1):

- Por sanción disciplinaria.
- Por solicitud del propio miembro de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- Personas que trabajan bajo la modalidad de contratos de locación de servicios.
- Cuando no exista deuda.

**Exclusiones aplicables a la Cobertura de Incapacidad Temporal**

- a) No se cubrirá la Incapacidad Temporal debido, causado, o a consecuencia de enfermedades o accidentes ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.
- b) Toda aquella Incapacidad Temporal que no genere hospitalización.
- c) Enfermedades Preexistentes.
- d) Enfermedades mentales o nerviosas.
- e) Embarazo.
- f) Duelos, suicidios, tentativas de suicidios.
- g) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- h) Cirugía Plástica o Cosmética.

- i) Lesiones a consecuencia de un acto delictivo cometido por el ASEGURADO en calidad de autor o cómplice.
- j) Lesiones a consecuencia de Peleas o riñas en que ha intervenido o participado el ASEGURADO, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- k) Lesiones a consecuencia de la participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquéllas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas, tales como: actividades acrobáticas y exhibiciones públicas de esfuerzo físico o mental.
- l) Las lesiones a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas, que no hayan sido declarados por el ASEGURADO al momento de contratar el Seguro o durante su vigencia.
- m) Las lesiones o afecciones que se produzcan con motivo de la práctica o el desempeño de las siguientes actividades, profesiones u oficios claramente riesgosos, siempre que no hayan sido declarados por el ASEGURADO al momento de contratar el Seguro o durante su vigencia: bomberos, mineros, miembros de las Fuerzas Armadas o policiales o seguridad privada o rescatistas o salvavidas cuando estén ejerciendo actividades propias de su profesión u oficio.
- n) Que el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- o) Lesiones a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- p) Daños o pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o nuclear o de cualquier riesgo atómico.
- q) Lesiones o afecciones padecidas con motivo de la intervención del ASEGURADO en motines o tumultos tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar.
- r) Lesiones o afecciones padecidas con motivo de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones guerreras (sea que haya sido declarada o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar, naval o usurpado.
- s) Consecuencia de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de este seguro.
- t) La incapacidad temporal debida a la misma enfermedad o accidente por la cual el ASEGURADO recibirá una indemnización en la Póliza a contratar.
- u) Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas en la columna vertebral.
- v) Guerra (con o sin declaración).
- w) Por fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- x) Las ocurridas dentro del periodo de carencia.
- y) Cuando no exista deuda.

**DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES:** No Aplican

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

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

#### 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 LA ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, podría acarrear la Nulidad del presente Contrato de Seguro.
- La firma del presente documento, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en él por el Asegurado en los términos estipulados por LA ASEGURADORA, en tanto éste haya proporcionado información veraz.
- LA ASEGURADORA es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. Asimismo, será de aplicación lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- 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 los Contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a LA ASEGURADORA.
- La ASEGURADORA comunicará por medios electrónicos al ASEGURADO dentro de los quince (15) días de formulada la solicitud, ya sea directamente o por intermedio del COMERCIALIZADOR, si la presente Solicitud de Seguro ha sido rechazada. En caso de aceptación de la presente Solicitud de Seguro, la ASEGURADORA evidenciará la aceptación del riesgo mediante el envío del correspondiente Certificado de Seguro al ASEGURADO en el mismo plazo.
- Asimismo, en caso que el COMERCIALIZADOR, luego de la evaluación crediticia determine que la solicitud de crédito presentada por el solicitante de este seguro ha sido rechazada, se debe entender que la solicitud del presente seguro queda sin efecto, dada la ausencia de interés asegurable.
- El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente solicitud, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante, salvo en los casos donde la norma vigente haya previsto expresamente a quien deba dirigirse las comunicaciones.
- El Asegurado, mediante la firma del presente documento manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la póliza, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.
- La ASEGURADORA remitirá comunicaciones escritas al domicilio del ASEGURADO, en caso la normatividad vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de LA ASEGURADORA en forma adicional a la comunicación electrónica.

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

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,

expreso, inequívoco, previo e informado para que Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante, "RIMAC SEGUROS") realice el tratamiento de mis datos personales, incluyendo dentro de este concepto a imágenes, fotos y/o cualquier material audiovisual sobre mi persona (en adelante, "Datos Personales"), a fin de ejecutar las relaciones contractuales que mantenga vigentes o que pudiera sostener en el futuro con RIMAC SEGUROS, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que se evalúe la calidad del producto o servicio brindado.

De esta manera, declaro que, los Datos Personales señalados en este certificado, serán objeto de tratamiento en los términos antes indicados y de no proporcionarlos no se me podrá brindar el producto o servicio materia de contratación

Declaro tener conocimiento sobre mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Asimismo, autorizo que para la finalidad descrita en el párrafo precedente, RIMAC SEGUROS realice el tratamiento de mis Datos Personales por encargo a terceros a nivel nacional y/o internacional (mediante Flujo Transfronterizo), pudiendo transferir mis Datos Personales a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al que pertenece.

El listado de los terceros que podrán realizar tratamiento por encargo a nivel nacional se encuentra en [www.rimac.com](http://www.rimac.com). El listado de los terceros que podrán realizar tratamiento por encargo a nivel internacional se encuentra en [www.rimac.com](http://www.rimac.com). A estos terceros les son aplicables las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales que a RIMAC SEGUROS.

Declaro estar informado que la autorización brindada perdurará mientras se mantenga vigente mi relación contractual con RIMAC SEGUROS y hasta por diez (10) años desde culminada la misma. Los Datos Personales serán almacenados en el banco de datos de RIMAC SEGUROS la misma que consta en el domicilio inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N.º 1637.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y 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, 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 ante el Poder Judicial mediante la acción de hábeas data.

## **CONDICIONES COBERTURA DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL**

### **ARTÍCULO 1: DEFINICIONES**

**ANTIGÜEDAD LABORAL:** Es el período mínimo de tiempo ininterrumpido en que el ASEGURADO debe haber permanecido laborando formalmente con un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de desempleo del presente Seguro. El periodo mínimo de antigüedad laboral es de 180 días y aplica sólo para el primer siniestro presentado por Desempleo involuntario.

**BENEFICIO, CAPITAL ASEGURADO O SUMA ASEGURADA:** Es el importe que figura en el Certificado de Seguro y será pagado por La ASEGURADORA al BENEFICIARIO en caso de ocurrencia de un evento o siniestro, bajo los términos de la póliza.

**CUOTA:** Obligación monetaria que el ASEGURADO debe pagar de manera mensual como consecuencia de la Deuda que éste posee con la ENTIDAD FINANCIERA.

**HOSPITALIZACIÓN:** Es la internación por un período mínimo de 24 horas del ASEGURADO en un establecimiento hospitalario o clínica, por un diagnóstico médico y bajo el cuidado y atención de un médico tratante. La hospitalización termina en el día que el ASEGURADO es dado de alta de dicha institución.

**PERIODO ACTIVO MINIMO:** Para la cobertura de Desempleo Involuntario, se entenderá como PERIODO ACTIVO MINIMO, al período de tiempo durante el cual el ASEGURADO que ya ha sido indemnizado por esta cobertura y que posteriormente ha obtenido un nuevo empleo, debe mantenerse en éste para poder invocar la cobertura si incurre nuevamente en Desempleo Involuntario.

El Periodo Activo Mínimo para efectos de la cobertura de Desempleo Involuntario será de 180 días, considerando como fecha de inicio de este plazo, la fecha en la cual el ASEGURADO ha obtenido el nuevo empleo.

Para la cobertura de Incapacidad Temporal, el PERIODO ACTIVO MINIMO es de 180 días, siendo el período de tiempo que debe transcurrir para que el ASEGURADO, que ha sido indemnizado en razón de esta cobertura, pueda invocarla nuevamente si incurre en un nuevo evento de Incapacidad Temporal, no atribuible ni a consecuencia del accidente o enfermedad que originó la indemnización anterior, siempre y cuando el diagnóstico que origine este nuevo evento no sea el mismo que originó el primer siniestro.

**PERIODO DE CARENCIA:** Es el período mínimo, equivalente a 60 días, que el ASEGURADO debe permanecer bajo la cobertura de la póliza sin sufrir eventos y/o siniestros. El periodo de carencia se contabiliza desde la Fecha de Incorporación Individual de cada ASEGURADO a la póliza. Durante el periodo de carencia, en caso de existir un evento y/o siniestro, éste no será indemnizado por la ASEGURADORA.

## **ARTÍCULO 2º OBJETO DEL SEGURO**

El ASEGURADO se obliga al pago de la prima convenida en el Certificado de Seguro y la ASEGURADORA al pago de la suma asegurada prevista a favor del BENEFICIARIO, ante una situación de Desempleo Involuntario, en caso de trabajador dependiente, o Incapacidad Temporal del ASEGURADO, en caso de trabajador independiente, producido durante la vigencia de la Póliza.

Las coberturas de Desempleo involuntario e Incapacidad Temporal son excluyentes entre sí, estando el ASEGURADO cubierto sólo por una de ellas, dependiendo de su condición laboral de trabajador dependiente o independiente. En caso EL ASEGURADO sea trabajador dependiente e independiente a la vez, se considerará cubierto por la póliza según la condición laboral (dependiente o independiente), cuyo ingreso represente más del 50% de los ingresos netos totales de EL ASEGURADO.

Asimismo, El ASEGURADO que cambie su condición laboral de trabajador dependiente a trabajador independiente o viceversa, estará cubierto por la póliza ya sea por Desempleo Involuntario o Incapacidad temporal dependiendo de la condición que tenga en el momento de la materialización del siniestro o evento.

## **ARTÍCULO 3º CONDICIONES PARA SER ASEGURADO BAJO LA PÓLIZA**

### **1. Cobertura de Desempleo Involuntario**

Serán asegurables los trabajadores personas naturales, mayores de 18 años, que se encuentren ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia para un empleador, en virtud de un contrato de trabajo y que cuenten con una antigüedad laboral según las condiciones de la póliza.

Se considerarán como trabajadores dependientes los trabajadores que tengan:

- Contrato de trabajo a tiempo indefinido, verbal o escrito, perciban un ingreso económico mensual producto de este contrato y necesariamente se encuentren registrados en la planilla del empleador bajo estas condiciones.
- Contrato de trabajo sujeto a modalidad, de naturaleza temporal, a plazo fijo mayor a un año, siempre que estén debidamente inscritos en el Ministerio de Trabajo, perciban un ingreso económico mensual producto de este contrato y necesariamente se encuentren registrados en la planilla del empleador bajo estas condiciones.

Los trabajadores dependientes podrán ser ASEGURADOS por la póliza, bajo la cobertura de desempleo involuntario, siempre que i) tengan la condición de deudores de la ENTIDAD FINANCIERA por algún tipo de crédito detallado en el Certificado de Seguro y ii) cumplan con los requisitos de asegurabilidad señalados en el presente documento.

### **2. Cobertura de Incapacidad Temporal**

Podrán ser ASEGURADOS bajo la cobertura de Incapacidad Temporal, las personas naturales mayores de 18 años, que no sean trabajadores dependientes, siempre que i) tengan la condición de deudores de la ENTIDAD FINANCIERA por algún tipo de crédito detallado en el Certificado de Seguro y ii) cumplan con los requisitos de asegurabilidad señalados en el presente documento.

### **3. Edades límites:**

#### **Para la cobertura de Desempleo Involuntario:**

La edad máxima de ingreso es 70 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 75 años y 364 días.

#### **Para la cobertura de Incapacidad Temporal:**

La edad máxima de ingreso es 68 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 69 años y 364 días.

## **ARTÍCULO 4º ALCANCES DE LAS COBERTURAS**

### **I. Cobertura de Desempleo Involuntario**

#### **1. Alcances:**

Se entiende por Desempleo Involuntario aquel que se produzca por circunstancias no imputables al actuar del ASEGURADO y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales según lo indicado en la póliza.

En caso el ASEGURADO, trabajador dependiente, tenga más de un (1) empleador y se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario en alguno de ellos, no corresponderá la cobertura de Desempleo. Sólo habrá cobertura si el ASEGURADO no cuenta con ningún vínculo laboral. Las causales de Desempleo Involuntario cubiertas por la Póliza, según el sector o Ley bajo la cual labore el trabajador dependiente, serán las que se detallan en este artículo.

2. Para que un siniestro esté cubierto bajo la Cobertura de Desempleo Involuntario deberá tener su origen en alguna de las siguientes causales de término de relación laboral:

## **2.1. EMPLEADOS DEL SECTOR PRIVADO:**

### **2.1.1. Empleados del sector privado contratados a plazo indefinido:**

- Detrimiento en la facultad física o mental o la ineptitud sobrevenida determinante para el desempeño de sus tareas (Artículo 23º Ley de Productividad y Competitividad Laboral).
- El rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo condiciones similares (Artículo 23º Ley de Productividad y Competitividad Laboral).
- Despido Arbitrario, sólo después que se haya materializado el pago de indemnización a la que tiene derecho el trabajador.
- Despido Colectivo, sólo después de que el Cese Colectivo se haya materializado, lo cual deberá acreditar en cumplimiento del trámite establecido en la Ley de Productividad y Competitividad Laboral. Despido Arbitrario, sólo después que se haya materializado el pago de indemnización a la que tiene derecho el trabajador.
- Por mutuo acuerdo entre el empleador y el trabajador o por renuncia del trabajador, siempre y cuando, en cualquiera de los dos casos, en la liquidación de beneficios sociales, firmada y sellada por el empleador, conste que al ASEGURADO se le ha otorgado un pago bajo el concepto de compensación o bonificación extraordinaria equivalente como mínimo a una (1) remuneración mensual por cada año trabajado.

### **2.1.2.Empleados del sector privado contratados a plazo fijo:**

Las mismas causales previstas precedente en el numeral 1.1 serán de aplicación, en lo que corresponda, para los contratos de trabajo sujetos a modalidad de naturaleza temporal considerados en el artículo 54 del TUO del Decreto Legislativo 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral:

- Contrato por inicio o lanzamiento de una nueva actividad.
- Contrato por necesidad de mercado.
- Contrato por ReconvenCIÓN Empresarial.

## **2.2. EMPLEADOS DEL SECTOR PÚBLICO:**

### **2.2.1 Respecto de Empleados Públicos en General:**

Cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del empleado o funcionario público; ni por término natural del plazo previsto en el contrato de trabajo.

### **2.2.2 Empleados del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado:**

Suspensión absoluta o cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del docente o personal administrativo regido bajo esta Ley.

### **2.2.3 Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales:**

Causal de retiro temporal o absoluto contemplada en sus respectivas Leyes Orgánicas, Estatutos y Reglamentos de Personal, pero única y exclusivamente en la medida que la causal de cesantía invocada cumpla con los siguientes requisitos:

- Que el retiro o baja se deba a causa no imputable a la voluntad o a la conducta del miembro de las Fuerzas Armadas o Policial.
- Que el retiro o baja NO implique para el integrante retirado o dado de baja el pago de una pensión o jubilación por dicho concepto.
- Invitación al Retiro por renovación administrativa

**II. Cobertura de Incapacidad Temporal****1. Alcances:**

Es la incapacidad que por causa de un accidente o enfermedad impide al ASEGURADO ejercer total o parcialmente su actividad laboral. Para efectos de la Póliza, no se cubrirá la Incapacidad Temporal debido, causado, o a consecuencia de enfermedades o accidentes ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura, o por aquellas situaciones excluidas para la cobertura de Incapacidad Temporal. La Incapacidad Temporal es determinada por el Médico tratante del ASEGURADO a través de la emisión del certificado médico.

**ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS**

- La firma de esta solicitud de Seguro supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el Contratante en los términos estipulados por RIMAC, en tanto el Contratante hubiera proporcionado información veraz.
- El ASEGURADO firma la presente solicitud declarando haber tomado conocimiento de las condiciones del seguro de Desgravamen.

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



RICHARD MAURICCI  
Vicepresidente  
División de Seguros Personas  
Rimac Seguros y Reaseguros

-----  
Firma del Asegurado Titular 1 y Titular 2