

Código SBS: AE0506410205
 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

SOLICITUD - CERTIFICADO DE SEGURO RENTA HOSPITALARIA PLAN 2

Póliza N° : 500017
 Certificado N:

INICIO: ___/___/___
FIN: ___/___/___

El plan es mensual: A los 30 días calendario desde la fecha de emisión de este certificado.
 Se renueva automáticamente a su fin de vigencia, por periodos iguales y sucesivos.

1. DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos: _____

DNI CE N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Domicilio: _____

Distrito: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Relación con el CONTRATANTE: Económica.

2. DATOS DEL CÓNYUGE

Nombres y Apellidos: _____

DNI CE N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Domicilio: _____

Distrito: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

3. COBERTURAS

Coberturas Principales	Plan 2	Máximo de días de cobertura
Renta Hospitalaria por accidente o enfermedad*	S/ 250	90 días o 30 días continuos
Doble indemnización por hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o por accidente o enfermedad a por hospitalización a causa de una fractura de hueso.	S/ 500	90 días o 30 días continuos

*El monto total a recibir será el resultado de multiplicar la cantidad de días de hospitalización por el monto diario, sin exceder el máximo de días de cobertura.

4. PRIMAS

	Titular	Titular + cónyuge
Prima Comercial		
Prima Comercial Total (incluye IGV)		

Comisión del comercializador: 30 % sobre la Prima Neta.
 La Prima Neta es la Prima Comercial Total descontando IGV (18%) y el gasto de emisión (3%).

5. DATOS DEL MEDIO DE PAGO ELEGIDO

Tarjeta de Crédito: Cta. Ahorros:

N°: _____ F. Vencimiento: _____

6. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar: Oficinas del Contratante.

Forma: El pago de la prima es **mensual**, con cargo en cuenta o Tarjeta de Crédito según la modalidad del plan elegido. De no existir saldo en la cuenta, el Asegurado Titular **autoriza al Contratante** a proceder con el cargo respectivo en cualquier otra cuenta donde mantenga saldo acreedor.

Cuando la cuenta y/o tarjeta de crédito del Asegurado Titular se encuentre bloqueada o retenida por requerimiento de la autoridad competente y/o instrucciones del Contratante por operaciones activas celebradas por el Asegurado Titular, el Contratante y/o la Compañía no será responsable por la imposibilidad de realizar el cargo de la prima del presente seguro. Las consecuencias de esta falta de pago serán de total responsabilidad del **Asegurado Titular**.

Es responsabilidad del Asegurado Titular informar al Contratante y/o a la Compañía de **cualquier cambio**, renovación, bloqueo, suspensión, anulación u otra modificación sobre la cuenta o tarjeta de crédito donde se carga mensualmente la prima del seguro.

Fecha de vencimiento de pago de la prima: 30 días desde el inicio de vigencia y/o renovación.

Interés Moratorio: No aplica

7. DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros	RUC: 20100041953	
Dirección: Paseo de la república 3505. San Isidro	Distrito: San Isidro	Provincia: Lima
Departamento: Lima	Teléfono: 411-1000	Fax: 421-0555
Página Web: www.rimac.com	E-mail: atencionalcliente@rimac.com.pe	

8. DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR

Contratante: BANCO BBVA PERÚ	RUC: 20100130204	
Dirección: Av. República de Panamá N° 3055	Distrito: San Isidro	Provincia: Lima
Departamento: Lima	Teléfono: 595-0000	

9. INFORMACIÓN ADICIONAL

- 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. Para efectos del presente certificado de seguro, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
 - iii. Las comunicaciones cursadas por los ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la ASEGURADORA.
 - iv. Los pagos efectuados por los ASEGURADOS o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a La ASEGURADORA.
- El ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la Póliza puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignado en el presente documento. La ASEGURADORA remitirá comunicaciones escritas al domicilio del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en caso no se consigne una dirección electrónica, o, a decisión expresa de la ASEGURADORA, en forma adicional a la comunicación electrónica o en caso la normatividad vigente lo exija. En caso el ASEGURADO no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-1111. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

10. DEDUCIBLES

No aplica.

11 INTERÉS ASEGURADO

La vida y salud del ASEGURADO.

12 CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO**Periodo de Carencia:**

- Renta Hospitalaria u hospitalización en UCI por enfermedad: Treinta (30) días
- Renta Hospitalaria u hospitalización en UCI por accidente: No aplica
- Fractura de huesos: No aplica

13. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Edad mínima de ingreso: 18 años.

Edad máxima de ingreso: 65 años y 364 días.

Edad máxima de permanencia en el seguro: sin límite de permanencia.

14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

EL ASEGURADO tiene derecho a arrepentirse de la contratación del Certificado de Seguro. Para esto, el ASEGURADO podrá resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los (15) días calendario siguiente a la fecha en que el ASEGURADO haya recibido el Certificado de Seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en el mismo. En caso el 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 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 encuentra indicadas en el Certificado del Seguro y en el resumen de la presente Póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que se usaron para la contratación del seguro.

15. EXCLUSIONES

La presente Póliza no cubre ningún gasto originado por prestaciones médicas. Tampoco indemnizará al ASEGURADO en caso las hospitalizaciones sean originadas, relacionadas o causadas por:

-)Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza) y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo al CIE-10). Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos que cumplan con lo establecido en la Ley N° 28770, Ley que Regula la Utilización de las Preexistencias en la Contratación de un Nuevo Seguro de Enfermedades y/o Asistencia Médica.**
- Respecto del Beneficio de Enfermedades Congénitas, las lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.**
- No se cubren estudios o pruebas genéticas.**
- Enfermedades y/o condiciones preexistentes al inicio del presente seguro, conforme se señala en el artículo 14° precedente.**
- Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicossomático).**
- Chequeos médicos y despistajes de enfermedades en una persona sana, así como el tratamiento y/o medicina preventiva, así como todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.**

- g) Cirugía estética, plástica o reconstructiva. Cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia.
- h) Tratamiento de melasma, alopecia, várices con fines estéticos y escleroterapia en várices.
- i) Cualquier afectación del estado de salud o lesiones cuando el acto generador del siniestro sea resultantes del uso no diagnosticado por un médico colegiado de drogas, fármacos, estupefacientes, narcóticos y alcohol, inclusive en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas o bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos. En el caso de lesiones a consecuencia de accidentes en situación de embriaguez por bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado igual o mayor a 0.5 gr/Lt en caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15 gr/Lt desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- j) Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación al ASEGURADO.
- k) Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio militar, así como los que resulten de la participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo.
- l) Lesiones producidas voluntariamente o en estado mental insano como suicidio, intento de suicidio, autolesión, automutilación, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa, lo cual tendrá que probarse a través de una resolución judicial o un atestado policial.
- m) Embarazo, maternidad, sus complicaciones y consecuencias.
- n) Insuficiencia o sustitución hormonal, todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad, raquitismo, menopausia, climaterio, anorexia nerviosa y los derivados de ellos.
- o) Tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique por propia cuenta, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.
- p) Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasio y centros no reconocidos por el Colegio Médico Peruano, así como todo tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o periodo de prueba cuya indicación no esté aprobada por la FDA (Food and Drugs Administration–EEUU).
- q) Tratamiento y operaciones derivadas de Hallux valgus, pie plano, varo valgo.
- r) Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Kaposi Sarcoma.
- s) Tratamiento y operaciones de carácter odontológico, y cirugía bucal siendo estos los siguientes: periodontitis, osteoporosis, ortodoncia, gingivitis, prótesis, quiste dental, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por esta Póliza.
- t) Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes y alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aún sean a consecuencia de un accidente.
- u) Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radiactivos así como radioterapia y rayos sin supervisión médica.
- v) Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes que no guarden relación con la actividad u ocupación declarada por el ASEGURADO, siendo aquellos los siguientes: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.
- w) Tratamiento y operación de Fimosis.
Hospitalizaciones realizadas en instituciones legalmente no establecidas y hospitalizaciones por convalecencia.
- x) 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.
- y) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
 - z) 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.
 - aa) La práctica o desempeño de profesión u oficio claramente riesgoso, siendo aquellos los siguientes: bomberos, mineros, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, obreros de construcción, manipuladores de explosivos.
 - bb) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático.
 - cc) Enfermedades oncológicas y/o diagnosticadas como cáncer. En los casos que exista alta sospecha de cáncer, la cobertura del evento estará sujeta a la presentación del resultado de anatomía patológica, la cual deberá tener resultado negativo.
 - dd) Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).
 - ee) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.

16. DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

El ASEGURADO podrá resolver sin expresión de causa el presente Certificado de Seguro, 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 Certificado de Seguro. La resolución del Certificado de Seguro podrá ser ejercida por el ASEGURADO, , empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que se usaron para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la Prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En caso de resolución, el CONTRATANTE tendrá la obligación de comunicar al ASEGURADO esta situación y sus consecuencias.

17. EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

En caso de incumplimiento del pago de la prima, el contrato de seguro quedará extinguido transcurridos noventa (90) días calendario desde el incumplimiento. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado de Seguro

18. AVISO DEL SINIESTRO

El ASEGURADO deberá dar aviso por escrito a la ASEGURADORA. Asimismo, el plazo para dar aviso del siniestro se computa de la siguiente manera:

- a) Sesenta (60) días calendario después de la fecha del accidente o enfermedad que origine la hospitalización; o
- b) Siete (7) días calendario desde que el ASEGURADO conoce el beneficio.

19. SOLICITUD DE COBERTURA

El ASEGURADO deberá presentar lo siguiente, en su totalidad al término de la hospitalización:

1. Factura o boleta de pago según corresponda y documento que acredite la hospitalización en el hospital o clínica donde se verifique el nombre del ASEGURADO hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización
2. Copia fedateada de la historia clínica desde el ingreso al internamiento.
3. Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados.
4. Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO, en caso de ser menor de edad podrá presentar adicionalmente, la partida de nacimiento.
5. En caso de fallecimiento del ASEGURADO, los BENEFICIARIOS o herederos legales deberán presentar además de los mismos documentos anteriores (excepto el Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO) lo siguiente:

- a) El Acta de Sucesión Intestada (vía notarial), Declaratoria de Herederos (vía judicial) o Testamento inscrito(a) en los Registros Públicos, que designe a los Herederos Legales o BENEFICIARIOS, según corresponda.
- b) Original y/o certificación de reproducción notarial del Certificado de Defunción.
- c) Original y copia del Documento Nacional de Identidad de los BENEFICIARIOS o solicitantes. Si fuera extranjero el Carné de Extranjería o en su defecto el Pasaporte.
- d) Protocolo de necropsia, en caso corresponda. e) Atestado policial completo, en caso corresponda.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a 3 (tres) meses.

Los Centros Médicos que emitan pronunciamiento de acuerdo a los requisitos anteriores, deben ser legalmente reconocidos.

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.

Una vez obtenida la documentación e información que solicitara la ASEGURADORA, según lo establecido en el párrafo precedente, y en caso que ésta no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) con que cuenta para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro, se entenderá que éste ha quedado consentido, salvo que se solicite prórroga del plazo.

20. CONSULTA DE ESTADO DE SINIESTRO

Una vez que haya presentado la documentación indicada en la "Solicitud de Cobertura", usted podrá conocer el estado de su siniestro comunicándose a los teléfonos: 411-1111 (Lima) o 0800-41111 (provincias).

21. PAGO DE SINIESTRO

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con un plazo de treinta (30) días para proceder a efectuar el pago que corresponda.

22. LUGARES AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO en las oficinas del CONTRATANTE, a nivel nacional. Adicionalmente, podrá presentarse a la ASEGURADORA en los centros de Atención al cliente.

OFICINA PRINCIPAL:	Av. Las Begonias 475 San Isidro, Lima.
CENTROS DE ATENCIÓN AL CLIENTE:	
Lima: Av. Paseo de la República 3505 San Isidro. Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.	Huancayo: Jr. Áncash Nro. 125, Huancayo. Telf. (064)-223233.
Arequipa: Pasaje. Belén Nro. 103 Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700.	Trujillo: C.C. Mall Aventura Plaza-Local 1004. Telf. (044)-485200.
Piura: Calle Libertad Nro. 450. Telf. (073)-284900.	Chiclayo: Av. Salaverry Nro. 560 Urb. Patatzca. Telf. (074)- 481400.

Las solicitudes de cobertura presentadas al CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR del seguro, de corresponder, tienen los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a la ASEGURADORA.

23. MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA PARA PRESENTAR RECLAMOS

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular se podrá presentar el reclamo de manera gratuita como se detalla a continuación:

Verbal: Presencial o vía telefónica a través de los Centros de Atención en Lima y provincias y central de consultas.
Escrito: Mediante carta dirigida a RIMAC Seguros o a través de la página web o correo electrónico.

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

Correo Electrónico: reclamos@rimac.com.pe

Página Web: www.rimac.com

24. 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.

25. INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTACIÓN DE CONSULTAS / RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado:	www.defaseg.com.pe Teléfono: (01) 421-0614 Lima: Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima.
Indecopi:	www.indecopi.gob.pe Teléfono: (01) 224-7777 Teléfono 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, 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: (511) 630-9000 200-1930

26. ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

La aceptación y emisión de la presente solicitud - Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el ASEGURADO en los términos estipulados por la ASEGURADORA, en tanto la ASEGURADORA hubiera proporcionado información veraz.

Lugar y Fecha: _____ de _____ de _____

**FRANCISCO RODRIGUEZ LARRAÍN
LABARTHE
VICEPRESIDENTE RIESGOS
HUMANOS
RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS**