

## CONTRATO PRÉSTAMO PERSONAL CONTIFACIL - VEHICULAR

En este documento están establecidas las condiciones del Contrato de Préstamo Personal Contifacil ("Contrato") que el Cliente (en adelante "Usted") y el BANCO BBVA PERU ("Banco") firman. Sus datos y los datos del Banco están indicados al final de este documento.

Este documento es un contrato. Léalo detenidamente. Su firma representa la aceptación de todas y cada una de las condiciones y acuerdos contenidos en el mismo. El Banco puede exigir el cumplimiento de estas obligaciones incluso ante el Poder Judicial.

### 1. FINALIDAD DE ESTE CONTRATO

Usted y el Banco firman este Contrato para que el Banco le conceda, una vez que cumpla con todas las condiciones establecidas por el Banco, un préstamo personal ("Préstamo").

**IMPORTANTE:** Usted pagará el Préstamo al Banco en el plazo señalado en el Numeral 17.

### 2. MONTO DE DINERO QUE SE PRESTA

El Préstamo es por el monto de dinero señalado en el Numeral 17 que el Banco le entrega (desembolsa) en la cuenta bancaria señalada por Usted en el Banco. Recuerde que Usted podrá confirmar el desembolso verificando su cuenta a través de los canales que el Banco pone a su disposición (Oficinas, Banca por Internet, Banca Móvil, entre otros).

### 3. PARA QUÉ ES ESTE PRÉSTAMO

El Préstamo sirve (i) para que Usted pueda cubrir eventuales necesidades de dinero en efectivo o (ii) para que Usted financie la compra de algún bien o servicio. En el primer caso, Usted puede retirar el dinero de la cuenta en la que el Banco haya depositado el Préstamo. En el segundo caso (el Préstamo es concedido para que compre un bien o un servicio), Usted acepta que el importe del Préstamo sea entregado por el Banco directamente al vendedor del bien o al proveedor del servicio (que es la persona que le ofrece el servicio).

**IMPORTANTE:** Si usa el Préstamo para comprar el bien o servicio que elija, Usted debe asegurarse de la calidad de los mismos, pues el Banco no evalúa si el bien o el servicio tienen la calidad o las condiciones esperadas por Usted, o si el vendedor o el proveedor es el adecuado. Si el bien o el servicio tiene algún problema o si el vendedor o el proveedor incumple, Usted tendrá que presentar los reclamos correspondientes al vendedor o al proveedor. Los problemas con el bien, el servicio, el vendedor o el proveedor no cambian la obligación que Usted tiene de pagar al Banco el Préstamo.

### 4. CÓMO SE PAGA ESTE PRESTAMO Y EN QUÉ FECHAS

Usted debe pagar el Préstamo al Banco en las cuotas y fechas establecidas en el Cronograma de Pagos ("Cronograma") y en la Hoja de Resumen Informativa ("Hoja Resumen" - Anexo No. 1). El Cronograma y la Hoja de Resumen son documentos que forman parte de este Contrato.

**IMPORTANTE:** Lea cuidadosamente estos documentos. Su firma en este Contrato supone que está de acuerdo con el Cronograma y Hoja Resumen.

Usted debe pagar las cuotas del Préstamo ("Cuotas") en la moneda del Préstamo. Esto quiere decir que si Usted recibió el Préstamo en Soles, debe pagar las Cuotas en Soles; mientras que si Usted recibió el Préstamo en Dólares (o en otra moneda), debe pagar las Cuotas en Dólares (o en la moneda en la que recibió el Préstamo).

Si el dinero (fondos) que Usted tiene para pagar las Cuotas está en una moneda distinta a la moneda del Préstamo, el Banco podrá comprar con ese dinero (fondos) la moneda del Préstamo, aplicando el tipo de cambio que tenga vigente en el momento de la compra. Es decir, si su Cuota está en Dólares y en sus cuentas tiene Soles en cantidad suficiente, el Banco podrá comprar con esos Soles los Dólares necesarios, según el tipo de cambio que el Banco tenga establecido, para hacer efectivo el pago de su Cuota.

Usted debe señalar una cuenta en el Banco ("Cuenta de Pagos") para depositar en esa cuenta de Pagos los montos para el pago de las Cuotas. El Banco podrá establecer otras formas para que Usted efectúe estos pagos, informándole previamente.

**IMPORTANTE:** En la Cuenta de Pagos, el Banco podrá cobrar el monto de las Cuotas, que incluyen capital e intereses; así como, cualquier otro concepto establecido en la Hoja Resumen y/o en el Cronograma (por ejemplo, seguros, gastos,etc).

#### Qué ocurre si no tiene dinero (fondos) suficientes en la Cuenta de Pagos

Si en las fechas de pago de las Cuotas, la Cuenta de Pagos no tiene dinero (fondos) suficiente, el Banco podrá cobrar las Cuotas, así como, cualquier otro concepto establecido en la Hoja Resumen y/o en el Cronograma, de cualquier otra cuenta que Usted tenga en el Banco , sea en moneda nacional o en moneda extranjera. Además, el Banco podrá hacer uso del derecho de compensación mencionado en la cláusula 9 (a) del presente Contrato.

**IMPORTANTE:** Para evitar comisiones o gastos adicionales, señalados en la Hoja Resumen, Usted debe mantener en la Cuenta de Pagos o entregar al Banco hasta la fecha de vencimiento de las Cuotas, el dinero (fondos) suficiente para pagar las Cuotas en la moneda del Préstamo.

### 5. QUÉ DEBE PAGAR USTED AL BANCO POR EL PRESTAMO QUE RECIBE

Usted debe pagar al Banco el capital, los intereses compensatorios, los intereses moratorios o la penalidad (según corresponda), los seguros, las comisiones, los gastos y los demás conceptos descritos en la Hoja Resumen.

El capital es el monto que el Banco le presta. Los intereses compensatorios son los que el Banco recibe por el monto que le ha prestado. Los intereses moratorios o la penalidad, es el monto adicional que Usted pagará si se retrasa en el pago de las Cuotas. Las comisiones

y los gastos son los montos que pagará por otros servicios que con relación al Préstamo Usted recibe.

## 6. QUÉ OCURRE SI USTED NO PAGA LAS CUOTAS EN LAS FECHA DE VENCIMIENTO

Si las Cuotas no son pagadas a más tardar en las fechas de pago previstas en el Cronograma (fecha de vencimiento), Usted tendrá que pagar, adicionalmente a los intereses compensatorios y sin necesidad de que el Banco se lo solicite, intereses moratorios o la penalidad (según corresponda conforme a la Hoja Resumen). La tasa de estos intereses figura en la Hoja Resumen.

Los intereses moratorios o la penalidad (según corresponda), se aplicará(n) automáticamente desde el día siguiente a la fecha de vencimiento de la Cuota no pagada hasta el día en que ésta sea totalmente pagada.

Adicionalmente, de ser el caso, Usted tendrá que pagar los gastos (notariales y judiciales) y las comisiones que resulten aplicables según la Hoja Resumen.

## 7. USTED PUEDE REALIZAR PAGOS ANTICIPADOS Y/O ADELANTO DE CUOTAS

Usted tiene derecho a efectuar pagos anticipados, en forma total o parcial. El pago anticipado es aquel pago mayor a dos (02) cuotas (que incluye la exigible en el periodo). Si lo hace, se aplicara al capital del préstamo, los intereses que el Banco cobra se reducirán proporcionalmente al día de pago y se deducirán las comisiones y gastos que pudieran corresponder a esa fecha.

Si Usted decide realizar un pago anticipado parcial, debe elegir previamente, entre: disminuir el monto de las Cuotas o reducir el plazo del Préstamo, para lo cual se emitirá un nuevo cronograma de pagos en caso Usted lo solicite.

Asimismo, Usted podrá solicitar pagar su(s) Cuota(s) antes del vencimiento (adelanto de cuota) sin que esto signifique que es un pago anticipado y sin que se reduzcan intereses, comisiones ni gastos.

En caso decida adelantar su(s) de cuota(s), el monto en exceso al pago de la Cuota del periodo, se aplicará a la(s) Cuota(s) inmediata(s) posterior(es) a la exigible en el periodo.

Usted podrá realizar el pago anticipado o el adelanto de cuotas, siempre que, se encuentre al día en el pago de sus cuotas del cronograma y de su(s) seguro(s).

## 8. QUÉ BENEFICIO LE OTORGA A USTED ESTE PRÉSTAMO

Este Préstamo le otorga a Usted el siguiente beneficio:

Cambiar la fecha de pago de las Cuotas del Préstamo. Las características de este beneficio son:

- ¿Cuántas veces puede solicitarlo?: (10) diez veces durante el plazo del Préstamo.
- ¿Cuántas veces al año puede solicitarlo?: (2) dos veces.
- Entre cada solicitud para hacer uso del beneficio debe haber, por lo menos, seis (6) meses.
- Este beneficio aplica a partir del día siguiente del desembolso del Préstamo en la cuenta del Cliente.

**IMPORTANTE:** Si usa este beneficio, el Banco efectuará un nuevo cálculo de intereses total y emitirá un nuevo Cronograma en reemplazo del anterior. La nueva fecha de pago de Cuota estará indicada en el nuevo Cronograma, el cual podrá recoger en cualquier Oficina a partir del segundo día hábil siguiente de solicitado el beneficio. Este Nuevo Cronograma formará parte del Contrato en el que el monto de las Cuotas se incrementará.

Para poder usar el beneficio, Usted debe (i) encontrarse al día en los pagos y (ii) solicitar el beneficio correspondiente por lo menos dos (2) días hábiles antes (de lunes a viernes) de la fecha de vencimiento de la Cuota cuyo vencimiento desea modificar.

Usted podrá solicitar el beneficio (i) por escrito o (ii) por Banca por Teléfono; en este último caso el Cliente debe llamar antes de las 18:00 horas del día hábil (de lunes a viernes).

## 9. DERECHOS QUE TIENE EL BANCO EN ESTE CONTRATO

Sin perjuicio de los demás derechos establecidos en otros Numerales del Contrato o en las leyes aplicables, el Banco tiene los siguientes derechos:

(a) **Derecho de Compensar.** De conformidad con lo dispuesto por el Numeral 11 del artículo 132 de la Ley 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, el Banco puede hacer efectivo el cobro de las Cuotas y de cualquier otra suma que Usted adeude por este contrato, así como de cualquier otra obligación que tenga con el Banco, empleando el dinero (fondos) existente en las cuentas y/o depósitos que Usted tenga o pueda tener en el Banco. Esta facultad se extiende a cualquier otro bien (acciones, valores etc.) que Usted tenga o pueda tener en el Banco. No serán objeto de compensación los activos legal o contractualmente declarados intangibles o excluidos de este derecho.

**EJEMPLO:** Si Usted mantiene frente al Banco una deuda pendiente (vencida) de pago por un monto de 100, el Banco puede dar por cancelada esa deuda empleando cualquier depósito que, hasta por 100, Usted tenga o pueda tener en el Banco. Si Usted tuviera un depósito de 50, el Banco podrá cobrar los 50 a cuenta de la deuda de 100.

**IMPORTANTE:** Usted autoriza irrevocablemente al Banco a compensar con cualquiera de la(s) cuenta(s) que mantenga o pudiera mantener, incluso en aquellas en las cuales le paguen sus haberes (sueldo, remuneración, etc.), así como a vender cualquier bien que el Banco tenga en su poder, para hacer posible el ejercicio de este derecho.

(b) **Centralización.** El Banco podrá reunir en una o más cuentas que Usted tenga o pueda tener en el Banco todos los montos que adeude, así como todos los montos que a Usted le adeude el Banco. Cuando estos montos estén expresados en una moneda distinta de la moneda del Préstamo, el Banco aplicará los tipos de cambio que se encuentren vigentes en el momento en que adquiera la moneda del Préstamo.

Usted autoriza irrevocablemente al Banco y/o Empresas del Banco a realizar, en su nombre y representación, todas las operaciones y transacciones que sean necesarias (incluyendo la venta de bienes) para hacer posible el ejercicio de este derecho.

(c) **Derecho de Modificar el Contrato.** El Banco puede cambiar las condiciones del Contrato; en especial las comisiones, los gastos, las penalidades. El Numeral 10 describe cómo el Banco puede usar este derecho y qué puede hacer Usted en este caso.

(d) **Derecho de Terminar Anticipadamente el Contrato** (Resolución). El Banco puede resolver el Contrato (terminar el Contrato antes del vencimiento del Plazo del Préstamo). El Numeral 12, señala cómo el Banco puede usar este derecho y qué consecuencias le causan a Usted.

**IMPORTANTE:** Usted también tiene el derecho de terminar este Contrato, salvo que tuviese obligaciones pendientes de pago con

el Banco, en cuyo caso la terminación (resolución) formulada por Usted no surtirá efecto. En caso decida hacerlo, Usted podrá emplear los canales que el Banco ponga a su disposición.

- (e) **Derecho de Abrir una Cuenta Corriente Sin Chequera.** El Banco puede abrir una cuenta corriente sin chequera a nombre de Usted para registrar los depósitos o los retiros que Usted realice de acuerdo al Contrato y/o a otros contratos entre Usted y el Banco. La apertura de esta cuenta no modifica ni reemplaza al Préstamo o al Contrato.
- (f) **Derecho de Cesión.** El Banco puede transferir a un tercero, de manera total o parcial, sus derechos y/o sus obligaciones del Contrato. Usted acepta en forma anticipada que el Banco haga efectiva la cesión.

## 10. BAJO QUE CONDICIONES EL BANCO PUEDE MODIFICAR ESTE CONTRATO

El Banco puede modificar las comisiones y/o los gastos, en cualquiera de los siguientes casos:

- (a) Si Usted tiene una nueva situación crediticia o de riesgo que, a criterio del Banco, justifica el cobro de comisiones y/o gastos distintos.
- (b) Si se produce un hecho o se emite una disposición legal que cambie o que pueda cambiar las actuales condiciones del mercado financiero, del mercado de capitales, de la política monetaria, de la situación política o de la situación económica del país.
- (c) Si se produce un hecho o se emite una disposición legal que cambie o que pueda cambiar las condiciones financieras, económicas, cambiarias, bancarias o legales locales y/o internacionales.
- (d) Si se produce una crisis financiera nacional o internacional.
- (e) Si se produce un hecho ajeno al Banco o se emite una disposición legal que afecte los costos, las condiciones o las características del Préstamo.
- (f) Si se produce un aumento de los costos de los servicios (prestados por terceros o por el Banco) vinculados a un producto y pagados por Usted.
- (g) Si se produce un hecho ajeno a Usted y al Banco que califique como caso fortuito o fuerza mayor (por ejemplo: un desastre natural, un acto de terrorismo, una declaración de guerra, etc.).
- (h) Si se produce un hecho o circunstancia que cambia las condiciones de riesgo o de crédito bajo las cuales fue aprobado este Préstamo.

Asimismo, el Banco puede modificar penalidades y otras condiciones contractuales distintas a las tasas de interés, comisiones y/o gastos en cualquier caso, así como incorporar nuevas comisiones, penalidades y/o gastos, cuando lo considere conveniente.

En cualquiera de estos casos, el Banco le enviará una comunicación, con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a la fecha en que se aplicarán las nuevas comisiones, gastos, penalidades y/u otras condiciones contractuales. Las comunicaciones de las modificaciones se efectuaran conforme a lo previsto en el Numeral 14 a para las comunicaciones directas.

Dentro del plazo indicado en el párrafo anterior y de no estar de acuerdo con las modificaciones efectuadas por el Banco, Usted podrá terminar (resolver) de manera anticipada (antes que finalice el plazo establecido) el Contrato, comunicando su decisión por escrito al Banco.

Desde la fecha en que Usted nos comunique su decisión de terminar (resolver) el Contrato, contará con un plazo de cuarenta y cinco (45) días para pagar la totalidad del Préstamo. Vencido este plazo, se tendrá por terminado (resuelto) el Contrato y Usted deberá, si no lo ha hecho aún, pagar al Banco de manera inmediata la totalidad del Préstamo, de acuerdo con la liquidación que el Banco efectúe.

El Banco también podrá incorporar nuevos servicios que no se encuentren directamente relacionados con la Cuenta o Servicio contratado, lo cual le será comunicado con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a la fecha en que se aplicarán estos nuevos servicios. Esta comunicación, se efectuara de la misma forma prevista en éste numeral.

En este caso, si Usted no estuviera de acuerdo, deberá informarlo por escrito al Banco dentro del mismo plazo. Ello no supone la terminación (resolución) anticipada del contrato". Recuerde que su silencio es aceptación expresa para las modificaciones informadas por el Banco.

Si el Banco realiza modificaciones a las condiciones del Contrato en su beneficio, se aplicarán de forma inmediata y Usted será informado a través de cualquiera de los mecanismos establecidos en el Numeral 14 a.

**IMPORTANTE:** En cualquier caso, Usted nos autoriza a interpretar que su silencio supone la aceptación a la incorporación de nuevas prestaciones o nuevos pagos por productos o servicios no requeridos previamente.

## 11. BAJO QUE CONDICIONES SE PUEDEN MODIFICAR LAS TASAS DE INTERÉS DE ESTE CONTRATO

Las tasas de interés, se pueden modificar:

- (a) Cuando se sustituye el Préstamo otorgado por uno nuevo o cuando Usted es sustituido por otro deudor. Es decir, cuando se produce la novación del Préstamo.
- (b) Si Usted y el Banco acuerdan modificar las tasas de interés. Su consentimiento quedará registrado en cada oportunidad que se produzca el cambio, en documentos adicionales, grabaciones telefónicas, correos electrónicos, mensajes de texto SMS y/o cualquier otra forma prevista por los canales que el Banco pone a su disposición (Banca por Teléfono, Banca por Internet, Banca Móvil, etc).
- (c) Si la Superintendencia de Banca y Seguros lo autoriza.

En cualquiera de estos casos, las modificaciones, surtirán efecto de forma inmediata.

## 12. BAJO QUE CONDICIONES EL BANCO PUEDE TERMINAR DE MANERA ANTICIPADA EL CONTRATO (RESOLUCIÓN)

El Banco puede terminar de manera anticipada antes de que finalice el plazo (Resolver) en cualquiera de los siguientes casos:

- (a) Si Usted deja de pagar una o más Cuotas según el Cronograma, sea en forma alternada o consecutiva; o si Usted incumple con pagar cualquier otra suma adeudada al Banco en virtud del Contrato o de otros contratos celebrados con el Banco.
- (b) Si el Banco considera que Usted ha usado o ha dispuesto sus bienes o sus recursos económicos en una forma que pone en peligro su patrimonio o su solvencia económica.
- (c) Si usted es declarado en insolvencia, quiebra, concurso o situación similar.
- (d) Si Usted asume nuevas deudas o compromisos bajo cualquier contrato o acuerdo ante cualquier otro banco o persona natural o jurídica (por ejemplo: préstamos, fianzas, avales, etc.) sin autorización escrita previa del Banco.
- (e) Si Usted no da las garantías solicitadas por el Banco.

- (f) Si el Banco toma conocimiento de hechos, circunstancias y/o informaciones que le hagan presumir que Usted pueda estar realizando o financiando actividades ilegales, actividades que dañen al medio ambiente y/o actividades que vayan en contra de las normas laborales establecidas por la autoridad competente.
- (g) Si a la fecha de celebración del Contrato, Usted padecía de enfermedad diagnosticada o preexistente de su conocimiento y no lo informó.
- (h) Si la Declaración de Salud efectuada por Usted para contratar cualquier seguro no es cierta o exacta.
- (i) Si Usted no contrata, cede (endosa) o mantiene vigentes cualquiera de los Seguros que el Banco le solicite.
- (j) Si Usted fallece y siempre que el Banco tenga conocimiento formal de ello.

En cualquiera de los supuestos indicados, el Banco le comunicará a Usted su decisión de terminar de manera anticipada el Contrato. Tan pronto el Banco le notifique a Usted su decisión, el Contrato terminará (resuelto). En este caso, Usted deberá pagar al Banco de manera inmediata la totalidad del Préstamo, de acuerdo con la liquidación que el Banco efectúe. La terminación del Contrato no afectará a las garantías otorgadas a favor del Banco, las que se mantendrán vigentes hasta que Usted cumpla con pagar al Banco la totalidad del Préstamo.

## 13. OTROS SUPUESTOS EN LOS QUE EL BANCO PUEDE MODIFICAR O TERMINAR DE MANERA ANTICIPADA EL CONTRATO

De acuerdo con el Código Civil, con la Ley No. 26702 y con las disposiciones emitidas por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (Disposiciones Prudenciales), en caso que Usted se encuentre sobreendeudado; o se presume que está vinculado o se encuentre comprendido en investigaciones por delitos relacionados a actividades de lavado de activos, tráfico ilícito de drogas y/o financiamiento del terrorismo, o haya presentado al Banco información y/o documentación falsa, incompleta, inexacta, inconsistente con la información proporcionada anteriormente por Usted, el Banco puede:

- modificar el Contrato en aspectos distintos a las tasas de interés, comisiones y/o gastos, sin necesidad de enviar aviso previo alguno; o
- dar por terminado el Contrato de manera anticipada (Resolución).

El Banco comunicará su decisión dentro de los siete (7) días posteriores a la fecha en que hace efectiva la misma.

Asimismo, en aplicación de las Disposiciones Prudenciales el Banco puede decidir no contratar con Usted.

## 14. ASPECTOS ADICIONALES QUE DEBEN SER CONSIDERADOS POR USTED

Usted debe considerar algunos aspectos adicionales que son importantes para el desarrollo del Contrato: (a) las formas en las que el Banco se comunicará con Usted; (b) la firma de letras, pagarés u otros títulos valores que Usted realice; (c) la contratación de seguros; (d) la contratación por medios distintos al escrito; y (e) la forma de solucionar las eventuales disputas entre el Banco y Usted:

- (a) Formas de Comunicación: El Banco se comunicará con Usted indistintamente a través de:

1. Medios de comunicación directa que pueden ser físicos o electrónicos tales como: (i) comunicaciones al domicilio del Cliente; (ii) correos electrónicos; (iii) mensajes en estados de cuenta; (iv) llamadas telefónicas; (v) notas de cargo - abono, en tanto el Banco le envíe o entregue esta comunicación; (vi) vouchers de operaciones en tanto se envíe o entregue esta comunicación a Usted, se le comunique en forma clara la información que el Banco le quiere hacer llegar o los cambios en su(s) Contrato(s), se observen los derechos que Usted tiene y se respete el plazo de comunicación anticipada; o, (vii) mensajes de texto (SMS); (viii) página Web del Banco; (ix) mensajes a través de Banca por Internet; (x) cajeros automáticos; (xi) ,mensajes en redes sociales; u,
2. Otros medios de comunicación que le permitan a Usted tomar conocimiento de cualquier información, como: (i) avisos en cualquiera de las Oficinas del Banco; y/o, (ii) avisos en cualquier diario, periódico o revista de circulación nacional, a elección del Banco.

Las comunicaciones realizadas a través de los medios antes mencionados serán suficientes para Usted.

Para comunicar las modificaciones referidas a (i) tasas de interés, penalidades, comisiones, gastos, cronograma de pagos que no sean favorables a Usted; (ii) término (resolución) del Contrato por causal distinta al incumplimiento; (iii) limitación o exoneración de responsabilidad del Banco; y/o (iv) incorporación de servicios que no se encuentren directamente relacionados al préstamo; el Banco usará entre los medios de comunicación señalados en el párrafo anterior, aquellos de comunicación directa.

Para comunicar modificaciones distintas a las señalados en el párrafo anterior y/o informarle sobre el monto de su deuda, fechas de pago, últimos pagos, cobros efectuados, pólizas de seguros, campañas comerciales y cualquier otra información relacionada con las operaciones que Usted tenga con el Banco, así como, modificaciones que sean beneficiosas para Usted, el Banco podrá utilizar cualquiera de los medios de comunicación mencionados en este literal.

En caso de existir diferencia sobre la información de sus operaciones, prevalecerá aquella que se encuentre registrada en el Banco.

**IMPORTANTE:** Usted es responsable del adecuado uso de la información que el Banco le envíe a través de cualquiera de las formas indicadas en este literal (a).

Si Usted no se encuentra conforme recuerde que podrá acudir al Defensor del Cliente Financiero, Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) o INDECOP.

- (b) Emisión de Títulos Valores: Si usted firma alguna letra, pagaré u otro título valor a favor del Banco, este último seguirá manteniendo sus mismos derechos a cobrar el Préstamo. Las letras, pagarés u otros títulos valores que Usted suscriba a favor del Banco no modificarán ni sustituirán al Préstamo o al Contrato. Si las letras, pagarés o títulos valores suscritos por Usted a favor del Banco se extravian o se dañan de cualquier forma, el Banco seguirá teniendo los mismos derechos frente a Usted para cobrar el Préstamo.

- (c) Contratación de seguros: Al tomar éste préstamo, Usted deberá contratar el (los) seguro(s) ("Seguros") que le solicite el Banco. Puede contratarlos a través del Banco o en forma directa con la Compañía de Seguros de su elección. En este último caso, debe tener en cuenta lo siguiente:

- i. Los Seguros deben cumplir con las condiciones que le son informadas previamente y que el Banco exige;
- ii. Los Seguros deben ser cedidos (endosados) a favor del Banco;
- iii. Los Seguros deben estar vigentes durante todo el plazo del Préstamo. Si fuera el caso, Usted es el responsable de renovar el seguro las veces que sea necesario.
- iv. Si los Seguros fuesen variados, modificados o suprimidos, Usted debe comunicar éste hecho al Banco tan pronto como tenga conocimiento del mismo. Si la Compañía de Seguros le solicita a Usted cumplir nuevos requerimientos, Usted debe cumplirlos; en caso de no hacerlo, será de su exclusiva responsabilidad no contar con el seguro correspondiente.

Si Usted emplea el beneficio establecido en el Numeral 8, el plazo de vigencia de los Seguros se extenderá según corresponda. De ser necesario, Usted suscribirá nuevas pólizas de seguros bajo las mismas condiciones y coberturas.

**IMPORTANTE:** Si elige contratar los Seguros a través del Banco, éste se encarga de la renovación de los mismos. Recuerde que los seguros deberán estar vigentes durante todo el plazo del Préstamo.

Sin perjuicio de lo indicado, el Banco puede contratar, renovar y/o mantener vigente los Seguros. Si lo hace Usted debe rembolsar de inmediato los costos y gastos en que incurra. De ser el caso, el Banco podrá cobrar dichos costos y gastos de cualquiera de la(s) cuenta(s) que mantenga o pudiera mantener en él.

(d) **Firma Electrónica**

Su firma puede ser manuscrita o electrónica. La firma manuscrita, es la firma que Usted escribe a mano, o su huella digital en caso corresponda. La firma electrónica, es la que Usted brinda a través de un medio electrónico, como, por ejemplo: el ingreso de claves o contraseñas, grabación de voz, uso de medios biométricos, firma o certificado digital, entre otros.

Usted podrá utilizar su firma manuscrita o electrónica para identificarse (factores de autenticación) y aceptar contratos y/u operaciones del Banco, como por ejemplo: abrir cuentas, realizar retiros o transferencias, contratar servicios y/o productos (préstamos de libre disponibilidad, adelanto de sueldo, tarjetas crédito, o cualquier otro que el Banco le ofrezca).

**IMPORTANTE:** Su firma electrónica podrá ser brindada de forma presencial en Oficinas del Banco o no presencial a través de los canales que el Banco ponga a su disposición, como por ejemplo: Página Web, Banca por Internet, Banca por Teléfono, Cajeros Automáticos, entre otros.

Si Usted usa su firma electrónica, ya sea en forma presencial o no presencial, el Banco le enviará por correo electrónico, la documentación contractual correspondiente.

(e) **Formas de Solucionar Eventuales Disputas o Conflictos:** En caso que surja alguna duda, disputa o controversia entre Usted y el Banco sobre la validez del Contrato, la interpretación o la ejecución del Contrato, o cualquier aspecto vinculado al Contrato, Usted y el Banco se someterán a la competencia de los Jueces y Salas Comerciales de la oficina del Banco donde se otorgó el presente Préstamo. En caso de no existir en dicho lugar Jueces y Salas Comerciales, Usted y el Banco se someterán a los Jueces y Tribunales Civiles de dicho lugar.

## 15. FIRMA DE PAGARÉ

De acuerdo a la Ley N° 27287, Ley de Títulos Valores, y a la Circular SBS N° G-0090-2001, Circular sobre Título Valor emitido en forma incompleta, Usted firma un pagaré incompleto ("Pagaré") a favor del Banco. El Pagaré será completado por el Banco siguiendo estas reglas:

- (a) El Pagaré indicará el número del Préstamo.
- (b) La fecha de emisión del Pagaré será la misma que la fecha de suscripción del Contrato.
- (c) El Banco completará el Pagaré si, por cualquier razón, Usted debe pagar de manera inmediata la totalidad del Préstamo. El Pagaré será llenado por el monto total de su deuda, según el cálculo (liquidación) efectuado por el Banco.
- (d) La fecha de vencimiento del Pagaré será la fecha en la que el Banco realice el cálculo (liquidación) de la suma que Usted deba. Desde la fecha de vencimiento del Pagaré hasta la fecha en la que Usted lo pague se seguirán generando intereses compensatorios y moratorios a las tasas pactadas.
- (e) El pagaré será emitido con la "Cláusula Sin Protesto". Sin perjuicio de ello, el Pagaré podrá ser protestado.
- (f) El Banco podrá transferir el Pagaré.

**IMPORTANTE:** No firme este documento si Usted no ha recibido una copia del Pagaré o si no ha sido informado por el Banco acerca de los mecanismos legales que lo protegen.

## 16. OTORGAMIENTO DE GARANTÍAS A FAVOR DEL BANCO

Firman este Contrato, la(s) persona(s) natural(es) y/o jurídica(s) que se constituyen como fiador(es) Solidario(s), en consecuencia, asumirá(n) la obligación de pagar al Banco todas las sumas que Usted deba o pueda deber al Banco por el Préstamo y por este Contrato.

El(los) fiador(es) acepta(n) desde ya las prórrogas (ampliación del plazo del vencimiento del Préstamo) y renovaciones que el Banco pueda concederle a Usted, sin necesidad que esas prorrogas o renovaciones les sean comunicadas.

El(los) fiador(es) renuncia(n) a la facultad de pedir al Banco que, antes de proceder al cobro de la deuda contra él(ellos), realice la gestión de cobro con Usted (renuncia al Beneficio de Excusión). Asimismo, el(los) fiador(res) renuncia(n) a pedir al Banco que haga efectivo su derecho iniciando una demanda contra Usted (renuncia a la facultad otorgada por el Artículo 1899 del Código Civil).

El Banco también tiene el derecho de compensar frente al(los) fiador(es). Por lo tanto, si Usted deja de pagar el Préstamo, el Banco podrá proceder en la forma indicada en el Numeral 9 a, empleando el dinero de las cuentas, depósitos y/o cualquier otro bien que el(los) fiador(es) mantenga(n) o pudiera(n) mantener en el Banco para hacer efectivo el pago del Préstamo.

Las garantías constituidas a favor del Banco beneficijan al Banco y no al(los) fiador(es).

Las eventuales dudas, disputas o controversias entre el Banco y el(los) fiador(es) se resolverán de la misma forma en que deben resolverse las disputas entre el Banco y Usted (Numeral 14 e).

**IMPORTANTE:** La firma de el (los) fiador(es), constituye la presente Fianza Solidaria conforme a las condiciones indicadas en este Numeral 15, siendo aplicable las demás disposiciones legales vigentes.

## 17. INFORMACIÓN DE LAS PARTES Y DEL PRÉSTAMO

- **Datos del Cliente:**

Nombre(s) y Apellidos:

Estado Civil:

DNI N°:

Nombre(s) y Apellidos del Cónyuge: DNI N°:

Domicilio: ..... provincia de ....., departamento de .....

Usted no podrá variar este domicilio durante la vigencia del Contrato, salvo que la variación sea dentro del área urbana de esta misma ciudad y que Usted la comunique al Banco por escrito o por cualquier otro medio que el Banco considere suficiente.

- Datos del Banco:

RUC N° : 20100130204

Domicilio: oficinas de la ciudad donde se celebra el Contrato. Solo tratándose del departamento de Lima, el domicilio del Banco será el de su sede central, ubicada en Av. República de Panamá No. 3055, San Isidro, Lima.

Representantes: Nombre(s) y Apellidos:

DNI N°:

Datos del Poder

Nombre(s) y Apellidos:

DNI N°:

Datos del Poder N°:

- Datos del Préstamo:

- Importe del Préstamo:

S/ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ /100 Soles).

US\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ /100 Dólares Americanos).

- Plazo del Préstamo / Número de Cuotas / Periodo de Gracia

Plazo: \_\_\_\_\_ meses contados a partir de la fecha del desembolso efectuado por el Banco.

Número de Cuotas: \_\_\_\_\_ cuotas mensuales en las que se ha incluido capital, intereses, comisiones y gastos.

Periodo de gracia: según Cronograma, de ser el caso.

- Tasa de Interés (TEA): es la fijada en la Hoja Resumen.

Usted declara que el presente Contrato, así como la Hoja Resumen Informativa fueron puestos a su disposición antes de firmarlos.

El Contrato ha sido aprobado mediante Resolución SBS N° 0523-2020, la cual puede encontrar en la página web del Banco y en la página web de la SBS. Usted firma estos documentos en señal de aceptación y conformidad de toda la información contenida en el mismo y que le ha sido entregada.

Suscrito el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ en la localidad de \_\_\_\_\_

---

**Firma del Cliente**

Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

---

---

**Firma del Cónyuge de el Cliente**

Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

---

---

**Firma del Fiador**

Nombre(s) / Razón Social \_\_\_\_\_ D.N.I. / RUC \_\_\_\_\_

---

---

**Firma del Cónyuge del Fiador**

Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

---

Domicilio:

---

Representante(es) \_\_\_\_\_ D.N.I. / RUC \_\_\_\_\_

---

**BBVA**  
pp.

---

**BBVA**  
pp.

---

\* Indicar los meses de periodo de gracia a partir del desembolso (máximo 6 meses). Si no existe periodo de gracia, consignar la fecha de desembolso.

**Anexo N° 1**  
**HOJA RESUMEN INFORMATIVA**  
**SE ANEXARÁ AL CONTRATO DE PRÉSTAMO VEHICULAR N°**

**PRODUCTO:**

**1. TASAS**

Tasa de interés compensatorio efectiva anual fija -TEA

Tasa de Costo Efectivo Anual

Monto total Interés compensatorio

Ver Cronograma de Pagos

**2. PENALIDAD**

- **Penalidad por incumplimiento de pago (1)**
- A partir del 1er día de atraso, se cobrará
- Al 3er día de atraso, se cobrará
- A partir del 5to día de atraso a más, se cobrará

Soles	Dólares
S/ 50.00	US\$ 20.00
S/ 70.00	US\$ 28.00
S/ 80.00	US\$ 32.00

**3. COMISIONES**

**SERVICIOS ASOCIADOS AL CRÉDITO**

3.1 Envío físico de Estado de Cuenta (2) (\*\*)

Soles	Dólares
S/ 10.00	US\$ 3.00

3.2 Evaluación de póliza de seguro endosada (3)

Dólares
<b>US\$ 65.00</b>

**4. GARANTÍA**

Tipo de Garantía (8)

Genérica
----------

**MONEDA:**

**5. GASTOS**

Primera Tasación (4)

Bienes Muebles (\*)

Min. US\$50.00 Max. US\$800.00
0.10%

Tasaciones Posteriores

Bienes Muebles (\*)

Min. US\$50.00 Max. US\$800.00
0.10%

Servicios Notariales (5)

Según Notaría

Registrales (6)

Según tarifario de RR PP

Honorarios Profesionales:

En caso de deuda vencida previo acuerdo formal con Usted.

101710400

**6. PRÉSTAMO Y CUOTAS**

Principal Solicitado

Duración total

Número de cuotas

Cuota Neta (7)

Fecha de desembolso

Fecha de pago de cuotas

Cantidad total a pagar

Periodicidad de pago

Ver Cronograma de Pagos

**7. SEGUROS**

Prima seguro de desgravamen (9)

Ver Cronograma de Pagos

Modalidad

Ver Cronograma de Pagos

Nombre de la Compañía

Rímac Seguros y Reaseguros

Póliza Seg. Desgravamen Contiauto en S/

5143547

Póliza Seg. Desgravamen Contiauto en US\$

5143928

Prima de Seguro Vehicular (10)

Ver Cronograma de Pagos

Modalidad

Ver Cronograma de Pagos

Nombre de la Compañía

Rímac Seguros y Reaseguros

Póliza Seg. Vehicular en S/

2001-621259

Póliza Seg. Vehicular en US\$

2001-621705

Además de las comisiones indicadas en este documento, Usted declara conocer que existen comisiones por servicios transversales (de aplicación a varios productos o servicios del Banco), que pueden ser cobrados por el Banco. Usted podrá revisar estas comisiones en el Tarifario publicado en las oficinas del Banco o en la página web: [www.bbva.pe](http://www.bbva.pe)

1. La penalidad, se cobrará desde el primer día de atraso por cada cuota vencida, en la moneda del préstamo o deuda. El incumplimiento de pago, genera el reporte correspondiente ante la Central de Riesgos con la clasificación que corresponda.
2. Comisión de cobro mensual por el envío físico de la información mensual del préstamo.
3. Por el servicio de revisión y evaluación de condiciones y coberturas, endosos y renovaciones de pólizas. El cobro se realiza en cada oportunidad que se presente/modifique/reneweve la póliza. Asimismo, por la verificación anual de vigencia de la póliza, que generará además un cobro en cada aniversario del seguro y durante toda su vigencia. El cobro de la comisión se realizará en la Cuenta asociada, sin embargo, de no tener dinero (fondos) en la Cuenta, el Banco podrá cobrarse de cualquier cuenta que mantenga o pudiera mantener Usted en el Banco.
4. Por ingreso y revisión de la tasación. Le será cobrada antes de hacerle entrega del monto del Préstamo (Desembolso). Porcentaje aplicable sobre el valor comercial de la garantía.
5. Por servicios notariales que deben ser pagados por Usted a la Notaría correspondiente por la constitución de la garantía a favor del Banco.
6. Para la inscripción de las garantías. Usted deberá pagarlos directamente a la Notaría antes de la entrega del monto del Préstamo (desembolso).
7. Capital más intereses. No incluye gastos, seguros ni comisiones.
8. La garantía genérica implica que Usted constituye una garantía a favor del Banco para respaldar cualquier obligación presente o futura que pueda tener con el Banco. La garantía específica implica que Usted constituye una garantía en respaldo únicamente de la obligación materia de éste contrato. La vigencia de la garantía será indefinida y solo quedará liberada cuando Ud. cumpla con todas las obligaciones garantizadas.
9. Los riesgos cubiertos por el Seguro de Desgravamen son: 1. Fallecimiento del Asegurado; 2. Invalidez total y permanente por accidente; 3. Invalidez total y permanente por enfermedad; 4. Anticipo por enfermedades terminales; 5. Indemnización adicional por Renta Estudiantil; 6. Indemnización adicional por muerte del asegurado en accidente aéreo; 7. Desamparo Familiar Súbito; y 8. Desempleo Involuntario (dependientes) e Incapacidad Temporal (independientes). Los clientes de 71 a 75 años solo podrán acceder a la modalidad de seguro desgravamen por Saldo Insoluto y tendrán un recargo del 25% en la tasa. La información sobre cobertura, exclusiones y condiciones podrá encontrarla en la página web del Banco y en el Certificado de Seguro. En caso de siniestro, comunicarse con la central de emergencias Aló Rimac al 411-1111 o con el Banco para brindarle la información necesaria.
10. Los riesgos cubiertos por el seguro vehicular son: 1. Daño propio 2. Huelga, convocatoria civil, Daño malicioso, Vandalismo y terrorismo, 3. Riesgos de la naturaleza, 4. Responsabilidad civil de terceros, 5. Responsabilidad civil de ocupantes por vehículo, 6. Accidentes personales de ocupantes, 7. Gastos de curación por ocupante 8. Gastos de sepelio por ocupante y 9. Accesorios musicales.

(\*) Porcentaje aplicable sobre el valor comercial de la tasación.

(\*\*) Comisión en Soles aplicable para préstamos en soles y dólares según corresponda.

## NOTAS IMPORTANTES

La Tasa de Interés Compensatoria efectiva anual es calculada sobre 360 días y se capitaliza diariamente.

En caso tenga un periodo de gracia, los intereses que se generen durante el mismo serán capitalizados.

Las operaciones que se efectúen en función del préstamo estarán sujetas al Impuesto a las Transacciones Financieras ITF: 0.005% y a los tributos según disposiciones legales.

El Cronograma de Pagos se entrega en hoja aparte.

Usted declara que la Hoja Resumen Informativa, así como el Contrato, le fueron entregados para su lectura y se absolvieron sus dudas y suscribe el presente documento en señal de aceptación y conformidad de toda la información consignada en éstos.

FIRMA(S) DEL (LOS) CLIENTE(S)	
Nombre(s)	D.N.I./RUC
Domicilio:	

FIRMA DEL CÓNYUGE	
Nombre del Cónyuge	D.N.I./RUC
Domicilio:	

BBVA	
pp.	
Nombre del Representante(s)	

## SOLICITUD / CERTIFICADO SEGURO DE DESGRAVAMEN CONTIFACIL

Código SBS: VI0507410063 – Soles; VI0507420064- Dólares

Adecuado a la Ley Nro. 29946 y sus normas reglamentarias Pólizas:

Pólizas: N° 5143910-Soles N° 5143950-Dólares Americanos

<b>IMPORTE DE LA PRIMA: FORMA DE PAGO:</b>	Según cronograma del préstamo Mensual	<b>MONEDA:</b> Según contrato de préstamo
<b>MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO:</b>	Según lo indicado en el Anexo de la Solicitud del Préstamo E0231	
<b>INICIO DE VIGENCIA:</b> Es la fecha de desembolso del préstamo.	<b>FIN DE VIGENCIA:</b> Es la fecha de cancelación del crédito o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.	

### PRIMA

La prima mensual del presente seguro 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.

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 Total no sufrirá variación.

### DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rímac Seguros y Reaseguros

RUC: 20100041953

Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima

Teléfono: 411-3000 / Fax: 421-0555

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

### DATOS DEL CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA

Razón Social: BANCO BBVA PERU

RUC: 20100130204

Dirección: Av. República De Panamá 3055, San Isidro, Lima.

Teléfono: 211-1000

### DATOS DEL ASEGURADO

Son los consignados en el Contrato Préstamos Personal que mantiene el CLIENTE con el CONTRATANTE.

### DATOS DEL BENEFICIARIO

- 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 a la fecha de fallecimiento, invalidez total y permanente por enfermedad, invalidez total y permanente por accidente o comprobación de la enfermedad terminal del ASEGURADO.

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 a la fecha de fallecimiento, invalidez total y permanente por enfermedad, invalidez total y permanente por accidente o comprobación de la enfermedad terminal del ASEGURADO. La diferencia entre el monto inicial del crédito y lo indemnizado como saldo insoluto a la ENTIDAD FINANCIERA (BENEFICIARIO) será abonado por ésta a los Beneficiarios indicados en la Solicitud / Certificado de Seguro.

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	% 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.

## INTERES ASEGURADO: La vida del Asegurado

### I. SUMA ASEGURADA MÁXIMA: Hasta US\$ 1, 000,000 por Asegurado.

### II. COBERTURAS 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 (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 inabilitación 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).

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.
4. **Anticipo por enfermedades terminales.** LA **ASEGURADORA** pagará a la **ENTIDAD FINANCIERA**, como anticipo de indemnización o pago a cuenta, el 100% de la suma asegurada bajo la cobertura de fallecimiento si el **ASEGURADO**, durante el período de vigencia de esta cobertura, se ve afectado por alguna enfermedad y que el médico tratante certifique que producto de dicha enfermedad tiene un período de vida no mayor de 120 días.

**Suma asegurada:** **Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito a la fecha de fallecimiento, invalidez total y permanente por accidente, invalidez total y permanente por enfermedad o comprobación de la enfermedad terminal 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. En el caso de anticipo por enfermedades terminales, se considerará la fecha de emisión del informe del médico tratante donde se expresa el diagnóstico de enfermedad terminal y la esperanza de vida.

5. **Indemnización adicional por Renta Estudiantil:** Aplica cuando se haya contratado el seguro de desgravamen mancomunado (Titular y Cónyuge). Esta cobertura estará sujeta a que el Asegurado cuente al menos con un hijo menor de 25 años. 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:**

En el evento en que el **ASEGURADO**, trabajador dependiente, se vea afectado por una situación de **Desempleo Involuntario** o que siendo trabajador independiente, se vea afectado por una situación de incapacidad temporal para el trabajo por enfermedad o accidente, cualquiera de ellos durante la vigencia de la póliza, la **ASEGURADORA** pagará al **BENEFICIARIO**, por cada 30 días ininterrumpidos de desempleo o incapacidad temporal del **ASEGURADO**, el equivalente a una (1) cuota mensual de la deuda contraída por éste con la **ENTIDAD FINANCIERA** según se indica en el Certificado de Seguro, sin exceder en total el máximo de cuotas de la Suma Asegurada señalada en el mismo Certificado de Seguro, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos para la cobertura de **Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal** y siempre que el evento no se encuentre comprendido dentro de las exclusiones aplicables a ambas coberturas y que existan cuotas pendientes.

La presente cobertura podrá ser activada para cubrir el riesgo de **Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal** como máximo hasta por dos (2) eventos por cada 365 días de duración del seguro, pero siempre que i) existan cuotas pendientes, ii) haya transcurrido el Periodo Activo Mínimo de 180 días, desde el término del Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal ya indemnizados, iii) siempre que en el conjunto de eventos, el pago realizado a favor del **BENEFICIARIO**, no exceda la suma asegurada indicada en la Solicitud/Certificado de Seguro y iv) que la segunda Incapacidad Temporal sea por una causa distinta y no originada por la enfermedad o accidente que originó la primera Incapacidad Temporal ya indemnizada, dentro de la vigencia de la Póliza.

Se cubrirán un máximo de 5 cuotas por evento. El importe máximo de cada cuota es S/ 6,000.00 o su equivalente en dólares americanos considerando el tipo de cambio publicado por Superintendencia de Banca Seguros y AFP al día de la operación de pago realizado por LA ASEGURADORA. Importante: En caso el desgravamen aplique a un crédito mancomunado (2 asegurados bajo un mismo crédito) y ambos activen la cobertura de desempleo involuntario o incapacidad temporal al mismo tiempo, se pagará la cuota del crédito según corresponda al mes de cobertura, hasta una suma asegurada máxima por cuota de S/ 12,000 o su equivalente en dólares americanos considerando el tipo de cambio publicado por Superintendencia de Banca Seguros y AFP al día de la operación de pago realizado por LA ASEGURADORA). Pero siempre, una cuota por crédito, por cada mes de cobertura. En caso, alguno de los asegurados consiga nuevamente trabajo o ya no tenga el diagnóstico de enfermedad temporal, la suma asegurada máxima por cuota volverá a S/ 6,000 o su equivalente en dólares americanos considerando el tipo de cambio publicado por Superintendencia de Banca Seguros y AFP al día de la operación de pago realizado por LA ASEGURADORA. Se cubrirán un máximo de 5 cuotas por evento.

Queda establecido y convenido que la indemnización que corresponderá al BENEFICIARIO, será el equivalente al pago de las cuotas mensuales de la Deuda contraída por EL ASEGURADO con la ENTIDAD FINANCIERA definida en el Certificado de Seguros, correspondientes a aquellos meses en que el ASEGURADO acredite encontrarse en Desempleo o Incapacidad Temporal o mantenerse en tales situaciones sin exceder la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro. El monto de las cuotas mensuales de pago indemnizadas por la ASEGURADORA deberá representar exactamente lo que el ASEGURADO hubiese pagado en la fecha de vencimiento correspondiente de la cuota. De esta forma, no se encontrarán incluidos dentro de la indemnización y, por lo tanto, no serán de responsabilidad de la ASEGURADORA los eventuales intereses de cualquier tipo generados entre la fecha de vencimiento de la obligación de pago mensual y la fecha en que la misma fue indemnizada por LA ASEGURADORA, excepto por los intereses generados durante el primer mes de desempleo involuntario o incapacidad temporal del ASEGURADO.

#### 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 (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 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.

## CARACTERISTICAS DEL SEGURO

## MODALIDADES DEL ASEGURAMIENTO

El ASEGURADO podrá elegir entre dos alternativas:

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

## ASEGURADO

Persona natural cuyo nombre y demás datos de identificación constan en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda, y cuya vida se asegura en la presente Póliza, para lo cual debe cumplir con los requisitos de edad y condiciones de asegurabilidad establecidos en ésta. El Asegurado es quien mantiene saldos deudores derivados de créditos otorgados por la ENTIDAD FINANCIERA.

En caso que el ASEGURADO no tenga deuda con la ENTIDAD FINANCIERA, no tendrá cobertura por Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal.

## 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 preexistencias.

**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

**Para las coberturas Fallecimiento, Anticipo 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.**

## VIGENCIA DEL SEGURO

La cobertura del presente seguro se inicia desde el momento en que el préstamo haya sido desembolsado por la ENTIDAD FINANCIERA al ASEGURADO, extendiéndose hasta la cancelación del monto total del préstamo, siendo requisito que el ASEGURADO se encuentre en todo momento al día en el pago de sus primas.

En caso que el ASEGURADO haya completado y firmado una DPS o haya requerido exámenes médicos, y estos no cumplan con los requisitos para la aprobación automática brindada por LAASEGURADORA a EL CORREDOR de Seguros, LAASEGURADORA deberá aprobar el Seguro de Desgravamen para que tenga cobertura efectiva.

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

### CONDICIÓN ESPECIAL:

El ASEGURADO se compromete a facilitar a la ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada. Asimismo 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, Anticipo por enfermedades terminales, Indemnización adicional por Renta Estudiantil, Indemnización adicional por muerte del Asegurado en accidente aéreo y Desamparo Familiar Súbito.

- 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, o desde la última rehabilitación o desde el aumento del Capital Asegurado. En este último caso dicho plazo se considera solo para el pago del incremento del Capital Asegurado.
- b) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos (incluye las faltas tipificadas en el reglamento de tránsito); duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción 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, dejando a salvo el derecho a recibir el capital garantizado de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
- 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, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- 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) Viajes aéreos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos, salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por LAASEGURADORA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.
- 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 LAASEGURADORA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.

- h) Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como pero no limitado a, 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) Cuando el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gr/lit. a más), drogas, o sonambulismo y esta situación sea acto generador del siniestro.
- 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.
- l) 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.
- m) Personas afectadas de incapacidad física anterior al inicio de la cobertura de este seguro. La incapacidad física a la que se refiere esta exclusión comprende: ceguera, sordera, parálisis, apoplejía u otras incapacidades físicas que impidan al ASEGURADO desarrollar sus actividades normales.

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 presente 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.
  - 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 ha recibido una indemnización por esta misma Póliza.
- 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.

#### **SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA**

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

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

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro. La ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura. En caso que la presente Póliza contemple el Derecho de Reducción, y este sea ejercido, la suspensión de cobertura no procederá en caso hayan transcurrido dos (02) años o menos, según se haya pactado en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro.

#### **RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA**

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

Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

#### **REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA**

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

## DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a distancia, en tanto el marco regulatorio lo permita, el Contratante y/o Asegurado tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el Contratante y/o Asegurado podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el Contratante y/o Asegurado haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el Contratante y/o Asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la Aseguradora procederá a la devolución total del importe pagado. Para estos fines, el Contratante y/o el Asegurado deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el Contratante empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro.

## DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

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

## CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado. En este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

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

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización. El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la ASEGURADORA. En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la ASEGURADORA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

## SOLICITUD DE COBERTURA

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado o certificado de seguros) los siguientes documentos en original o en copia legalizada. 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 Fallecimiento e Indemnización adicional por Renta Estudiantil:

- Acta de defunción.
- Certificado de defunción.
- Copia del documento de identidad del ASEGURADO fallecido y de todos sus Beneficiarios (partida de nacimiento en caso ser menores de edad). Aplica sólo para modalidad de cobertura sobre monto inicial del crédito.

- Declaración Jurada de Domicilio y legalizado por un Notario o ante notaria a fin de poder abrir la Cuenta de ahorros si hubieran Beneficiarios menores de edad.
- Copia de la Historia Clínica foliada y fdateada del ASEGURADO.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Condicionado Particular del presente Seguro.

En caso de fallecimiento a consecuencia de un accidente, Indemnización adicional por muerte del Asegurado en accidente aéreo o Desamparo Familiar Súbito, se deberán presentar todos estos documentos adicionales a los detallados en caso de Fallecimiento.

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

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

#### En caso de Anticipo por enfermedades terminales:

Es condición para el pago de la suma asegurada, que el ASEGURADO o quien represente sus derechos, aporten pruebas a LA ASEGURADORA que demuestren todos los hechos que a continuación se enuncian:

- a) La ocurrencia de la Enfermedad Terminal mediante un informe firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio requeridos que sustenten dicho diagnóstico. Para los efectos de este apartado, el médico tratante deberá estar autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el Consejo de la especialidad correspondiente.
- b) Adicionalmente LA ASEGURADORA se reserva el derecho de examinar a su costa al ASEGURADO con el médico que ésta designe y de hacer las investigaciones con los médicos tratantes, el hospital utilizado o los laboratorios y consultorios donde se hayan practicado los estudios y análisis, para lo cual el ASEGURADO autoriza a LA ASEGURADORA el acceso a su expediente clínico o a cualquier otro documento relacionado con su estado físico o de salud.

Definición de enfermo en fase terminal: Un enfermo en fase terminal, es aquel que en sus posibilidades de recuperación de acuerdo con su enfermedad, se reducen al mínimo; dando como resultado una esperanza de vida menor o igual a 120 días.

Los documentos por presentar en caso de siniestro son los siguientes:

- Informe escrito, sellado y firmado por el médico tratante del ASEGURADO donde se expresa el diagnóstico de enfermedad terminal y la esperanza de vida.
- Documentación sustentatoria del informe escrito:
  - Estudios Clínicos
  - Estudios Radiológicos
  - Estudios Histológicos
  - Estudios de Laboratorio
- Historia Clínica foleada y fdateada que incluya el resultado de análisis anatomo patológico donde se diagnostica la enfermedad.
- Copia del documento de identidad del ASEGURADO y de todos sus Beneficiarios (partida de nacimiento en caso ser menores de edad).
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO.

#### En caso de Invalidz total y permanente por enfermedad:

- Copia del documento de identidad del ASEGURADO
- Dictamen de Invalidz 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 fdateada de todos los centros médicos donde se atendió antes y durante la enfermedad que generó la Invalidz Permanente Total.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO.

**En caso de Invalidez total y permanente por accidente:**

- Copia del documento de identidad del ASEGURADO
- Historia Clínica foliada y fedeateada 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.
- Atestado policial o diligencias fiscales según corresponda, Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas y el Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO.

**En caso de Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal:**

**Cobertura de Desempleo Involuntario**

**Trabajadores del Sector Privado:**

- Copia del DNI o documento oficial de identidad del ASEGURADO.
- Carta de despido de la empresa (sellada y firmada). Podrá aceptarse copia de la carta de renuncia del trabajador, si en la liquidación de beneficios sociales, firmada y sellada por el empleador, el ASEGURADO cumple con acreditar haber recibido una compensación o bonificación extraordinaria equivalente como mínimo a un (1) sueldo remuneratorio mensual.
- En caso de no contar con la carta de despido formalmente cursado por el empleador, según lo indicado en el párrafo precedente, se deberá presentar la Constatación Policial o de la Autoridad Administrativa de Trabajo que den cuenta del despido de hecho producido.
- Liquidación de beneficios sociales por despido y constancia del pago. Se verificará el pago de 1,5 remuneraciones por cada año trabajado (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinando) más los beneficios de Ley.
- Certificado de trabajo. Este documento detalla el periodo laborado por el trabajador cesado y los motivos de cese.
- Certificado de aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.
- Carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador.
- Declaración jurada en formato de LA ASEGURADORA manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo.

**Trabajadores del Sector Público en general y en particular del Sector Educativo:**

- Copia del DNI o documento de identidad del ASEGURADO.
- Número del CUSSP (seguridad social).
- Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador no imputable a los casos no cubiertos por la Póliza.
- Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública).
- Declaración jurada en formato de la ASEGURADORA manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo.

**Miembros de las Fuerzas Amadas y Policiales:**

- Copia del DNI o documento oficial de identidad del ASEGURADO.
- Resolución de cese o documento expedido por el Ministerio de Defensa.
- Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por su Institución).
- Declaración jurada en formato de la ASEGURADORA manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo.

Mientras se mantenga el estado de desempleo, EL ASEGURADO deberá presentar mensualmente a la ASEGURADORA una declaración jurada y un nuevo certificado de aportaciones a la AFP o a la ONP con menos de quince días de antigüedad para la acreditación de la continuidad del Desempleo. Lo anterior deberá ser presentado por el ASEGURADO para reclamar la cobertura de cada cuota, a excepción de la primera.

**Cobertura de Incapacidad Temporal:**

- Copia del DNI o documento de identidad del ASEGURADO.
- Autorización del ASEGURADO para revisión de las historias clínicas.
- Certificado de renta de 4ta Categoría.
- Declaración Jurada de Renta de 3era Categoría en caso de empresa individual de responsabilidad limitada.
- Certificado médico en el que conste información sobre los días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal, detallando:

- Causas de la incapacidad.
- Diagnóstico definitivo.
- Tratamiento realizado.
- Pronóstico.
- Días de descanso.
- Número de historia médica.
- Clínica u Hospital donde recibió la atención.
- Nombre completo del Médico tratante.
- Fecha de atención.
- Sello y firma de médico tratante con indicación de su número de colegiatura.

En caso el ASEGURADO requiera presentar un nuevo periodo de Incapacidad Temporal, adicional al presentado inicialmente, deberá entregar nuevamente el Certificado de renta de 4ta Categoría; Declaración Jurada de Renta de 3era Categoría en caso de Empresa Individual de Responsabilidad Limitada y Certificado médico en el que conste información sobre los días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal y donde se detalle todo lo indicado precedentemente.

#### 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. La ASEGURADORA 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.

#### PAGO DE SINIESTRO:

El pago de las cuotas mensuales de la Deuda cubiertas por el Seguro cesará:

1. Por el sólo hecho de haberse reincorporado el ASEGURADO a una nueva relación laboral bajo vínculo de subordinación y dependencia, sin importar el plazo de dicha relación laboral.
2. Por el sólo hecho de que el ASEGURADO se reincorpore a efectuar labores remuneradas de manera independiente, sean ellas de carácter formal o informal.
3. Cuando haya cesado la incapacidad temporal.
4. Por jubilación legal, anticipada o no, del ASEGURADO.
5. Por fallecimiento del ASEGURADO.
6. Por haber consumido la suma asegurada.
7. Por haber quedado cancelada la deuda del ASEGURADO con el BENEFICIARIO.
8. Por vencimiento de la vigencia de la póliza.

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

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que la ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la ASEGURADORA para consentir o rechazar el siniestro.

Cuando la ASEGURADORA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado.

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

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al ASEGURADO en el mismo plazo tres (3) días, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente. Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

## 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 Central de Consultas.

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

**Central de Consultas y Reclamos:**

(01) 411-3000

**Correo Electrónico:**

reclamos@rimac.com.pe

**Página Web:**

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 la Aseguradora 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 ellos y que hubiesen impedido que el presente Contrato de Seguro surta efectos legales o modificado sus condiciones si La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.
- La Aseguradora deberá entregar la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud. En caso se haya entregado la Póliza al Contratante, y el Asegurado sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza a La Aseguradora, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.
- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.
- La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Aseguradora, la aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto hubieran proporcionado información veraz.
- El Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la presente Póliza, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento. Instrucciones de uso del correo electrónico:
  - i. En caso el Asegurado no pueda abrir o leer los archivos adjuntos o modifique / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones al correo: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000; y,
  - ii. Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.
- **En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:**
  - i. La ASEGURADORA es responsable frente al Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

- ii. La ASEGURADORA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
  - iii. Las comunicaciones cursadas por los Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a la Aseguradora.
  - iv. Los pagos efectuados por los Asegurados, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a La Aseguradora.
- **Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:**  
 De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (“La Aseguradora”), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con La Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés.  
 Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros (incluido BANCO BBVA PERU) con los que éstas mantengan una relación contractual.  
 Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora. Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS. La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión y entrega del presente Certificado, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el Asegurado en los términos estipulados por la Aseguradora, en tanto el Asegurado hubiera proporcionado información veraz. El Asegurado suscribe el presente Certificado, en señal de haber tomado conocimiento, recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

## CONDICIONES COBERTURA

### DESEMPLO 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 período 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 Período 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 esta 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 esta 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 presente 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 esta 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 esta 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 esta 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 anterior debidamente acreditado en cumplimiento del trámite establecido en la Ley de Productividad y Competitividad Laboral.
- Mutuo acuerdo entre las Partes o renuncia del trabajador, siempre y cuando en la liquidación de beneficios sociales, firmada y sellada por el empleador, el ASEGURADO cumpla con acreditar haber recibido una compensación o bonificación extraordinaria equivalente a como mínimo un (1) sueldo remuneratorio mensual.

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

Las mismas causales previstas precedente en el numeral 2.1.1 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. Respeto 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 esta 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.

## RESUMEN SEGURO DE DESGRAVAMEN

### A. INFORMACIÓN GENERAL

<b>1. Datos de la empresa aseguradora:</b> <b>Plataformas de Atención al Cliente:</b> <b>Oficina Principal:</b> <b>Lima:</b> Av. Paseo de la República 3505, San Isidro. Av. Las Begonias 471, San Isidro. Av. Comandante Espinar 689, Miraflores. Telf. 411-3000 <b>Arequipa:</b> Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700 <b>Cajamarca:</b> Jr. Belén 676-678. Telf. (076)-369635 <b>Cusco:</b> Calle Humberto Vidal Unda G-5, Urbanización Magisterial, 2da. Etapa. Cusco. Telf. (084)-229990 / (084)-227041  <b>Central de Consultas y Reclamos:</b> <b>Central de Emergencias y Asistencias</b> <b>Correo Electrónico:</b> <b>Página Web:</b>	<b>RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS</b>      <b>Huancayo:</b> Jr. Ancash 125, Huancayo. Telf. (064)-223233 <b>Trujillo:</b> Av. Av. América Oeste N° 750 Locales A-1004 y A-1006 – Mall Aventura Plaza, Urbanización El Ingenio, provincia de Trujillo, departamento de La Libertad. Telf. (044)-485200 <b>Chiclayo:</b> Av. Salaverry 560, Urb. Patazca. Telf. (074)- 481400 <b>Iquitos:</b> Jirón Putumayo 501. Telf. (065)-242107 <b>Piura:</b> Calle Libertad 450. Telf. (073)-284900 (01) 411-3000 Lima: (01) 411-1111 Provincias: 0-800-4-1111 <a href="mailto:reclamos@rimac.com.pe">reclamos@rimac.com.pe</a> <a href="http://www.rimac.com">www.rimac.com</a>
<b>2. Denominación del Producto: SEGURO DE DESGRAVAMEN</b> <b>3. Lugar y Forma de Pago de la Prima:</b> Mensualmente todas las primas deberán pagarse por intermedio de la Entidad Financiera a la ASEGURADORA, sin necesidad de requerimiento previo. <b>4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro:</b> El medio y plazo se encuentran detallados en el Artículo 25 del Capítulo II de las Condiciones Generales de Contratación. <b>5. Lugares autorizados por la Aseguradora para solicitar la cobertura del seguro:</b> 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. <b>6. Medios habilitados por la Aseguradora para presentar reclamos:</b> 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:  <b>Verbal:</b> Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas. (Punto 1 de este resumen)  <b>Escrito:</b> Mediante carta dirigida a Rímac Seguros o a través de la página web o correo electrónico. (Punto 1 de este resumen)	

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

Defensoría del Asegurado:	www.defaseg.com.pe Lima:(01) 446-9158 Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima
Indecopi:	Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040 SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima. SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.
Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS):	www.sbs.gob.pe LIMA: Los Laureles 214, San Isidro Teléfono (511) 630-9000   Fax: (511) 630-9239 AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau. Consultas y Denuncias: 0800-10840   (511) 428-0555

## 8. Obligación de informar sobre agravación del riesgo asegurado:

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a La Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

## B. INFORMACIÓN DE LA POLIZA DE SEGURO

### 1. Riesgos Cubiertos:

#### Fallecimiento

*El detalle se encuentra en el Artículo N° 23 del Condicionado General.*

### 2. Principales Exclusiones:

1. *Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro, o desde la última rehabilitación o desde el aumento del Capital Asegurado. En este último caso dicho plazo se considera solo para el pago del incremento del Capital Asegurado.*

*La totalidad de las exclusiones se encuentran señaladas en el Artículo N° 24 del Condicionado General.*

3. **Condiciones de acceso y límites de permanencia:** Se encuentran detallados en el Artículo 22 del Capítulo II de las Condiciones Generales de Contratación.
4. **Derecho de arrepentimiento del CONTRATANTE o ASEGURADO:** Se encuentran detallados en el Artículo 14 del Capítulo I de las Condiciones Generales de Contratación.
5. **Derecho del CONTRATANTE de resolver el contrato sin expresión de causa:** Se encuentran detallados en el Artículo 7, literal a) del Capítulo I de las Condiciones Generales de Contratación.
6. **Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las Modificaciones de las Condiciones Contractuales propuestas por la Aseguradora durante la vigencia del contrato:** Se encuentran detallados en el Artículo 5, literal c) del Capítulo I de las Condiciones Generales de Contratación.
7. **Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro:** Se encuentran detallados en el Artículo 25, numeral 25.2 del Capítulo II de las Condiciones Generales de Contratación.

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

RODRIGO GONZALEZ  
Vicepresidente  
División Seguros Personales  
Rimac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO  
TITULAR 1

ASEGURADO  
TITULAR 2

