

SOLICITUD - CERTIFICADO SEGURO DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO BBVA

Código SBS: VI0507410063 / Póliza: 5224776
Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

IMPORTE DE LA PRIMA: FORMA DE PAGO:	Según la tarjeta de crédito del Asegurado (ver tarifario adjunto) Mensual	MONEDA: Soles
MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO:	SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA. (No considera intereses de ningún tipo)	
INICIO DE VIGENCIA: ____ / ____ / ____	FIN DE VIGENCIA: Es la fecha de cancelación/anulación de la tarjeta de crédito o cancelación del monto total de la deuda o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia en la póliza, lo que ocurra primero.	

PRIMA

La prima mensual y la moneda de la misma serán según la tarjeta de crédito del ASEGURADO.

Aplicables a Tarjetas de Crédito en Soles:

	SUMAS ASEGURADAS							
	VISA							
	Special Edition/Infinite	Signature	BFree	Platinum	Oro	Clásica	Nacional	Repsol
DESGRAVAMEN	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto
INDEMNIZACIÓN POR SEPELIO	S/ 2,000.00	S/ 2,000.00	S/ 1,000.00	S/ 1,000.00	S/ 1,000.00	S/ 500.00	S/ 500.00	S/ 500.00
PRIMA TOTAL MENSUAL	S/ 6.00	S/ 6.00	S/ 5.90	S/ 5.90	S/ 5.90	S/ 4.00	S/ 4.00	S/ 4.00

	SUMAS ASEGURADAS				
	MasterCard				
	Black	Bfree	Platinum	Oro	Clásica
DESGRAVAMEN	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto	Saldo Insoluto
INDEMNIZACIÓN POR SEPELIO	S/ 2,000.00	S/ 1,000.00	S/ 1,000.00	S/ 1,000.00	S/ 500.00
PRIMA TOTAL MENSUAL	S/ 6.00	S/ 5.90	S/ 5.90	S/ 5.90	S/ 4.00

En caso que el Asegurado decida no usar el comercializador de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros
RUC: 20100041953
Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima
Teléfono: 411-3000 / Fax: 421-0555
Página web: www.rimac.com

DATOS DEL CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA

Razón Social: BANCO BBVA PERÚ
RUC: 20100130204
Dirección: Av. República De Panamá 3055, San Isidro, Lima.
Teléfono: 209-1000

DATOS DEL ASEGURADO. Relación con el CONTRATANTE: Económica.

Son los consignados en el Contrato de Tarjeta de Crédito BBVA que mantiene el Tarjeta-Habiente Titular con el CONTRATANTE.

Nombre:
Fecha de Nacimiento: Sexo:
Tipo y N° de Documento:
Dirección:
Correo Electrónico: Teléfono:

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

El Beneficiario será la ENTIDAD FINANCIERA para las coberturas de fallecimiento, invalidez total y permanente por accidente o enfermedad, desempleo involuntario e incapacidad temporal.
Para la cobertura de indemnización por sepelio, el Beneficiario será el familiar del ASEGURADO (Cónyuge, Hijo, Padre o Hermano) que haya asumido el costo de los gastos funerarios del ASEGURADO. En caso el costo de los gastos funerarios hubiese sido asumido por más de uno de los familiares antes referidos, el pago de la cobertura será entregado solo a uno de ellos, rigiendo el siguiente orden de prelación: 1°Cónyuge, 2°Hijo, 3°Padre, 4°Hermano. En caso el costo de los gastos funerarios hubiese sido asumido por más de uno de los familiares antes referidos, y estos tengan el mismo vínculo familiar con el ASEGURADO, el pago de la cobertura será entregado solo a uno de ellos, rigiendo la prelación del que tenga mayor edad sobre el de menor edad. En caso el costo de los gastos funerarios hubiese sido asumido por una tercera personadistinta al grupo familiar antes referido, la cobertura noserámateria de liquidación depago.

INTERÉS ASEGURADO

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

SUMA ASEGURADA MÁXIMA

Hasta S/ 450,000 ó US\$ 180,000 por Asegurado menor de 66 años al momento de la activación de la tarjeta de crédito. Los asegurados con 66 años a más al momento de la activación de la tarjeta de crédito tendrán una suma asegurada máxima de S/ 150,000 ó US\$ 60,000.

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.pe, 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 Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 - San Isidro, Lima, estando además inscritos 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, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC. 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 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 La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del presente Certificado de Seguro. El Asegurado podrá solicitar copia de la Póliza a La Aseguradora, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

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 (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).

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.

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

Suma asegurada: Monto Inicial o Saldo Insoluto de la Tarjeta de Crédito a la fecha de fallecimiento, invalidez total y permanente por accidente e invalidez total y permanente por enfermedad del ASEGURADO. En caso de invalidez total y permanente por accidente se considerará la fecha de ocurrencia del accidente. En el caso de invalidez total y permanente por enfermedad se considerará como la fecha de configuración del siniestro, a la fecha del Dictamen de Invalidez solicitado como documento en caso de siniestros.

4. **Indemnización por Sepelio:** En caso el siniestro esté cubierto, el BENEFICIARIO de esta cobertura recibe una indemnización. Se deja constancia que LA ASEGURADORA pagará por ÚNICA VEZ este beneficio a quien acredite su condición de Beneficiario.

La cobertura de Sepelio considera una suma asegurada fija según el tipo de crédito que el Asegurado haya contratado a través de la ENTIDAD FINANCIERA (Ver detalle en el tarifario adjunto en la Sección PRIMA).

5. **Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal:** En el evento en que el ASEGURADO, trabajador dependiente, se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario o que siendo trabajador independiente, se vea afectado por una situación de incapacidad temporal para el trabajo por enfermedad o accidente, cualquiera de ellos durante la vigencia de la póliza, la ASEGURADORA pagará al BENEFICIARIO, por cada 30 días ininterrumpidos de desempleo o incapacidad temporal del ASEGURADO, el equivalente a una (1) cuota mensual de la deuda contraída por éste con la ENTIDAD FINANCIERA según se indica en el Certificado de Seguro, sin exceder en total el máximo de cuotas de la Suma Asegurada señalada en el mismo Certificado de Seguro, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos para la cobertura de Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal y siempre que el evento no se encuentre comprendido dentro de las exclusiones aplicables a ambas coberturas y que existan cuotas pendientes.

La presente cobertura podrá ser activada para cubrir el riesgo de Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal como máximo hasta por dos (2) eventos por cada 365 días de duración del seguro, pero siempre que i) existan cuotas pendientes, ii) haya transcurrido el Periodo Activo Mínimo de 180 días, desde el término del Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal ya indemnizados, iii) siempre que en el conjunto de eventos, el pago realizado a favor del BENEFICIARIO, no exceda la suma asegurada indicada en la Solicitud/Certificado de Seguro y iv) que la segunda Incapacidad Temporal sea por una causa distinta y no originada por la enfermedad o accidente que originó la primera Incapacidad Temporal ya indemnizada, dentro de la vigencia de la Póliza.

Condiciones adicionales en caso el desgravamen aplique a tarjetas de crédito:

Las cuotas cubiertas por Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal en caso el desgravamen aplique a tarjetas de crédito serán considerando el pago promedio de los tres (03) últimos estados de cuenta previos a la fecha de siniestro, hasta un máximo de S/ 6,000 por cuota o su equivalente en dólares americanos considerando el tipo de cambio publicado por Superintendencia de Banca Seguros y AFP al día de la operación de pago realizado por LA ASEGURADORA, siempre que la sumatoria de las cuotas cubiertas por evento no exceda el saldo insoluto a la fecha del siniestro, entendiéndose por saldo insoluto: crédito utilizado más crédito utilizado en cuotas, mostrado en el Estado de Cuenta de la Tarjeta de Crédito. Se cubrirán un máximo de 3 cuotas por evento, donde cada una de ellas se calculará considerando el pago promedio de los tres (03) últimos estados de cuenta previos a la fecha de siniestro. Queda establecido y convenido que la indemnización que corresponderá al BENEFICIARIO, será el equivalente al pago de las cuotas de mensuales de la Deuda contraída por EL ASEGURADO con la ENTIDAD FINANCIERA definida en el Certificado de Seguros, correspondientes a aquellos meses en que el ASEGURADO acredite encontrarse en

Desempleo o Incapacidad Temporal o mantenerse en tales situaciones sin exceder la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro.

El monto de las cuotas mensuales de pago indemnizadas por la ASEGURADORA deberá representar exactamente lo que el ASEGURADO hubiese pagado en la fecha de vencimiento correspondiente de la cuota. De esta forma, no se encontrarán incluidos dentro de la indemnización y, por lo tanto, no serán de responsabilidad de la ASEGURADORA los eventuales intereses de cualquier tipo generados entre la fecha de vencimiento de la obligación de pago mensual y la fecha en que la misma fue indemnizada por LA ASEGURADORA, excepto por los intereses generados durante el primer mes de desempleo involuntario o incapacidad temporal del ASEGURADO.

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, 000,000.00 (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 la ASEGURADORA 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, LA ASEGURADORA 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 e Invalidez total y permanente por accidente, se deberá considerar que las coberturas de Fallecimiento, Invalidez total y permanente por enfermedad e Invalidez total y permanente por accidente son excluyentes entre sí.

En caso que el ASEGURADO se le diagnostique cualquiera de los siguientes diagnósticos: Infarto agudo de miocardio, evento cerebro vascular, insuficiencia renal crónica y cáncer terminal (y fallezca a consecuencia de uno de ellos) y éste (EL ASEGURADO) o los adicionales de sus Tarjetas de Crédito contratadas a través de la ENTIDAD FINANCIERA adquieran bienes y servicios con posterioridad a la fecha de cualquiera de los diagnósticos antes citados; la ASEGURADORA solo pagará el saldo insoluto a la fecha en que se produzca el deceso del ASEGURADO o el promedio mensual de gastos (gastos regulares) de los últimos tres meses previos al diagnóstico, lo que resulte menor. En caso de siniestro, se deberán presentar a la ASEGURADORA los últimos tres estados de cuenta previos al diagnóstico.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO: Seguro de Desgravamen cubre el saldo insoluto del crédito contraído con el CONTRATANTE.

ASEGURADO: Es el Tarjeta-Habiente Titular (Persona Natural). No se aseguran a los adicionales de sus tarjetas de crédito ni a sus dependientes. El ASEGURADO debe pagar la prima correspondiente según el tipo de tarjeta de crédito que haya contratado y por cada tarjeta de crédito que tenga contratada. En caso que el ASEGURADO no tenga deuda con la ENTIDAD FINANCIERA, no tendrá cobertura por Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal.

FALLECIMIENTO O 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 póliza 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 póliza 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.

EDADES DEL ASEGURADO:

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

Para la cobertura de Fallecimiento e indemnización por Sepelio:

Edad máxima de ingreso 74 años y 364 días. Edad máxima de permanencia 79 años y 364 días.

Edad máxima de ingreso 79 años y 364 días. Edad máxima de permanencia 85 años y 364 días.

(Aplica sólo a tarjetas de crédito contratadas a partir del 22.03.17)

Para las coberturas Invalidez total y permanente por accidente e Invalidez total y permanente por enfermedad:

Edad máxima de ingreso 74 años y 364 días. Edad máxima de permanencia 74 años y 364 días.

Se deja constancia que, en caso que el ASEGURADO sea incorporado como tal en la Póliza de Seguro, 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:

Para las tarjetas de crédito contratadas desde el 20 de noviembre del 2014 en adelante, la cobertura del Seguro de Desgravamen se inicia desde el momento de la activación y uso de la línea de la tarjeta de crédito emitida por el CONTRATANTE, extendiéndose hasta la cancelación / anulación de la tarjeta de crédito o cancelación del monto total de la deuda, siendo requisito que el Asegurado se encuentre en todo momento al día en sus pagos de prima.

Y para las tarjetas de crédito contratadas con fecha anterior al 20 de noviembre del 2014, la cobertura del Seguro de Desgravamen, que incluye Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal, iniciará su vigencia el 11 de febrero de 2015, y se extenderá hasta la cancelación / anulación de la tarjeta de crédito o cancelación del monto total de la deuda, siendo requisito que el Asegurado se encuentre en todo momento al día en sus pagos de prima.

En ambos casos anteriormente descritos, se debe tener en cuenta que ningún siniestro producido con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrá cobertura bajo la presente Póliza 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 Póliza 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 la ASEGURADORA 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, autorizando desde ya a dichos establecimientos de salud a la entrega de su información.

EXCLUSIONES

Las siguientes exclusiones aplican a las siguientes coberturas de la presente Póliza de seguro (Fallecimiento, Invalidez total y permanente por enfermedad, invalidez total y permanente por accidente e Indemnización por Sepelio). La ASEGURADORA 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 hubiese transcurrido al menos un (1) año completo e ininterrumpido 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) 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.
- d) 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.
- e) Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo 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.
- f) 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.
- g) 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, esquiacuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras.
- h) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

- i) 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.
- j) Enfermedades pre-existentes y/o enfermedades infecto contagiosas con características de plagas o epidemias que sean materia de aislamiento o cuarentena, a la fecha de inicio del seguro.

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, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

Exclusiones aplicables a la Cobertura de Desempleo Involuntario

- a) Empleados del sector Privado:
- No se cubrirá el desempleo involuntario producido antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.
 - Empleados del sector privado contratados a plazo fijo o indeterminado: Cuando el ASEGURADO no se encuentre registrado en planilla del empleador.
 - Cuando el siniestro se produzca por alguna causal de Desempleo distinta a las previstas en la presente póliza de seguro.
 - Cuando el Ex – Empleador del ASEGURADO no tenga Oficina registrada en Perú o no esté afecto a las leyes sociales y previsionales determinadas por la legislación peruana del trabajo.
 - Cuando no exista Documentación Formal que permita acreditar la existencia de un vínculo laboral con un Ex – Empleador y/o la culminación del mismo.
 - Despido por Causas justas relacionadas con la conducta del ASEGURADO.
 - Despido por Faltas Graves del ASEGURADO.
 - Renuncia del ASEGURADO.
 - Jubilación obligatoria u opcional, del ASEGURADO.
 - Por término del plazo convenido en el contrato de trabajo, en caso de trabajadores con contrato sujeto a modalidad.
 - Personas que trabajan bajo la modalidad de contratos de locación de servicios.
 - Las ocurridas dentro del período de carencia.
 - Cuando no exista deuda.
- b) Empleados del sector Público:
- b.1) Exclusiones genéricas aplicables a cualquier trabajador del sector público:
- No se cubrirá el desempleo involuntario producido antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.
 - Término de la relación del Empleo Público por:
 - Renuncia voluntaria.
 - Cese definitivo.
 - Destitución.
 - Faltas de carácter disciplinarias.
 - La condena penal privativa de la libertad por delito doloso cometido por un servidor público.
 - Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público:
 - Pérdida de la nacionalidad.
 - Incapacidad permanente física o mental.
 - Ineficiencia o ineptitud comprobadas para el desempeño del cargo.
 - Por término del plazo convenido en el contrato de trabajo.
 - Personas que trabajan bajo la modalidad de contratos de locación de servicios.
 - Las ocurridas dentro del período de carencia.
 - Cuando no exista deuda.
- b.2) Exclusiones adicionales respecto a Empleados del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado.
Se consideran las siguientes exclusiones adicionales a lo indicado en el b.1):
- Cese por las siguientes causas:
 - Solicitud de empleado.
 - Abandono injustificado del cargo.
 - Incapacidad Física o mental permanente debidamente comprobada.
 - Aplicación de sanción disciplinaria.
 - Voluntariamente por tiempo de servicios: 25 años para mujeres y 30 para varones incluyendo los estudios de formación profesional.
 - Personas que trabajan bajo la modalidad de contratos de locación de servicios.
 - Cuando no exista deuda.

b.3) Exclusiones Respecto a Miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales. Se consideran las siguientes exclusiones adicionales a lo indicado en el b.1):

- Porsanción disciplinaria.
- Por solicitud del propio miembro de las Fuerzas Armadas o Policiales.
- Personas que trabajan bajo la modalidad de contratos de locación de servicios.
- Cuando no exista deuda.

Exclusiones aplicables a la Cobertura de Incapacidad Temporal

- No se cubrirá la Incapacidad Temporal debida, causada, o a consecuencia de enfermedades o accidentes ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.
- Toda aquella Incapacidad Temporal que no genere hospitalización.
- Enfermedades Preexistentes.
- Enfermedades mentales o nerviosas.
- Embarazo.
- Duelos, suicidios, tentativas de suicidios.
- Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- Cirugía Plástica o Cosmética.
- Lesiones a consecuencia de un acto delictivo cometido por el ASEGURADO en calidad de autor o cómplice.
- Lesiones a consecuencia de Peleas o riñas en que ha intervenido o participado el ASEGURADO, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- Lesiones a consecuencia de la participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas, tales como: actividades acrobáticas y exhibiciones públicas de esfuerzo físico o mental.
- Las lesiones a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas, que no hayan sido declarados por el ASEGURADO al momento de contratar el Seguro o durante su vigencia.
- Las lesiones o afecciones que se produzcan con motivo de la práctica o el desempeño de las siguientes actividades, profesiones u oficios claramente riesgosos, siempre que no hayan sido declarados por el ASEGURADO al momento de contratar el Seguro o durante su vigencia: bomberos, mineros, miembros de las Fuerzas Armadas o policiales o seguridad privada o rescatistas o salvavidas cuando estén ejerciendo actividades propias de su profesión u oficio.
- Que el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- Lesiones a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, 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.
- Daños o pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o nuclear o de cualquier riesgo atómico.
- Lesiones o afecciones padecidas con motivo de la intervención del ASEGURADO en motines o tumultos tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar.
- Lesiones o afecciones padecidas con motivo de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones guerreras (sea que haya sido declarada o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar, naval o usurpado.
- Consecuencia de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de este seguro.
- La incapacidad temporal debida a la misma enfermedad o accidente por la cual el ASEGURADO ha recibido una indemnización por esta misma Póliza.
- Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas en la columna vertebral.
- Guerra (con o sin declaración).
- Por fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- Las ocurridas dentro del período de carencia.
- Cuando no exista deuda.

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.

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago, señalado en el Convenio de Pago, origina la suspensión de la cobertura otorgada por esta Póliza una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE y ASEGURADO, que se producirá la suspensión de la cobertura

como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima. Asimismo, indicará el plazo del que se dispone para pagar la Prima antes de que se produzca la suspensión automática de la cobertura.
Cuando se haya pagado parte de la Prima, se mantendrá la cobertura hasta la fecha en que dicha Prima, calculada proporcionalmente a prorrata, efectivamente alcance para cubrir el riesgo.
La ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

LA ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza. Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA

Una vez producida la suspensión de la cobertura del Certificado de Seguro, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Certificado de Seguro y que el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá optar por rehabilitar la cobertura de dicho Certificado de Seguro, previo pago de las primas impagas, los intereses pactados por su fraccionamiento y, en caso de que se haya convenido en el convenio de pago, los respectivos intereses moratorios. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de cobertura suspendido.

DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Asimismo, tener en cuenta que EL CONTRATANTE podrá resolver la Póliza de Seguro sin expresión de causa, conforme a lo establecido en el numeral 7.1 de las Condiciones Generales de la Póliza.

CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

AVISO DE SINIESTRO: Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA 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 la ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro. El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que el siniestro sea rechazado, sin embargo la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del mismo, 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 la ASEGURADORA. 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 la ASEGURADORA 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 la ASEGURADORA, 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 e Indemnización por Sepelio:

- Acta de defunción del ASEGURADO.
- Certificado de defunción del ASEGURADO.
- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso se cuente con dicho documento.
- 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 de la tarjeta de crédito a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO, este documento debe ser entregado por el CONTRATANTE.
- Copia del Documento de Identidad del familiar directo que asumió los gastos funerarios del ASEGURADO, conjuntamente con las facturas o boletas emitidas a su nombre, siendo esto requisito indispensable para otorgar el beneficio. Adicionalmente, el familiar directo debe presentar una Declaración Jurada en donde indique el grado de parentesco con el ASEGURADO fallecido (Aplica sólo a Indemnización por Sepelio).

En caso el fallecimiento sea a consecuencia de un accidente, se deberán presentar todos estos documentos adicionales a los detallados en caso de Fallecimiento.

- Atestado policial completo o diligencias fiscales, según corresponda, en caso de haberse realizado.
- Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado.
- Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.
- Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

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.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO, este documento debe ser entregado por el CONTRATANTE.

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, en caso de haberse realizado.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO, este documento debe ser entregado por el CONTRATANTE.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, 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.

En caso de Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal:

Cobertura de Desempleo Involuntario

Trabajadores del Sector Privado:

- Copia simple del DNI o documento oficial de identidad del ASEGURADO.
- Carta de despido de la empresa (sellada y firmada). Podrá aceptarse copia de la carta de renuncia del trabajador, si en la liquidación de beneficios sociales, firmada y sellada por el empleador, el ASEGURADO cumple con acreditar haber recibido una compensación o bonificación extraordinaria equivalente como mínimo a un (1) sueldo remuneratorio mensual.

- En caso de no contar con la carta de despido formalmente cursado por el empleador, según lo indicado en el párrafo precedente, se deberá presentar la Constatación Policial o de la Autoridad Administrativa de Trabajo quedencuenta deldespido de hecho producido.
- Liquidación de beneficios sociales por despido y constancia del pago. Se verificará el pago de 1,5 remuneraciones por cada año trabajado (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinado) más los beneficios de Ley.
- Certificado de trabajo. Este documento deberá detallar el período laborado por el trabajador cesado y los motivos de cese.
- Certificado de aportaciones a la AFPo a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.
- Declaración jurada en formato de LA ASEGURADORA manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo.

Trabajadores del Sector Público en general y en particular del Sector Educativo:

- Copia simple del DNI o documento de identidad del ASEGURADO.
- Número del CUSSP (seguridad social).
- Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador no imputable a los casos no cubiertos por la Póliza.
- Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública).
- Declaración jurada en formato de la ASEGURADORA manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo.
- Certificado de aportaciones a la AFPo a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.

Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales:

- Copia simple del DNI o documento oficial de identidad del ASEGURADO.
- Resolución de cese o documento expedido por el Ministerio de Defensa.
- Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por su Institución).
- Declaración jurada en formato de la ASEGURADORA manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo.
- Certificado de aportaciones a la AFPo a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.

Mientras se mantenga el estado de desempleo, EL ASEGURADO deberá presentar mensualmente a la ASEGURADORA una declaración jurada y un nuevo certificado de aportaciones a la AFP o a la ONP con menos de quince días de antigüedad para la acreditación de la continuidad del Desempleo. Lo anterior deberá ser presentado por el ASEGURADO para reclamar la cobertura de cada cuota, a excepción de la primera.

Cobertura de Incapacidad Temporal:

- Copia simple del DNI o documento de identidad del ASEGURADO.
- Autorización del ASEGURADO para revisión de las historias clínicas.
- Certificado de renta de 4ta Categoría.
- Declaración Jurada de Renta de 3era Categoría en caso de empresa individual de responsabilidad limitada.
- Certificado médico en el que conste información sobre los días requeridos de reposo por incapacidad Temporal, detallando:
 - Causas de la incapacidad.
 - Diagnóstico definitivo.
 - Tratamiento realizado.
 - Pronóstico.
 - Días de descanso.
 - Número de historia médica.
 - Clínica u Hospital donde recibió la atención.
 - Nombre completo del Médico tratante.
 - Fecha de atención.
 - Sello y firma de médico tratante con indicación de su número de colegiatura.

Condiciones adicionales en caso el desgravamen aplique a tarjetas de crédito: Adicional a los documentos antes mencionados, tanto para Desempleo involuntario como Incapacidad temporal, el Asegurado deberá presentar los comprobantes de pago de los últimos tres (03) estados de cuenta de su tarjeta de crédito, todos previos a la fecha del siniestro.

En caso el ASEGURADO requiera presentar un nuevo periodo de Incapacidad Temporal, adicional al presentado inicialmente, deberá entregar nuevamente el Certificado de renta de 4ta Categoría; Declaración Jurada de Renta de 3era. Categoría en caso de Empresa Individual de Responsabilidad Limitada y Certificado médico

en el que conste información sobre los días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal y donde se detalle todo lo indicado precedentemente.

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. La ASEGURADORA 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.

PAGO DE SINIESTRO:

El pago de las cuotas mensuales de la Deuda cubiertas por el Seguro cesará:

1. Por el sólo hecho de haberse reincorporado el ASEGURADO a una nueva relación laboral bajo vínculo de subordinación y dependencia, sin importar el plazo de dicha relación laboral.
2. Por el sólo hecho de que el ASEGURADO se reincorpore a efectuar labores remuneradas de manera independiente, sean ellas de carácter formal o informal.
3. Cuando haya cesado la incapacidad temporal.
4. Por jubilación legal, anticipada o no, del ASEGURADO.
5. Por fallecimiento del ASEGURADO.
6. Por haber consumido la suma asegurada.
7. Por haber quedado cancelada la deuda del ASEGURADO con el BENEFICIARIO.
8. Por vencimiento de la vigencia de la póliza.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de 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 TRADUCCIÓN OFICIAL del mismo.

PAGO DE SINIESTRO: 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, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO o BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse sobre la procedencia del siniestro, hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que la ASEGURADORA 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 la ASEGURADORA para consentir o rechazar el siniestro.

Cuando la ASEGURADORA 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, la ASEGURADORA 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 la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente. Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA PARA PRESENTAR RECLAMOS

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular o servicio, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita en las modalidades que se detallan a continuación:

Verbal: Vía Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas.

Escrito: Mediante carta dirigida a Rimac Seguros o a través de la página web o correo electrónico.

Central de Consultas y Reclamos: (01)411-3000
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 la Aseguradora 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 La Aseguradora 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 La Aseguradora, en tanto éste haya proporcionado información veraz.

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

- i) La ASEGURADORA es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- ii) La Aseguradora es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- iii) Las comunicaciones cursadas por los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Aseguradora.
- iv) Los pagos efectuados por los Contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a La Aseguradora.

La Aseguradora, 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 La Aseguradora, encontrándose conforme con dichas condiciones.

El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.

El Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la póliza, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido 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.

CONDICIONES DE LA COBERTURA

DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL

ARTÍCULO 1: DEFINICIONES

ANTIGÜEDAD LABORAL: Es el período mínimo de tiempo ininterrumpido en que el ASEGURADO debe haber permanecido laborando formalmente con un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de desempleo del presente Seguro. El periodo mínimo de antigüedad laboral es de 180 días y aplica sólo para el primer siniestro presentado por Desempleo Involuntario.

BENEFICIO, CAPITAL ASEGURADO O SUMA ASEGURADA: Es el importe que figura en el Certificado de Seguro y será pagado por La ASEGURADORA al BENEFICIARIO en caso de ocurrencia de un evento o siniestro, bajo los términos de la póliza.

CUOTA: Obligación monetaria que el ASEGURADO debe pagar de manera mensual como consecuencia de la Deuda que éste posee con la ENTIDAD FINANCIERA.

HOSPITALIZACIÓN: Es la internación por un período mínimo de 24 horas del ASEGURADO en un establecimiento hospitalario o clínica, por un diagnóstico médico y bajo el cuidado y atención de un médico tratante. La hospitalización termina en el día que el ASEGURADO es dado de alta de dicha institución.

PAGO PROMEDIO: Las cuotas cubiertas por Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal en caso el desgravamen aplique a tarjetas de crédito serán considerando el pago promedio de los tres (03) últimos estados de cuenta previos a la fecha de siniestro.

El pago promedio se define en el presente seguro como el promedio de los últimos tres (03) pagos realizados por el Asegurado a la ENTIDAD FINANCIERA con el fin de cubrir la deuda adquirida a través de su Tarjeta de Crédito, la misma que fue emitida por la ENTIDAD FINANCIERA. En caso el Asegurado no haya realizado un pago a la ENTIDAD FINANCIERA en alguno de los tres (03) meses anteriores al siniestro, se considerará un monto equivalente a S/ 0.00 o su equivalente en Dólares Americanos para dichos meses, afectando el importe mencionado al cálculo del pago promedio.

PERÍODO ACTIVO MÍNIMO: Para la cobertura de Desempleo Involuntario, se entenderá como PERÍODO ACTIVO MÍNIMO, al período de tiempo durante el cual el ASEGURADO que ya ha sido indemnizado por esta cobertura y que posteriormente ha obtenido un nuevo empleo, debe mantenerse en éste para poder invocar la cobertura si incurre nuevamente en Desempleo Involuntario.

El Período Activo Mínimo para efectos de la cobertura de Desempleo Involuntario será de 180 días, considerando como fecha de inicio de este plazo, la fecha en la cual el ASEGURADO ha obtenido el nuevo empleo.

Para la cobertura de Incapacidad Temporal, el PERÍODO ACTIVO MÍNIMO es de 180 días, siendo el período de tiempo que debe transcurrir para que el ASEGURADO, que ha sido indemnizado en razón de esta cobertura, pueda invocarla nuevamente si incurre en un nuevo evento de Incapacidad Temporal, no atribuible ni a consecuencia del accidente o enfermedad que originó la indemnización anterior, siempre y cuando el diagnóstico que origine este nuevo evento no sea el mismo que originó el primer siniestro.

PERÍODO DE CARENCIA: Es el período mínimo, equivalente a 60 días, que el ASEGURADO debe permanecer bajo la cobertura de la póliza sin sufrir eventos y/o siniestros. El período de carencia se contabiliza desde la Fecha de Incorporación Individual de cada ASEGURADO a la póliza. Durante el período de carencia, en caso de existir un evento y/o siniestro, éste no será indemnizado por la ASEGURADORA.

ARTÍCULO 2° OBJETO DEL SEGURO

La ASEGURADORA se obliga al pago de la suma asegurada prevista a favor del BENEFICIARIO indicado en el Certificado de Seguro, ante una situación de Desempleo Involuntario, en caso de trabajador dependiente, o Incapacidad Temporal del ASEGURADO, en caso de trabajador independiente, producido durante la vigencia de la Póliza, y en tanto la prima esté pagada.

Las coberturas de Desempleo involuntario e Incapacidad Temporal son excluyentes entre sí, estando el ASEGURADO cubierto sólo por una de ellas, dependiendo de su condición laboral de trabajador dependiente o independiente.

En caso EL ASEGURADO sea trabajador dependiente e independiente a la vez, se considerará cubierto por esta póliza según la condición laboral (dependiente o independiente), cuyo ingreso represente más del 50% de los ingresos netos totales de EL ASEGURADO.

Asimismo, El ASEGURADO que cambie su condición laboral de trabajador dependiente a trabajador independiente o viceversa, estará cubierto por esta póliza ya sea por Desempleo Involuntario o Incapacidad temporal dependiendo de la condición que tenga en el momento de la materialización del siniestro o evento.

ARTÍCULO 3° CONDICIONES PARA SER ASEGURADO BAJO LA PÓLIZA

1. Cobertura de Desempleo Involuntario

Serán asegurables los trabajadores personas naturales, mayores de 18 años, que se encuentren ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia para un empleador, en virtud de un contrato de trabajo y que cuenten con una antigüedad laboral según las condiciones de la presente póliza.

Se considerarán como trabajadores dependientes los trabajadores que tengan:

- Contrato de trabajo a tiempo indefinido, verbal o escrito, perciban un ingreso económico mensual producto de este contrato y necesariamente se encuentren registrados en la planilla del empleador bajo estas condiciones.
- Contrato de trabajo sujeto a modalidad, de naturaleza temporal, a plazo fijo mayor a un año, siempre que estén debidamente inscritos en el Ministerio de Trabajo, perciban un ingreso económico mensual producto de este contrato y necesariamente se encuentren registrados en la planilla del empleador bajo estas condiciones.

Los trabajadores dependientes podrán ser ASEGURADOS por esta póliza, bajo la cobertura de desempleo involuntario, siempre que i) tengan la condición de deudores de la ENTIDAD FINANCIERA por algún tipo de crédito detallado en el Certificado de Seguro y ii) cumplan con los requisitos de asegurabilidad señalados en el presente documento.

2 Cobertura de Incapacidad Temporal

Podrán ser ASEGURADOS bajo la cobertura de Incapacidad Temporal, las personas naturales mayores de 18 años, que no sean trabajadores dependientes, siempre que i) tengan la condición de deudores de la ENTIDAD FINANCIERA por algún tipo de crédito detallado en el Certificado de Seguro y ii) cumplan con los requisitos de asegurabilidad señalados en el presente documento.

3 Edades límites:

Para la cobertura de Desempleo Involuntario:

Edad máxima de ingreso 70 años y 364 días. Edad máxima de permanencia 75 años y 364 días.

Para la cobertura de Incapacidad Temporal:

Edad máxima de ingreso 68 años y 364 días. Edad máxima de permanencia 69 años y 364 días.

ARTÍCULO 4º ALCANCES DE LAS COBERTURAS

I. Cobertura de Desempleo Involuntario.

1. Alcances:

En caso el ASEGURADO, trabajador dependiente, tenga más de un (1) empleador y se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario en alguno de ellos, no corresponderá la cobertura de Desempleo. Sólo habrá cobertura si el ASEGURADO no cuenta con ningún vínculo laboral.

Las causales de Desempleo Involuntario cubiertas por esta Póliza, según el sector o Ley bajo la cual labore el trabajador dependiente, serán las que se detallan en este artículo.

2. Para que un siniestro esté cubierto bajo la Cobertura de Desempleo Involuntario deberá tener su origen en alguna de las siguientes causales de término de relación laboral:

2.1 EMPLEADOS DEL SECTOR PRIVADO:

2.1.1 Empleados del sector privado contratados a plazo indefinido:

- Detrimiento en la facultad física o mental o la ineptitud sobrevenida determinante para el desempeño de sus tareas (Artículo 23º Ley de Productividad y Competitividad Laboral).
- El rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo condiciones similares (Artículo 23º Ley de Productividad y Competitividad Laboral).
- Despido Arbitrario, sólo después que se haya materializado el pago de indemnización a la que tiene derecho el trabajador.
- Despido Colectivo, sólo después de que el Cese Colectivo se haya materializado, lo anterior debidamente acreditado en cumplimiento del trámite establecido en la Ley de Productividad y Competitividad Laboral.
- Por mutuo acuerdo entre el empleador y el trabajador o por renuncia del trabajador, siempre y cuando, en cualquiera de los dos casos, en la liquidación de beneficios sociales, firmada y sellada por el empleador, conste que al ASEGURADO se le ha otorgado un pago bajo el concepto de compensación o bonificación extraordinaria equivalente como mínimo a una (1) remuneración mensual por cada año trabajado.

2.1.2 Empleados del sector privado contratados a plazo fijo:

Las mismas causales previstas precedente en el numeral 2.1.1 serán de aplicación, en lo que corresponda, para los contratos de trabajo sujetos a modalidad de naturaleza temporal considerados en el artículo 54 del TUO del Decreto Legislativo 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral:

- Contrato por inicio o lanzamiento de una nueva actividad.
- Contrato por necesidad de mercado.
- Contrato por Reconvención Empresarial.

2.2 EMPLEADOS DEL SECTOR PÚBLICO:

2.2.1 Respecto de Empleados Públicos en General:

Cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del empleado o funcionario público; ni por término natural del plazo previsto en el contrato de trabajo.

2.2.2 Empleados del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado:

Suspensión absoluta o cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del docente o personal administrativo regido bajo esta Ley.

2.2.3 Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales:

Causal de retiro temporal o absoluto contemplada en sus respectivas Leyes Orgánicas, Estatutos y Reglamentos de Personal, pero única y exclusivamente en la medida que la causal de cesantía invocada cumpla con los siguientes requisitos:

- Que el retiro o baja se deba a causa no imputable a la voluntad o a la conducta del miembro de las Fuerzas Armadas o Policial.
- Que el retiro o baja NO implique para el integrante retirado o dado de baja el pago de una pensión o jubilación por dicho concepto.
- Invitacional Retiro por renovación administrativa.

II. Cobertura de Incapacidad Temporal

1. Alcances:

Es la incapacidad que por causa de un accidente o enfermedad impide al ASEGURADO ejercer total o parcialmente su actividad laboral. Para efectos de esta Póliza, no se cubrirá la Incapacidad Temporal debido, causado, o a consecuencia de enfermedades o accidentes ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura, o por aquellas situaciones excluidas para la cobertura de Incapacidad Temporal. La Incapacidad Temporal es determinada por el Médico tratante del ASEGURADO a través de la emisión del certificado médico.

RESUMEN

SEGURO DE DESGRAVAMEN

A. INFORMACIÓN GENERAL

1. Datos de la empresa aseguradora:

Oficina Principal:

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima

Plataformas de Atención al Cliente:

- **Lima:**
Av. Paseo de la República 3505, 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
- **Cajamarca:**
Jr. Belén 676-678.
Telf. (076)-369635
- **Cusco:**
Calle Humberto Vidal Unda G-5,
Urbanización Magisterial, 2da. Etapa. Cusco.
Telf. (084)-229990 / (084)-227041
- **Huancayo:**
Jr. 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
- **Iquitos:**
Jirón Putumayo 501.
Telf. (065)-242107
- **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 la ASEGURADORA, sin necesidad de requerimiento previo.

4. Medio yplazo establecidos para el aviso del siniestro:

Se encuentra detallado en la Sección “Aviso de Siniestro” de la presente Solicitud – Certificado de Seguro.

5. Lugares autorizados por la Aseguradora 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.

6. Medios habilitados por la Aseguradora para presentar reclamos:

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

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

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

7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias:

Defensoría del Asegurado: www.defaseg.com.pe
Lima: (01) 446-9158
Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, 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: 0800-10840 | (511) 428-0555

8. Obligación de informar sobre agravación del riesgo asegurado:

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

B. INFORMACIÓN DE LA POLIZA DE SEGURO

1. Riesgos Cubiertos:

Fallecimiento

El detalle de los Riesgos cubiertos se encuentra en la sección “Coberturas (Riesgos cubiertos) y Sumas Aseguradas” de la presente Solicitud Certificado de Seguro.

2. Principales Exclusiones:

1. Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos un (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de contratación del seguro de Vida Desgravamen.
2. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos (incluye la faltas tipificadas en el reglamento de tránsito); duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.

La totalidad de las Exclusiones se encuentra en la sección “Exclusiones” de la presente Solicitud - Certificado de Seguro.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia:

Se encuentran detallados en la Sección “Edades del Asegurado” de la presente Solicitud-Certificado de Seguro.

4. Derecho del CONTRATANTE de resolver el Certificado de Seguro contrato sin expresión de causa:

Se encuentra detallado en la Sección “Derecho de resolver el Certificado de Seguro sin expresión de causa por parte del Contratante” de la presente Solicitud – Certificado de Seguro.

5. **Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las Modificaciones de las Condiciones Contractuales propuestas por la Aseguradora durante la vigencia del contrato:**
Se encuentra detallado en la sección "Cambio de condiciones contractuales durante la vigencia de la póliza de seguro" de la presente Solicitud – Certificado de Seguro.
6. **Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro:**
Se encuentra detallado en la Sección "Aviso de Siniestro, Solicitud de Cobertura y Pago de Siniestro" de la presente Solicitud – Certificado de Seguro.

Ley 29733-Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:

Al firmar este documento doy mi consentimiento a Rimac Seguros y Reaseguros para (i) el tratamiento y transferencia de mis datos personales, (ii) que los incluya en su banco de datos, (iii) los trate con la finalidad de gestionar y manejar la contratación de seguros, remitir información o publicidad sobre productos y servicios que pudieran ser de mi interés y evaluar la calidad del servicio y (iv) transferir mis datos, con las mismas finalidades, a miembros del Grupo Económico de Rimac y/o terceros con los que ésta tenga una relación contractual (entre ellos, BBVA). Tengo conocimiento que de no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de Rimac Seguros y Reaseguros y que como titular de la información estoy facultado a ejercitar los derechos que la Ley N° 29733 me confiere, mediante comunicación dirigida a Rimac Seguros y Reaseguros.

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



RODRIGO GONZALEZ
Vicepresidente
División Seguros Personales
Rimac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO TITULAR