



SEGURO DE DESGRAVAMEN SOLICITUD / CERTIFICADO

Código SBS: VI05074100419 Soles y Dólares

Adecuado a la Ley Nro. 29946 y sus normas reglamentarias

DESGRAVAMEN BÁSICO:

PÓLIZA N°

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

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

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO:

La vigencia es mensual de renovación automática, y su fin de vigencia será como máximo hasta la fecha de cancelación del crédito o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite 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.

PRIMA

La prima mensual de este 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.

	Individual	Mancomunado
Sin Periodo de Gracia	0.4396‰	0.8164‰
Con Periodo de Gracia	0.4710‰	0.8792‰

COMISIÓN DEL COMERCIALIZADOR

Comisión del Comercializador:

Porcentaje de comisión calculada sobre la prima comercial :

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros
RUC: 20100041953
Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3
San Isidro, Lima
Teléfono: 411-1111 / Fax: 421-0555
Página web: www.rimac.com
Correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA / COMERCIALIZADOR

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

DATOS DEL ASEGURADO. Relación con el CONTRATANTE: Económica

En caso del Asegurado Titular 1:

Nombre y Apellidos:

Sexo :

Fecha Nacimiento :

Tipo y N° de Documento :

Teléfono :

Dirección:

Domicilio :

Nro. Ext. :

Nro. Int.:

Detalle:

Ubicación:

Distrito :

Provincia:

Departamento: País :
Correo Electrónico :

En caso del Asegurado Titular 2:

Nombre y Apellidos: Sexo :
Fecha Nacimiento :
Tipo y N° de Documento : Teléfono :
Domicilio :
Nro. Ext. : Nro. Int.: Detalle:
Ubicación:
Distrito : Provincia:
Departamento: País :
Correo Electrónico :

DATOS DEL BENEFICIARIO

1. Para las coberturas de Fallecimiento, Invalidez total y permanente por enfermedad, Invalidez total y permanente por accidente: En 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 del ASEGURADO.

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

Nombre Completo	% de Partic.	Relación con el Asegurado

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

- I. SUMA ASEGURADA MÁXIMA: Hasta US\$ 1, 000,000 por Asegurado.
II. COBERTURAS (RIESGOS CUBIERTOS) Y SUMAS ASEGURADAS:
1. Fallecimiento: 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 definitiva e irreversible (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 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).

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.

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.

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 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 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, se deberá considerar que dichas coberturas de Fallecimiento, Invalidez total y permanente por enfermedad, Invalidez total y permanente por accidente son excluyentes entre sí.

CARACTERISTICAS DEL SEGURO

MODALIDAD DEL ASEGURAMIENTO

- Seguro de Desgravamen que 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 Solicitud Certificado para lo cual debe cumplir con los requisitos de edad y condiciones de asegurabilidad establecidos en este certificado. El Asegurado es quien mantiene saldos deudores derivados de créditos otorgados por la ENTIDAD FINANCIERA.

FALLECIMIENTO A CONSECUENCIA DE 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 Contratante o 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.

La Solicitud Certificado 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 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.

CONDICIÓN ESPECIAL

EL ASEGURADO se compromete a facilitar a RIMAC 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.

EDADES DEL ASEGURADO

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

Para la cobertura de Fallecimiento: La edad máxima de ingreso es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 79 años y 364 días. Para las coberturas Invalidez total y permanente por accidente e Invalidez total y permanente por enfermedad: La edad máxima de ingreso es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 74 años y 364 días.

Se deja constancia que, en caso que el ASEGURADO sea incorporado como tal en el Certificado de Seguros, mediante la emisión del Certificado de Seguro correspondiente, una vez superada la edad máxima de ingreso para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, la presente Póliza solo brindará la cobertura de Fallecimiento, conforme a los términos y condiciones establecidas para la misma.

VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia es mensual de renovación automática, y su fin de vigencia será como máximo hasta la fecha de la cancelación del monto total del préstamo ó la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad limite 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 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 a fin de solicitar o evaluar la cobertura del presente seguro, según corresponda. Asimismo, el ASEGURADO faculta y autoriza, a dichos establecimientos de salud a que haga entrega de su información a RIMAC y/o la ENTIDAD FINANCIERA, según corresponda.

EXCLUSIONES

Las siguientes exclusiones aplican a las siguientes coberturas de la presente Solicitud Certificado de Seguro : Fallecimiento, Invalidez total y permanente por enfermedad, Invalidez total y permanente por accidente. RIMAC estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el siniestro del (os) ASEGURADO (s) ocurra en las siguientes circunstancias:

- a) Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro de Vida Desgravamen.
- b) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, 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 adquiriera 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. Cualquier evento que haya sido causado por reactor nuclear o contaminación radioactiva.
- f) Accidente aéreo y marítimo de cualquier clase, en el cual el ASEGURADO se encuentre en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales. No aplica la exclusión para vuelos y/o viajes comerciales 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; , 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 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 previo pago de la extra prima correspondiente.
- j) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- k) Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). 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 se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- l) RIMAC 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, trailer, 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 RIMAC 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.
- m) Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro.
- n) Enfermedades infecto contagiosas.
- o) Enfermedades con características de plagas.

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, en general, incluyendo tratamientos estéticos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

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.

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

DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Cuando 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 Póliza de Seguro. Esta quedará resultando 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, tendrás derecho a que se te 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.

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.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo RIMAC 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 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.

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).

Para las coberturas de Fallecimiento:

- Copia Certificada de la Partida de defunción del ASEGURADO expedida por RENIEC y/o su cónyuge o conviviente asegurado bajo la presente Solicitud Certificado.
- Certificado médico de defunción del ASEGURADO.
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada del ASEGURADO.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.

En caso de fallecimiento a consecuencia de un accidente, 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.

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 RIMAC se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

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.

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.

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.
- 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 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 Solicitud Certificado 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 91º 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 la ASEGURADORA 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.

MEDIOS HABILITADOS POR RIMAC 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) 411-1111
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 RIMAC 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 el 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.
- 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.
- 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 que deberá efectuarse dentro del plazo de quince (15) días calendario de presentada la mencionada solicitud del seguro si no media rechazo previo.
- El Asegurado podrá solicitar a RIMAC copia de la póliza de seguro de grupo, en cuyo caso RIMAC emitirá la copia de la Póliza correspondiente, debiendo entregarla dentro del plazo de quince (15) días calendario de recibida la solicitud.
- 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.
- RIMAC 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 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 la 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 la 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 Póliza, 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, 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, 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

1. Datos de la empresa aseguradora:

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

Oficina Principal:

Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima

Plataformas de Atención al Cliente:

Lima:

Av. Paseo de la República 3082, San Isidro. Av. Las Begonias 471, San Isidro.
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores. Telf. 411-3000

Arequipa:

Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700

Huancayo:

Jirón Ancash 125, Huancayo. Telf. (064)-223233

Trujillo:

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

Chiclayo:

Av. Salaverry 560, Urb. Patazca. Telf. (074)- 481400

Piura:

Calle Libertad 450. Telf. (073)-284900

Central de Consultas y Reclamos:

(01) 411-3000

Central de Emergencias y Asistencias:

Lima: (01) 411-1111 Provincias: 0-800-4-1111

Correo Electrónico:

reclamos@rimac.com.pe

Página Web:

www.rimac.com

2. Denominación del Producto: SEGURO DE DESGRAVAMEN

3. Lugar y Forma de Pago de la Prima:

Mensualmente todas las primas deberán pagarse por intermedio de la Entidad Financiera a RIMAC, sin necesidad de requerimiento previo.

4. Lugares autorizados por RIMAC para solicitar la cobertura del seguro:

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.

5. Medios habilitados por la RIMAC 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 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)

6. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias

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

7. 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, 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. 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 de la presente Solicitud Certificado de Seguro.

Lugar y fecha de emisión: _____, ____ de _____ de _____



MAKALY RIVERA CHU
Vicepresidente División Seguros
Personales Rimac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO TITULAR 1 /
ASEGURADO TITULAR 2