



# SOLICITUD - CERTIFICADO DE SEGURO DESGRAVAMEN PREMIER CONVENIOS

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

## PÓLIZA N°

Este seguro presenta cargas y obligaciones a cargo del Asegurado, cuyo incumplimiento podría acarrear la pérdida de derechos indemnizatorios.

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

**MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO: Saldo Insoluto**

### 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 o la fecha en la que el ASEGURADO alcance el límite de edad de permanencia, lo que ocurra primero. Adicionalmente, la vigencia del Certificado de seguro culminará en caso de que la póliza matriz del seguro de Desgravamen contratado por BBVA a Rimac Seguros, llegue a su fin de vigencia o sea resuelta.

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

#### Titular 1:

Nombres y Apellidos:

Fecha Nacimiento :

Tipo y N° de Documento :

Teléfono :

Sexo :

Domicilio :

Nro. Ext. :

Nro. Int.:

Detalle:

Ubicación:

Distrito :

Provincia:

Departamento:

País :

Correo Electrónico :

#### En caso del Asegurado Titular 2:

Nombre:

Fecha Nacimiento :

Tipo y N° de Documento :

Teléfono :

Sexo :

Domicilio :

Nro. Ext. :

Nro. Int.:

Detalle:

Ubicación:

Distrito :

Provincia:

Departamento:

País :

Correo Electrónico :

### 2. DATOS DEL BENEFICIARIO

MODALIDAD DE SEGURO: Saldo Insoluto	COBERTURAS PRINCIPALES	
	Muerte (Natural o Accidental)	Invalidez Total y Permanente (Enfermedad y Accidente)
Beneficiarios: Entidad Financiera	✔	✔
Beneficiarios: Herederos Legales	✘	✘

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 RIMAC 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.

	<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>	
	Indemnización adicional por muerte del asegurado en accidente aéreo	Desamparo familiar súbito
<b>BENEFICIARIOS</b>	Herederos Legales del Asegurado	Herederos Legales del Asegurado Titular del crédito

**En caso de las coberturas adicionales:**

\*Indemnización por muerte del asegurado en accidente aéreo: Herederos legales o beneficiarios designados por el Asegurado.

\*\*Desamparo familiar súbito: Hijos biológicos y/o adoptados conforme a Ley, de ambos cónyuges o convivientes reconocidos que sean: (i) menores de edad o (ii) menores de 25 años que acrediten estar cursando estudios superiores, o (iii) mayores de 18 años que acrediten padecer una discapacidad.

**3. 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 RIMAC, y formarán parte de la Solicitud Certificado 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 RIMAC. De ser el caso y como resultado de la evaluación de la DPS, el seguro podrá ser aceptado o rechazado por RIMAC. Una declaración falsa de parte del ASEGURADO no generará obligaciones por parte de RIMAC.

Los ASEGURADOS con montos hasta S/100,000 no requieren llenar la DPS. Esta condición solo aplica para asegurados con labores administrativas.

Los ASEGURADOS con montos mayores a S/100,000 hasta S/150,000 deberán llenar obligatoriamente las siguientes preguntas de DPS.

**4. ACTIVACIÓN DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN:**

Para ser considerado como asegurado en la SOLICITUD CERTIFICADO de Desgravamen el ASEGURADO deberá:

1. Llenar la Declaración Personal de Salud (donde debe indicar si sufre o ha sufrido alguna enfermedad o dolencia).
2. Realizar los exámenes de salud correspondientes a la suma del monto del crédito que el ASEGURADO está solicitando más los créditos que pueda tener vigentes en el BBVA.

De no cumplir con alguno de estos requisitos comunicarse de inmediato con la Entidad Financiera para hacerlos efectivos. El ASEGURADO debe considerar que el contrato de seguros será nulo hasta que cumpla con lo antes mencionado.

**5. DATOS DE LA ASEGURADORA**

Aseguradora :	Rimac Seguros y Reaseguros	RUC :	20100041953
Dirección :	Las Begonias N° 475, Piso 3	Distrito :	San Isidro
Provincia :	Lima	Departamento :	Lima
Teléfono :	411-3000	Fax :	421-0555
Página web :	www.rimac.com	Correo electrónico:	atencionalcliente@rimac.com.pe

**6. DATOS DEL CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA / COMERCIALIZADOR**

Razón Social :	BBVA PERÚ	RUC :	20100130204
Dirección :	Av. República de Panamá N° 3055	Distrito :	San Isidro
Provincia :	Lima	Departamento :	Lima
Teléfono :	209-1000		

## 7. SUMA ASEGURADA MÁXIMA Y COBERTURAS

<b>COBERTURAS PRINCIPALES</b>	<b>SUMA ASEGURADA</b>
Fallecimiento por muerte natural o accidental	máx S/ 150,000.00
Invalidez total y permanente por accidente o enfermedad	máx S/ 150,000.00
<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>	<b>SUMA ASEGURADA</b>
Indemnización adicional por muerte del Asegurado en accidente aéreo:	S/ 10,000.00
Desamparo Familiar Súbito:	S/ 20,000.00

## 8. PRIMAS

La prima mensual del presente seguro será la resultante de aplicar la tasa comercial mensual indicada en la primera página del presente documento sobre el monto inicial del crédito. La prima mensual será determinada según las declaraciones mensuales que efectúe la ENTIDAD FINANCIERA que otorgó el crédito.

## 9. CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

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

Forma: El pago de la prima es mensual, conforme al cronograma de pago del crédito.

Fecha de vencimiento de pago de la prima: 30 días desde el inicio de vigencia y/o renovación. Para el caso de créditos la fecha de vencimiento para el pago de la prima será la que figura en el cronograma de pagos del crédito; salvo que el comercializador haya otorgado un periodo de gracia al asegurado.

Interés Moratorio: No aplica

## 10. COMISIÓN DEL COMERCIALIZADOR

Comisión del Comercializador :

Porcentaje de comisión calculada sobre la prima neta\*:

\*La prima neta es la prima comercial descontando el tres 00/100 por ciento del Gasto de Emisión.

### IMPORTANTE:

En función a la información consignada en la Declaración Personal de Salud (DPS), RIMAC podrá colocar los recargos que considere necesarios en función al riesgo laboral o de salud.

- Se deja constancia que el 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 S/ 150,000.00 (Ciento cincuenta mil soles). En caso que el ASEGURADO, contrate varias Pólizas de Seguro, por la cantidad de créditos que mantenga frente a la ENTIDAD FINANCIERA, la responsabilidad de RIMAC para otorgar las coberturas de fallecimiento e invalidez total y permanente de la totalidad de los seguros de desgravamen, es hasta el límite máximo descrito precedentemente por el ASEGURADO. Por tanto, en caso que la suma total a indemnizar supere el importe antes indicado, RIMAC procederá a devolver las primas en forma proporcional al importe que no será reconocido. El presente seguro no cubre intereses de ningún
- La suma asegurada se pagará en Soles según la moneda del crédito otorgado por la ENTIDAD FINANCIERA.
- 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.
- Las coberturas de Indemnización adicional por muerte del Asegurado en accidente aéreo y Desamparo Familiar Súbito, serán pagadas por RIMAC 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.

## 11. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- ENFERMEDADES PREEXISTENTES (PREEXISTENCIAS): Cualquier lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración del estado de salud del ASEGURADO, diagnosticadas por un profesional médico o conocidas por el ASEGURADO, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la SOLICITUD CERTIFICADO y que como consecuencia de esta lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración del estado de salud, se produzca el fallecimiento o invalidez total y permanente (en sus dos modalidades) del ASEGURADO. Es obligación del ASEGURADO declarar las preexistencias.
- 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 RIMAC, y formarán parte de la SOLICITUD CERTIFICADO 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 RIMAC. De ser el caso y como resultado de la evaluación de la DPS, el seguro podrá ser aceptado o rechazado por RIMAC. Una declaración falsa de parte del ASEGURADO no generará obligaciones por parte de RIMAC.
- DESAMPARO FAMILIAR SÚBITO: Cobertura sujeta a la muerte accidental del Titular y su Cónyuge en un mismo evento.
- COBERTURA DE FALLECIMIENTO:  
Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado como EXCLUSIONES en la presente Solicitud / Certificado.

### COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:

En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO que surja como consecuencia de un accidente producido dentro de la vigencia de la SOLICITUD CERTIFICADO de Seguro, RIMAC-mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro, de acuerdo a lo siguiente.

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 inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionados. La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en los literales "a al g", constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del ASEGURADO ni otros factores complementarios utilizados por comisiones médicas específicas del Sistema Privado de

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

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

### Cobertura Adicional de Invalidez total y permanente por Enfermedad:

**En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, que surja como consecuencia de una enfermedad diagnosticada dentro de la vigencia de la SOLICITUD CERTIFICADO de Seguro, RIMAC-mediante la presente cláusula adicional- pagará la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro, de acuerdo con lo siguiente:**

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

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

**Cobertura Adicional de Indemnización por muerte del Asegurado en accidente aéreo:**

En caso de fallecimiento del Asegurado siendo pasajero de un vuelo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario, como consecuencia de un accidente aéreo producido dentro de la vigencia de la SOLICITUD CERTIFICADO de seguro, RIMAC pagará una indemnización adicional, por la suma de S/ 10,000.00 descrita en las Condiciones Particulares, a los Beneficiarios designados por el Asegurado.

Esta cobertura es accesoria a la cobertura principal de fallecimiento, que sea consecuencia de accidente, por lo que su activación solo se realizará en tanto la cobertura de fallecimiento a consecuencia de accidente haya sido aceptada por RIMAC.

**Definición de Accidente Aéreo:** Suceso súbito e imprevisto sobre la aeronave que le produce daños o roturas estructurales, o podría dar lugar a su desaparición o a que resulte este, totalmente inaccesible. Para delimitar el espacio en el cual se considerará "accidente aéreo sobre la persona del asegurado" se considera desde el momento en que la aeronave inicia y culmina su labor de despegue y aterrizaje, de acuerdo con sus Fases de Vuelo.

**Cobertura Adicional de Desamparo Familiar Súbito:**

En caso de fallecimiento del Asegurado y de su cónyuge o conviviente en un mismo accidente, **producido dentro de la vigencia de la SOLICITUD CERTIFICADO de Seguro, RIMAC-mediante la presente cláusula adicional-pagará a favor de sus hijos la suma asegurada de S/ 20,000.00**

Para considerar que el fallecimiento ha sido consecuencia del accidente, deberá haberse producido **dentro de los noventa (90) días calendarios posteriores a la fecha de ocurrido el accidente como consecuencia de las lesiones originadas en el mismo.**

**Serán beneficiarios los hijos biológicos y/o adoptados conforme a Ley, de ambos cónyuges que sean: (i) menores de edad o (ii) menores de 25 años que acrediten estar cursando estudios superiores, o (iii) mayores de 18 años que acrediten padecer una discapacidad.**

La suma asegurada a otorgar bajo la presente cobertura es única e independiente del número de hijos que existan al momento del fallecimiento. Sin embargo, este único monto se pagará dividiéndolo proporcionalmente entre el número de hijos.

Esta cobertura solo aplica para casos en que se haya contratado el Seguro de Desgravamen mancomunado (Asegurado y Cónyuge/Conviviente); es accesoria a la cobertura principal de fallecimiento y por lo tanto su activación solo se realizará en tanto la cobertura de fallecimiento haya sido aceptada por RIMAC.

- 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 fecha de cancelación del monto total del préstamo o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero, 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 RIMAC a LA ENTIDAD FINANCIERA, RIMAC 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 SOLICITUD CERTIFICADO 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 SOLICITUD CERTIFICADO de Seguro, no tendrá cobertura, sin perjuicio de que el siniestro se haya producido dentro del periodo de vigencia.

**CONDICIÓN ESPECIAL:**

Si bien EL ASEGURADO o en su caso el beneficiario, es el responsable de proporcionar toda la documentación e información necesarias en caso de solicitud de cobertura, con la suscripción del presente documento, EL ASEGURADO brinda su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que RIMAC y/o la ENTIDAD FINANCIERA, esta última en su calidad de Beneficiario de la 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.

## 12. EDADES LÍMITES

PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO, INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE DEL ASEGURADO EN ACCIDENTE AEREO Y DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR:

Edad mínima de ingreso: 18 años.

Edad máxima de ingreso: 74 años y 364 días.

Edad máxima de permanencia en el seguro: 79 años y 364 días.

PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE:

Edad mínima de ingreso: 18 años.

Edad máxima de ingreso: 74 años y 364 días.

Edad máxima de permanencia en el seguro: 74 años y 364 días.

## 13. EXCLUSIONES

RIMAC estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento o invalidez del (os) ASEGURADO (s) ocurra en las siguientes circunstancias:

- A. Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del Seguro de Vida Desgravamen.
- B. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, tumulto popular, 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.
- 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. Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo y marítimo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- G. Operaciones o viajes submarinos
- H. 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 RIMAC en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.
- I. Realización de alguna de las siguientes actividades o deportes riesgosos: inmersión submarina, artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por RIMAC en las Condiciones Particulares de la Póliza o en el Certificado de Seguro, previo pago de la extra prima correspondiente.
- J. Los accidentes o fallecimiento que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentra bajo influencia de drogas (sin importar su grado de presencia en la sangre) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) siempre que el accidente sea consecuencia directa de estos estados y esta situación sea acto generador del siniestro. Para efectos de esta exclusión, siempre y cuando el siniestro se haya producido como consecuencia de un accidente de tránsito y que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o drogas, si el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.

**K. Fallecimiento como consecuencia de enfermedades graves y/o crónicas preexistentes a la contratación de la Póliza de Seguro de Vida Desgravamen.**

**L. Los siniestros derivados de fenómenos de la naturaleza como son Terremotos, inundaciones, huaycos.**

**M. Enfermedades mentales o nerviosas y las complicaciones médicas de embarazos o partos.**

**N. Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.**

**Actividades militares de riesgo agravado en zonas de conflicto (terrorismo y narcotráfico), zonas fronterizas y guerra.**

**Exclusiones adicionales aplicables a Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:**

- **Abuso de alcohol o de drogas.**
- **Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.**
- **Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa. Se considera legítima defensa el derecho de todo ciudadano a responder por medio de la violencia a una agresión e infracción actual, inminente e inmediata, injusta y dirigida contra él o contra otro.**

**CONDICIONES ESPECIALES PARA MILITARES EN ACTIVIDAD:**

- **Se cubren lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o incursión militar, así como operaciones o viajes submarinos, excepto en actividades militares de riesgo agravado en zonas de conflicto, terrorismo, narcotráfico, zonas fronterizas y guerra.**
- **Se cubre la realización de alguna de las siguientes actividades: inmersión submarina, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, excepto en actividades militares de riesgo agravado en zonas de conflicto, terrorismo, narcotráfico, zonas fronterizas y guerra.**

#### **14. DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA**

Quando así lo decida el ASEGURADO y sin necesidad de una justificación. Para ello debe de enviar una comunicación por escrito a RIMAC o solicitarlo por cualquiera de los medios que usó para contratar la SOLICITUD CERTIFICADO de Seguro. Esta quedará resuelta a los treinta (30) días siguientes. RIMAC tiene derecho a conservar y/o cobrar las primas por el período de vigencia transcurrido. En el caso que se hayan pagado primas por adelantado, tendrá derecho a que se le reembolse la prima por el período de vigencia que no ha transcurrido. Este reembolso se realizará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de la resolución.

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

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

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

#### **16. SOLICITUD DE COBERTURA**

**Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a RIMAC, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado o certificado de seguros) los siguientes documentos en original o en copia legalizada, salvo que se indique lo contrario. En el caso de los seguros colectivos o grupales, la misma documentación también podrá ser entregada en las oficinas de la ENTIDAD FINANCIERA que otorgó el crédito al ASEGURADO (Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).**

**1. Para las coberturas Fallecimiento:**

- Copia Certificada de la Partida de defunción expedida por RENIEC del ASEGURADO y/o su cónyuge o conviviente asegurado bajo la presente Solicitud Certificado.**
- Certificado de defunción del ASEGURADO.**
- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO fallecido (en caso se cuente con dicho documento) 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 con firma legalizada notarialmente a fin de poder abrir la Cuenta de ahorros si hubieran Beneficiarios menores de edad.**
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada del ASEGURADO.**
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.**

**2. 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.**

- Original o Copia Certificada del atestado policial completo o diligencias fiscales, según corresponda, en caso de haberse realizado.**
- Original o Copia Certificada del protocolo de necropsia completo, en caso de haberse realizado.**
- Original o Copia Certificada del análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.**
- Original o Copia Certificada del dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.**

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

**4. En caso de Invalidez total y permanente por enfermedad:**

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO.**
- Dictamen de Invalidez emitido por la Comisión Médica de Essalud o el Ministerio de Salud (MINSA) o EPS o la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas o Policiales si corresponde.**
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada de todos los centros médicos donde se atendió antes y durante la enfermedad que generó la Invalidez Permanente Total.**
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.**

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

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO.**
- Historia Clínica foliada y fedateada de todos los centros médicos que le brindaron atención a consecuencia del accidente que generó la Invalidez Permanente Total e Informes Médicos sobre atenciones y/o tratamientos relacionados al accidente y estado de Invalidez.**
- 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.**

**6. Sobre los documentos para presentar la solicitud de cualquiera de las coberturas:**

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



## 17. 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).

## 18. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, RIMAC evaluará y se pronunciará aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura).

Dentro de los primeros 20 días RIMAC podrá solicitar aclaraciones o precisiones sobre la documentación e información presentada o podrá solicitar la prórroga del plazo original al Asegurado, y en caso éste último no acepte la prórroga solicitada, podrá solicitarlo a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establecido en los Artículos 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros (Resolución SBS N° 3202-2013).

En caso que RIMAC no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta RIMAC para consentir o rechazar el siniestro. Cuando RIMAC requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al ASEGURADO o BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, la extensión del plazo antes señalado.

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

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

## 19. INFORMACION 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 él y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si RIMAC hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, podría acarrear la nulidad del presente Contrato de Seguro.

El Asegurado autoriza a la Entidad Financiera, el envío/entrega de la Solicitud Certificado, Póliza o cualquier otro documento o información relacionada a este Contrato de Seguro, de manera física o electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento. A la firma de este documento (Solicitud Certificado), el Asegurado declara haber recibido el Certificado de Seguro, toda vez que, la aceptación de la solicitud del seguro se evidencia con la emisión de esta Solicitud Certificado de Seguro.

La emisión de la presente Solicitud - Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Asegurado en los términos estipulados por RIMAC, en tanto éste haya proporcionado información veraz.

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

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

El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza matriz del seguro de grupo a RÍMAC, la cual, deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.

RIMAC es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Banca seguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de

Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.

- Las comunicaciones cursadas por los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a RIMAC.
- Los pagos efectuados por los Contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a RIMAC.
- RIMAC, a través de su portal web, pone a disposición del Contratante y Asegurado la totalidad de las condiciones de esta Póliza. Por lo que el Asegurado firma la presente Solicitud - Certificado de Seguro, en señal de haber tomado conocimiento de la totalidad de las condiciones de esta Póliza, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's y del portal web de RIMAC, encontrándose conforme con dichas condiciones.
- El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Solicitud Certificado, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.

#### **Envío del Certificado de Seguro por medios electrónicos**

##### **a) En caso de contratación presencial:**

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

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

##### **b) En caso de contratación a través del Portal Web de BBVA:**

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

### **RESUMEN SEGURO DE DESGRAVAMEN**

#### **A. INFORMACIÓN GENERAL**

<b>1. Datos de la empresa aseguradora:</b>	<b>RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS</b>
<b>Oficina Principal:</b>	Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima
<b>Plataformas de Atención al Cliente:</b>	
<b>Lima:</b>	Av. Paseo de la República 3082, 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>Huancayo:</b>	Jirón Ancash 125, Huancayo. Telf. (064)-223233
<b>Trujillo:</b>	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>Piura:</b>	Calle Libertad 450. Telf. (073)-284900
<b>Central de Consultas y Reclamos:</b>	<b>(01) 411-3000</b>
<b>Central de Emergencias y Asistencias:</b>	Lima: (01) 411-1111 Provincias: 0-800-4-1111
<b>Correo Electrónico:</b>	<a href="mailto:reclamos@rimac.com.pe">reclamos@rimac.com.pe</a>
<b>Página Web:</b>	<a href="http://www.rimac.com">www.rimac.com</a>
<b>2. Medios habilitados por la RIMAC para presentar reclamos:</b>	
Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita en las modalidades que se	

detallan a continuación:

**Verbal:** Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas. (Punto 1 de este resumen)

**Escrito:** Mediante carta dirigida a Rímac Seguros o a través de la página web o correo electrónico. (Punto 1 de este resumen)

#### OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

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

#### LEY 29733 - LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO

##### Uso y tratamiento de Datos Personales

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la "Ley") y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el "Reglamento"), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, **RIMAC**) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los "Datos Personales"), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.rimac.com](http://www.rimac.com), sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Calle Begonias N° 540, San Isidro, Lima, estando además inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N° 1637.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, enviando una comunicación al correo electrónico [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe). Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

#### CONTRATACIÓN POR CANALES DIGITALES

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

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

Lugar y fecha:



**MAKALY RIVERA CHU**  
Vicepresidente División Seguros  
Personales Rímac Seguros y Reaseguros

<b>ASEGURADO TITULAR 1</b>	<b>ASEGURADO TITULAR 2</b>