

CONDICIONES PARTICULARES			
<b>DURACION DEL SEGURO</b>	<b>IMPORTE DE PRIMA</b>	<b>FORMA DE PAGO</b>	<b>MONEDA</b>
meses			
<b>POLIZA Nro.</b>	<b>FECHA DE EMISION</b>	<b>PRESTAMO Nro.</b>	<b>OFICINA</b>
<b>CERTIFICADO Nro.</b>	<b>MONTO DEL PRESTAMO</b>	<b>CUENTA Nro.</b>	
<b>MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO:</b>			
<b>NOMBRE DEL CONTRATANTE Y ASEGURADO</b>		<b>DOC. DE IDENTIDAD</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
<b>DIRECCION DEL ASEGURADO</b>			
DOMICILIO: NRO. EXT.                      NRO. INT.                      DETALLE: UBICAC.    DISTRITO    COD. POSTAL PROVINCIA    DEPARTAMENTO    PAIS TELEFONO			
<b>COBERTURAS</b>			
<p>A. Muerte natural y/o accidental.</p> <p>B. Invalidez total y permanente a consecuencia de accidente o enfermedad.</p> <p>C. Indemnización adicional por Renta estudiantil (en caso de fallecimiento del titular y/o cónyuge), sujeto a que el asegurado tenga al menos un hijo menor de 25 años. La suma asegurada es US\$ 3,000.</p> <p>D. Indemnización adicional por fallecimiento accidental en transporte aéreo. La suma asegurada es US\$10,000.</p> <p>E. Desamparo súbito familiar, sujeto al fallecimiento accidental del titular y cónyuge, de ambos en un mismo evento. La suma asegurada es US\$20,000.</p>			
<b>BENEFICIARIOS</b>			
<p>1. Por expreso deseo del Asegurado-Prestatario, de la cantidad a percibir en caso de fallecimiento o invalidez de éste, Rímac Internacional pagará directamente al BBVA Continental el importe del préstamo concedido a la fecha de fallecimiento.</p> <p>2. El Asegurado-Prestatario renuncia en forma expresa a revocar la designación del Beneficiario en tanto no acredite la cancelación total del préstamo concedido.</p> <p>3. En caso de cobertura sobre Monto Inicial, el saldo de la indemnización una vez cancelado el total del préstamo por el BBVA Continental, será abonado por éste a los siguientes beneficiarios</p>			
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>NRO. DE CUENTA</b>	<b>% PART.</b>
<b>DECLARACION PERSONAL DE SALUD</b>			
<p>1. El (los) Asegurado(s)-Prestatario(s) declara(n) no haber padecido las afecciones o trastornos siguientes:</p> <p>a) Tuberculosis, neumonía, enfisema o silicosis.</p> <p>b) Hipertensión arterial, Lesión o debilidad del corazón e infartos.</p> <p>c) Epilepsia, parálisis o enfermedad mental.</p> <p>d) Enfermedad del bazo, hígado, riñones o páncreas.</p> <p>e) Leucemia, diabetes mellitus, hepatitis B o meningitis.</p> <p>f) SIDA.</p>			

- g) Cáncer o tumores malignos.
- h) Cualquier enfermedad grave y/o crónica grave no indicada anteriormente.

2. Independientemente, del monto solicitado del préstamo, en caso de incapacidad total o parcial permanente y/o limitación física, el (los) Asegurado(s)-Prestatario(s) deberá(n) obligatoriamente completar la Declaración Personal de Salud (DPS) para la evaluación/aprobación de la Compañía de Seguros.
3. Asimismo, declara(n) no realizar deportes de alto riesgo y/o actividades peligrosas (andinismo, automovilismo, corredor de motos, paracaidismo, parapente, ala delta, ultraligeros; trabajos con explosivos, bombero, buzo, seguridad privada.

El (los) Asegurado(s)-Prestatario(s) se da(n) por enterado(s) que su declaración constituye el elemento indispensable para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o una reticencia de su parte implica la nulidad de la póliza.

### **PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO**

En caso de un siniestro, el beneficiario deberá acercarse a cualquiera de las oficinas del Banco Continental y comunicar del siniestro. Asimismo, podrá comunicarse con la línea Continental, al teléfono: 01 595 0000 Documentos básicos que se deben presentar en caso de siniestro:

#### **FALLECIMIENTO POR CAUSAS NATURALES**

- Acta de defunción.
- Certificado de defunción.
- Copia del documento de identidad del ASEGURADO fallecido y de todos sus Beneficiarios (partida de nacimiento en caso ser menores de edad).
- Declaración Jurada de Domicilio y legalizado por un Notario o ante notaria a fin de poder abrir la Cuenta de ahorros si hubieran Beneficiarios menores de edad.
- Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.

#### **EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL**

Se deberán presentar todos estos documentos adicionales a los detallados en caso de Fallecimiento por causas naturales.

- Atestado policial completo.
- Protocolo de Necropsia.
- Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas.
- Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito.

#### **EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

- Copia del documento de identidad del ASEGURADO y de todos sus Beneficiarios (partida de nacimiento en caso ser menores de edad).
- Dictamen de Invalidez emitidos por la Comisión Médica de Essalud o el Ministerio de Salud (MINSU).
- Copia de la Historia Clínica foliada y fechada de todos los centros médicos donde existan antecedentes de la enfermedad que generó la invalidez.
- Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO.
- En caso de Invalidez total y permanente por Accidente, adicionalmente se deberá presentar el 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.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar documentación adicional dependiendo de las circunstancias del fallecimiento o invalidez del ASEGURADO. La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostrare la imposibilidad de cumplir, hace perder todo derecho a la indemnización, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este Seguro, no pudiendo en caso alguno el ASEGURADO o sus Beneficiarios, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Póliza o del desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.

#### **IMPORTANTE:**

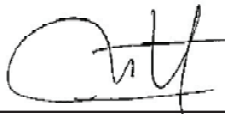
La información aquí proporcionada se encuentra a título parcial e informativo, prevalecen las condiciones de la Póliza que obra en poder de EL CONTRATANTE.

Adjunto al presente documento se hace entrega del Condicionado General de Contratación, Condicionado General y cláusulas que aplican al seguro contratado.

El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza de Seguro, la cual será entregada en un plazo máximo de 15 días calendarios desde la recepción del Certificado presentado por el Asegurado. Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al BBVA Continental por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tiene el mismo efecto que si se hubieren dirigido a la Compañía de Seguros. Asimismo, los pagos realizados por el Asegurado al BBVA Continental se consideran abonados a la Compañía de Seguros.

La Compañía es responsable frente al BBVA Continental y/o asegurado por la cobertura contratada y por todos los errores u omisiones en que incurra el BBVA Continental con motivo de la comercialización de la póliza de seguros.

La información brindada por el personal del BBVA Continental no constituye asesoría alguna para la contratación del presente seguro.

  
\_\_\_\_\_  
**RODRIGO GONZALEZ**  
**GERENTE UNIDAD NEGOCIOS VIDA**  
**RIMAC SEGUROS**

\_\_\_\_\_  
**ASEGURADO**

\_\_\_\_\_  
**ASEGURADO**

Este certificado tiene validez mientras el préstamo se mantenga vigente y al día. El Asegurado firma el presente Certificado en señal de haber tomado conocimiento de los términos y condiciones descritos al dorso.

Cuando la cuenta del cliente se encuentre bloqueada o retenida por requerimiento de la autoridad competente y/o por instrucciones del Banco por operaciones activas celebradas por el Cliente, el Banco no será responsable por la imposibilidad de realizar el cargo de la prima del seguro contratado ni las consecuencias que la falta de pago ocasione por esta situación.

Cualquier consulta, comunicarse al (01) 595-0000, que gustosamente lo atenderemos. Si no media rechazo previo del Certificado, Rímac Seguros, por intermedio del Contratante, hará llegar el Certificado de Seguros al Asegurado.

Este certificado resume las principales condiciones del contrato de seguros, los términos completos se encuentran en la póliza maestra en posesión del BBVA Continental.

## CONDICIONES ESPECIALES

### ASEGURADO

Personas Naturales, que se encuentren en buenas condiciones de salud al momento de ingresar al seguro, y que mantengan saldos deudores derivados de créditos otorgados por el BBVA CONTINENTAL.

### SUMA ASEGURADA

El Seguro de Desgravamen cubre el Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito a la fecha de fallecimiento del ASEGURADO por Muerte Natural o Accidental, así como también en caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.

En el caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad se considerará como suma asegurada el Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito que tenga el ASEGURADO en el BBVA CONTINENTAL a la fecha de emisión del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitido por MINSA, ESSALUD o EPS. El ASEGURADO deberá determinar la modalidad del Seguro sobre Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito en el Certificado o Solicitud del Seguro.

### LIMITE DE EDAD

75 años como edad máxima para ingresar al Seguro.

80 años como edad máxima de permanencia en el Seguro.

Clientes a partir de 71 años que soliciten préstamos, tendrán un incremento en la tasa de 25%, y una suma asegurada máxima de US\$ 50,000, sólo bajo la modalidad de saldo insoluto.

Asimismo, este Seguro sólo podrá ser sobre el Saldo Insoluto de la deuda para los ASEGURADOS que permanezcan hasta los 80 años.

### REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

#### Hasta 41 años de edad:

Hasta USD 200,000	A
USD 200,001 a más	A + B

(Salvo prueba de esfuerzo que será a partir de US\$ 250,000)

#### Desde 42 años y hasta 51 años:

Hasta USD 170,000	A
USD 170,001 - a más	A + B

(Salvo prueba de esfuerzo que será a partir de US\$ 250,000)

#### Desde 52 años y hasta 70 años:

Hasta USD 150,000	A
USD 150,001 - a más	A + B

(Salvo prueba de esfuerzo que será a partir de US\$ 250,000)

#### Desde 71 años y hasta 75 años

(74 años y 364 días):  
Hasta USD 50,000                      A  
Capital máximo

#### Con:

**A:** Declaración personal de salud.

**B:** Examen médico: Hemograma Completo, Glucosa sanguínea (en ayunas), Examen completo de orina, Creatinina, Ácido Úrico en sangre, HIV (ELISA), Bilirrubinas, GPT, GOT y GGTP, Perfil de lípidos (Colesterol total, Triglicéridos, HDL, LDL.), Velocidad de sedimentación globular, Electrocardiograma de Esfuerzo, Antígeno prostático (a partir de 50 años).

## **Política para realización de prueba de esfuerzo para PROVINCIAS:**

Hasta los 41 años : a partir de USD 350.001  
De 42 a 51 años : a partir de USD 320.001  
De 52 a 65 años : a partir de USD 250.001

## **OBSERVACIONES**

Los créditos desembolsados menores a US\$ 7,500 o su equivalente en Moneda Nacional, no requieren el llenado de la Declaración Personal de Salud (DPS).

Asimismo, todo crédito inferior a los US\$ 7,500, pero cuyo cúmulo de créditos superen este valor, deberán completar DPS, y si tuviera alguna observación, deberá remitirse al módulo de desgravamen o a la compañía de seguros para su evaluación.

Para la evaluación de los nuevos créditos se tomará en cuenta la acumulación de créditos vigentes del/los ASEGURADOS (Cúmulos).

Sobre este valor acumulado se aplicaran los requisitos de Asegurabilidad.

En caso de titulares de 40 años ó más en estado de gestación, sólo podrán ser asegurados previa consulta y aprobación de Rimac Seguros.

## **EXCLUSIONES:**

Esta Póliza no cubre el fallecimiento o invalidez del ASEGURADO que ocurre a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

**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, desde la última rehabilitación o desde el aumento del Capital Asegurado. En este último caso dicho plazo se considera solo para el pago del incremento del Capital Asegurado.

**b)** Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.

**c)** Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho a recibir el capital garantizado de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.

**d)** Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.

**e)** Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.

**f)** Viajes aeronáuticos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos, salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por LA COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.

**g)** Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras, de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por LA COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.

**h)** Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como pero no limitado a, artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por LA COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.

**i)** Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

**j)** Cuando el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gr/lt. a más), drogas, o sonambulismo y esta situación sea acto generador del siniestro.

**k)** Enfermedades graves pre-existentes a la fecha de inicio del seguro o cualquiera de sus rehabilitaciones o a consecuencia de enfermedades infecto contagiosas con características de plagas o epidemias que sean materia de aislamiento o cuarentena.

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

**a)** Abuso de alcohol o de drogas.

**b)** Tratamientos médicos, fisioterapeúticos, quirúrgicos o anestésicos.

**c)** A consecuencia de los riesgos comprendidos en el Condicionado Particular de esta Póliza referidos a "Exclusiones"

**CLAUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:**

Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Enfermedad o Accidente, el hecho que el ASEGURADO antes de cumplir la edad límite de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la presente Póliza sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo igual o superior al 70% de su capacidad de trabajo, siempre que tal incapacidad sea reconocida por una comisión medica conformada por tres profesionales de la medicina debidamente colegiados, cuando menos uno de ellos designado por LA COMPAÑÍA, y que esta incapacidad haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de 06 meses consecutivos.

Se define capacidad de trabajo, como la capacidad del ASEGURADO para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual este razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

Esta cobertura queda sujeta a las condiciones que siguen:

**a)** El ASEGURADO o sus representantes legales deberán denunciar por escrito a LA COMPAÑÍA la existencia de la Invalidez; obligándose a suministrar las pruebas correspondientes facilitando cualesquier elemento de comprobación así como prestar las facilidades, de ser necesario, para la realización de exámenes médicos que serán practicados por los médicos que LA COMPAÑÍA designe.

**b)** El dictamen de invalidez será según normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones (regulado por la resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias).

**c)** En caso de Accidente se considerará configurada la Invalidez por Accidente cuando se presenten las situaciones previstas en la siguiente Tabla:



## TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%
Lesión incurable de la médula espinal que determinase la invalidez total y permanente.	100%
Pérdida total de la visión bilateral.	100%
Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de los dos brazos o de ambas manos.	100%
Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de las dos piernas o de ambos pies.	100%
Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.	100%
Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.	100%

- d)** Exclusiones aplicables a Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:
- 1) Abuso de alcohol o de drogas.
  - 2) Tratamientos médicos, fisioterapeúticos, quirúrgicos o anestésicos.
  - 3) A consecuencia de los riesgos comprendidos en el Condicionado Particular de esta Póliza referidos a "Exclusiones".
- e)** El riesgo de Invalidez, aquí previsto, dejará automáticamente de quedar cubierto por LA COMPAÑÍA en los siguientes casos:
1. Por falta de pago de la prima.
  2. A partir del aniversario del seguro que siga a la fecha en que el ASEGURADO cumpla la edad límite de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

### CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO:

El Contrato de Seguro, a decisión expresa de la COMPAÑÍA, podrá quedar resuelto perdiendo el CONTRATANTE y/o ASEGURADO todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que se incurran las siguientes causales:

- A)** Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas.
- B)** Si las pérdidas o daños o gastos del siniestro fueran causados por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa grave del ASEGURADO y/o de los BENEFICIARIOS del ASEGURADO.
- C)** Una agravación sustancial del estado del riesgo, no declarada oportunamente por el ASEGURADO.
- D)** El incumplimiento de las obligaciones y cargas del CONTRATANTE y/o ASEGURADO previstas en la Póliza.
- E)** Por mala fe probada en la presentación de cualquier reclamo para ser cubierto bajo el seguro materia del presente contrato.
- F)** Por falta de pago de la prima.
- G)** A partir del aniversario del seguro que siga a la fecha en que el ASEGURADO cumpla la edad límite de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

Asimismo, tanto ASEGURADO y/o EL CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA podrán resolver sin expresión de causa el presente contrato, mediante comunicación escrita con firma legalizada que se cursará con no menos de treinta (30) días naturales de anticipación.

## **DOMICILIO Y JURISDICCIÓN**

LA COMPAÑÍA, y el ASEGURADO señalan como su domicilio el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones.

El ASEGURADO notificará a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio, caso contrario carecerá de efecto para este Contrato de Seguro.

Para todo lo que se relacione con esta Póliza, las partes se someten a la Jurisdicción Arbitral de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 24°: ARBITRAJE: Todas las desavenencias o controversias que pudieran derivarse de la ejecución o interpretación de esta póliza o de los demás documentos o endosos que formen parte del contrato de seguro, inclusive las que pudieran estar referidas a su nulidad o su invalidez, serán resueltas mediante arbitraje de derecho, conforme a la ley peruana. El arbitraje se llevará a cabo, de conformidad con el estatuto y los reglamentos del centro de conciliación y arbitraje nacional e internacional de la cámara de comercio de Lima, al cual las partes se someten en forma incondicional, declarando conocerlas y aceptarlas en su integridad. El lugar del arbitraje será la ciudad de Lima. Las partes además acuerdan que el laudo del tribunal arbitral, será definitivo e inapelable. El tribunal arbitral que resolverá el arbitraje estará compuesto por tres miembros. Cada parte nombrará un árbitro y el tercero será nombrado por los dos árbitros designados. Este último será quien presida el tribunal arbitral.

En el caso que una de las partes no nombre a su respectivo árbitro o de no existir designación para el tercer árbitro por parte de los árbitros ya nombrados, será el consejo superior de arbitraje de la cámara de comercio de Lima o a aquella que lo sustituya en tales funciones, quien se encargue de tal designación de conformidad con sus reglamento, de su defecto, con la ley general de arbitraje vigente a la fecha de la controversia.

## **CONSULTAS, SUGERENCIAS Y RECLAMOS (Lima y Provincias)**

Email: [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe)  
Servicio de Atención al cliente : 411 3000 opción 1

Oficinas de Atención al cliente en Lima y provincias [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe)

## **DEFENSORIA DEL ASEGURADO**

Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima-Perú

Telefax: 446-9158

E-mail: [info@defaseg.com.pe](mailto:info@defaseg.com.pe)

[www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)