

Código SBS: AE0506410205

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

**SEGURO DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD BBVA
CONDICIONES PARTICULARES****DATOS DE LA ASEGURADORA**

ASEGURADORA:	RIMAC Seguros y Reaseguros	RUC:	20100041953
Dirección:	Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima	Teléfono:	411-3000 / Fax: 421-0555
Página web:	www.rimac.com		
Correo Electrónico:	atencionalcliente@rimac.com.pe		

DATOS DEL COMERCIALIZADOR

Razón Social:	BBVA Continental	RUC:	20100130204
Dirección:	Av. Republica de Panamá 3055, San Isidro, Lima	Teléfono:	(01) 211-1000

DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos:	.....	Tipo y N° de Documento:	.....
Fecha de Nacimiento:	..... / .....	Edad:	.....
		Sexo:	.....
		Nacionalidad:	.....
Dirección:	.....	
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
		
Correo Electrónico:	.....	
Ocupación:	.....	
		Teléfono(s):	.....

DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos:	.....	Tipo y N° de Documento:	.....
Fecha de Nacimiento:	..... / .....	Edad:	.....
		Sexo:	.....
		Nacionalidad:	.....
Dirección:	.....	
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
		
Correo Electrónico:	.....	
Ocupación:	.....	
		Teléfono(s):	.....

DATOS DEL BENEFICIARIO

El beneficiario es el ASEGURADO o el (la) cónyuge del ASEGURADO. En caso el ASEGURADO o cónyuge del ASEGURADO falleciera en el periodo de tiempo en que se mantuviera hospitalizado, y no se haya solicitado la cobertura del presente Seguro, esta deberá ser solicitada por los Herederos Legales.

INTERÉS ASEGURADO

La salud del ASEGURADO.

RIESGOS CUBIERTOS

La ASEGURADORA se compromete a pagar al ASEGURADO, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares, un monto diario por cada día de hospitalización a consecuencia de un accidente o enfermedad, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Particulares, Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos y Anexos que, en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro.

COBERTURAS DEL SEGURO

Coberturas	Monto Diario	Máximo de Días de Cobertura
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad	S/.	365 días
Doble indemnización por hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por accidente o enfermedad o por hospitalización a causa de una fractura de huesos	S/.	90 días ó 30 días continuos
Plan Elegido:		

- No aplican deducibles ni coaseguros.
- 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.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO:

Edad mínima de ingreso a la Póliza: 18 (dieciocho) años.
 Edad límite de ingreso a la Póliza: 65 (sesenta y cinco) años.
 Edad límite de permanencia en la Póliza: Sin límite de permanencia.

Periodos 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.

PRIMAS:

Prima	Monto S/.
Prima Comercial Total (incluye IGV)	

La Prima comercial total incluye:	Monto S/.
Cargos por la contratación de comercializadores.	

VIGENCIA DEL SEGURO

Vigencia desde: __/__/__ Hora: 12:00 m.
 Vigencia hasta: __/__/__ Hora: 12:00 m.

Esta Póliza **SÍ se renueva automáticamente.**

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

El pago se realizará de manera mensual a través de cargo en cuenta o tarjeta de crédito.

- N° Tarjeta de Crédito / N° de cuenta de cargo:

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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 usó para la contratación del seguro.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- i. La ASEGURADORA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
 - 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 CONTRATANTES, ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la ASEGURADORA.
 - iv. Los pagos efectuados por los CONTRATANTES del seguro, o terceros encargados del pago, al COMERCIALIZADOR, se considerarán abonados a la ASEGURADORA.
- El ASEGURADO autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al CONTRATANTE.
 - Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.
 - El CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.

Instrucciones de Uso del correo electrónico: i) En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifique / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: 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 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.

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 (entre ellos, el BBVA Continental) 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 de 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 a RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS:

- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la presente Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO en los términos estipulados por la ASEGURADORA, en tanto el CONTRATANTE o ASEGURADO hubieran proporcionado información veraz.
- El CONTRATANTE/ASEGURADO suscribe las presentes Condiciones Particulares, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

Fecha de Emisión: _____ de _____ de _____



VICENTE CHECA BOZA
Vicepresidente
División Riesgos Humanos

CONTRATANTE / ASEGURADO