

## SOLICITUD – CERTIFICADO SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA CAPITAL DE TRABAJO BBVA

Código SBS:

**VI0507400419 – Nuevos Soles y Dólares Americanos**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**Póliza N°: 6485410 Nuevos Soles**

**Póliza N°: 6485411 Dólares Americanos**

### VIGENCIA

La cobertura del Seguro de Desgravamen de Tarjeta Capital de Trabajo se inicia desde el momento de activación y uso de la línea del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo, extendiéndose hasta la cancelación / anulación del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo, siendo requisito que el Asegurado se encuentre en todo momento al día en sus pagos de prima o la fecha en que el asegurado alcance el límite de edad de permanencia, lo que ocurra primero.

Esta póliza NO se renueva automáticamente.

**MODALIDAD DE  
ASEGURAMIENTO:**

SALDO INSOLUTO

### PRIMA

La prima mensual de este seguro será la resultante de aplicar la tasa comercial total +IGV indicada, sobre el promedio de saldos deudores diarios del periodo de facturación. La Prima Neta será determinada por las declaraciones mensuales que efectúe el CONTRATANTE. Por ejemplo: Si es que el promedio de saldos deudores diarios durante el período de facturación es S/ 1,000 y la tasa comercial según la modalidad elegida es de 0.0583 %, la prima comercial mensual será de S/ 0.58.

Tasa Comercial Total Cliente	0.0494%
Tasa Comercial Cliente (Incluye IGV)	0.0583%

Comisión del Comercializador: 43.69% calculada sobre la Prima Comercial Cliente.

### DATOS DE LA ASEGURADORA

**Aseguradora:** Rimac Seguros y Reaseguros

**Dirección:** Las Begonias Nro. 475, Piso 3.

**Provincia:** Lima

**Teléfono:** 411-1111

**Página Web:** [www.rimac.com](http://www.rimac.com)

**RUC:** 20100041953

**Distrito:** San Isidro

**Departamento:** Lima

**Correo electrónico:** [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe)

### DATOS DEL CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA

**Razón Social:** Banco BBVA Perú

**Dirección:** Av. República de Panamá 3055

**Provincia:** Lima

**Teléfono:** 209-1000

**RUC:** 20100130204

**Distrito:** San Isidro

**Departamento:** Lima

**DATOS DEL ASEGURADO. (En caso de Persona Natural con Negocio es el Titular). 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.**

## DATOS DEL BENEFICIARIO.

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

Es el CONTRATANTE. Relación con el Asegurado: Económica

## INTERÉS ASEGURABLE

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

## SUMA ASEGURADA MÁXIMA

SUMA ASEGURADA MÁXIMA: Hasta S/. 300,000 ó US\$ 108,000

## COBERTURAS (RIESGOS CUBIERTOS) Y SUMAS ASEGURADAS

1. **Fallecimiento:** Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado como EXCLUSIONES en la presente Solicitud / Certificado.
2. **Invalidez total y permanente por accidente.** Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Accidente, el hecho que el ASEGURADO antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual definitiva e irreversible (no se considera factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Accidente. Se considerará configurada la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente cuando se presenten las siguientes situaciones: (a) Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, (b) Lesión incurable de la médula espinal que determinase la invalidez total y permanente, (c) Pérdida total de la visión bilateral, (d) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de los dos brazos o de ambas manos, (e) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de las dos piernas o de ambos pies, (f) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna y (g) Pérdida

completa por amputación o pérdida completa de la función de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.

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

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

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

3. **Invalidez total y permanente por enfermedad.**

Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Enfermedad, el hecho que el ASEGURADO antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual (no se consideran factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

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

**Suma asegurada:** El Seguro de Desgravamen del contrato de Tarjeta Capital de Trabajo cubre el Saldo Insoluto del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo a la fecha de fallecimiento del ASEGURADO o su Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad. En el caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad se considerará la fecha de configuración del

siniestro, a la fecha del Dictamen de Invalidez. En el caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se considera la fecha de ocurrencia del accidente.

- La suma asegurada se pagará en Dólares Americanos o Nuevos 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.
- El seguro de desgravamen no cubre intereses o recargos financieros de ningún tipo.
- 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.

**IMPORTANTE:** Se deja constancia que el ASEGURADO no podrá contratar la presente Póliza, en varias oportunidades, de manera tal que la suma asegurada de las mismas (en conjunto) superen el importe total de US\$ 1,000,000.00 (Un Millón y 00/100 Dólares Americanos).

En caso de que el 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 Vida Préstamo Seguro, es hasta el límite máximo descrito precedentemente por ASEGURADO. Por tanto, en caso de 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.

En caso de que a alguno de los ASEGURADOS se les diagnostique: Infarto agudo de miocardio, evento cerebro vascular, insuficiencia renal crónica y cáncer terminal; y se produzca su fallecimiento como consecuencia de la enfermedad diagnosticada; la Compañía solo pagará el saldo insoluto calculado a la fecha en que se produzca el deceso del ASEGURADO o el promedio mensual de los gastos (gastos regulares) de los últimos tres meses previos al diagnóstico, lo que resulte menor. En caso de siniestro, se deberán presentar a la COMPAÑÍA los últimos tres estados de cuenta previos al diagnóstico.

En caso que se produzca el fallecimiento o invalidez total y permanente de uno de los Asegurados bajo la presente Póliza, sólo se tomará en cuenta la línea de crédito utilizada con anterioridad a la fecha del siniestro. No se computará, para efectos del cálculo de la indemnización, la línea de crédito consumida con posterioridad a la fecha del siniestro del Asegurado.

#### **IMPORTANTE**

- 1) El presente Seguro no otorga cobertura a los poseedores, portadores, y/o usuarios de las Tarjetas que se hayan emitido con motivo de la línea del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo. Sólo se otorgarán las coberturas a las personas designadas en el presente Certificado de Seguro, las mismas que han sido tomadas de la Sección "Socios/Accionistas/Directorio/Gerencia/Ejecutivos principales de la Empresa" del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo suscrito con el BBVA.
- 2) Cada Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo con el BBVA podrá tener un máximo de dos (02) Asegurados y cada uno debe pagar la misma prima.
- 3) No se podrán modificar a las personas nombradas como Asegurados en el presente Certificado de Seguro. Cualquier cambio de Asegurados requerirá la suscripción de un nuevo Seguro de Desgravamen de Tarjeta Capital de Trabajo.
- 4) Condiciones adicionales aplicables en caso se asegure la vida de dos (02) Asegurados:
  - i. Ante el fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad de alguno de los Asegurados, y en tanto el siniestro no esté excluido bajo la presente Póliza, la COMPAÑÍA indemnizará el 50% del Saldo Insoluto del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo al momento de ocurrido el siniestro. No será causal de terminación de contrato, para el caso de Personas Jurídicas, el hecho que se produzca el fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad de alguno de los Asegurados ya que el otro Asegurado podrá mantener su cobertura bajo la póliza original, siempre que cumpla con estar al día en sus pagos y con las condiciones de la presente Solicitud / Certificado de seguro.

En el caso que el titular de la Persona Natural con Negocio fallezca o que se declare su invalidez total y permanente, el Contrato terminará; sin embargo, si es el cónyuge asegurado el que fallece o se declare su invalidez total y permanente, el Contrato se mantendrá vigente, en tanto el titular de la Persona Natural con Negocio podrá mantener su cobertura bajo la póliza original, siempre que cumpla con estar al día en

sus pagos y con las condiciones de la presente Solicitud / Certificado de seguro.

- ii. **No obstante, será causal de terminación de contrato, la decisión unilateral de alguno de los Asegurados, o que se excluya a alguno de ellos por cumplir la edad límite de permanencia en la póliza.**

## CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

### MODALIDADES DEL ASEGURAMIENTO

Seguro de Desgravamen cubre el saldo insoluto del crédito contraído con el CONTRATANTE.

### ASEGURADO

**ASEGURADO: Podrán ser:**

- 1) **En el caso de Persona Natural con Negocio: El titular del negocio y su cónyuge. Máximo dos (02) Asegurados;**
- 2) **En el caso de Persona Jurídica: El (los) Socio(s) o accionista(s) principal(es) de la Persona Jurídica (cliente del Contratante). Como máximo se podrán asegurar dos (02) socios o accionistas en la Póliza.**

**En ambos casos (sea Persona Natural con Negocio o Persona Jurídica), los Asegurados deberán haber suscrito el presente certificado Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo con el BBVA Continental.**

### FALLECIMIENTO A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES (PREEXISTENCIAS)

Cualquier lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración del estado de salud del ASEGURADO, diagnosticadas por un profesional médico o conocidas por el Contratante o ASEGURADO, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la SOLICITUD CERTIFICADO y que como consecuencia de esta lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración del estado de salud, se produzca el fallecimiento o invalidez total y permanente (en sus dos modalidades) del ASEGURADO. Es obligación del ASEGURADO declarar las preexistencias.

**La Solicitud Certificado de Desgravamen no cubre ningún riesgo cubierto que se produzca a consecuencia de una enfermedad preexistente del ASEGURADO. El ASEGURADO declara y reconoce no haber padecido las afecciones o trastornos siguientes:**

- a. **Tuberculosis, neumonía, enfisema o silicosis.**
- b. **Hipertensión arterial, lesión o debilidad del corazón e infartos.**
- c. **Epilepsia, parálisis o enfermedad mental.**
- d. **Enfermedad del bazo, hígado, riñones o páncreas.**
- e. **Leucemia, diabetes mellitus, hepatitis B o meningitis.**
- f. **SIDA/ HIV.**
- g. **Cáncer o tumores malignos.**
- h. **Cualquier enfermedad grave y/o crónica grave no indicada anteriormente.**

### EDADES DEL ASEGURADO

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

**Edad máxima de ingreso 74 años y 364 días**

**Edad máxima de permanencia 79 años y 364 días**

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 de 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, tampoco tendrá cobertura, sin perjuicio de que el siniestro se haya producido dentro del periodo de vigencia.

## CONDICIÓN ESPECIAL

Si bien EL ASEGURADO o en su caso el beneficiario, es el responsable de proporcionar toda la documentación e información necesarias en caso de solicitud de cobertura, con la suscripción del presente documento, EL ASEGURADO brinda su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que RIMAC y/o la ENTIDAD FINANCIERA, esta última en su calidad de Beneficiario de la SOLICITUD CERTIFICADO de Seguro y solo con la finalidad de gestionar la solicitud de cobertura, puedan solicitar a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, la exhibición y entrega de su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en poder de éstos, a fin de solicitar o evaluar la cobertura del presente seguro, según corresponda. Asimismo, el ASEGURADO faculta y autoriza desde ya a dichos establecimientos de salud a la entrega de su información a RIMAC y/o la ENTIDAD FINANCIERA, según corresponda.

## EXCLUSIONES:

Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan en, o a consecuencia de, los siguientes eventos o circunstancias. Las coberturas adicionales podrán contener exclusiones específicas las cuales se añadirán a las presentes exclusiones generales.

- 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. Cualquier evento que haya sido causado por reactor nuclear o contaminación radioactiva.
- e. Accidente aéreo y marítimo de cualquier clase, en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales. No aplica la exclusión para vuelos y/o viajes comerciales sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f. Operaciones o viajes submarinos.
- 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, de caballos, inmersión submarina, artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras.
- h. Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). Para efectos de esta exclusión, siempre y cuando el siniestro se haya producido como consecuencia de un accidente de tránsito y que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo. En caso de accidente de tránsito se presume la influencia de alcohol o drogas si el asegurado o beneficiario se niegan a someterse al examen toxicológico y/o de alcoholemia.
- i. Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro.
- j. Enfermedades infecto contagiosas.
- k. Enfermedades con características de plagas.

**Exclusiones aplicables a la cobertura de Invalidez total y permanente por enfermedad. Adicional a las indicadas previamente, aplican:**

- a. Abuso de alcohol o de drogas.
- b. Tratamientos médicos en general, incluyendo tratamientos estéticos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

**DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES:**

No Aplican

**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.

**DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA**

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

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

El siniestro será comunicado a RIMAC dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en el presente documento o certificado de seguro, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a RIMAC pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro. El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a RIMAC. En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que RIMAC ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

**SOLICITUD DE COBERTURA**

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

**Para las coberturas de Fallecimiento por enfermedad o accidente :**

- Copia certificada de la partida de defunción expedida por RENIEC
- Certificado médico de defunción del ASEGURADO.
- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO fallecido, en caso se cuente con dicho documento.
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada por la institución de salud, en caso de fallecimiento por enfermedad del ASEGURADO.

- Estado de cuenta de la tarjeta de crédito a la fecha del siniestro.

**En caso el fallecimiento por accidente, se deberán presentar además:**

- Original o Copia Certificada del Parte Policial y Atestado policial completo, en caso de haberse realizado.
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia certificada del examen toxicológico en caso de haberse realizado.
- Original o Copia certificado del Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

**Documentos a presentar aplicables a las cláusulas adicionales:**

**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 de la tarjeta de crédito a la fecha del siniestro.

**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
- Copia Certificada del Parte policial o Atestado policial completo 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 de la tarjeta de crédito a la fecha del siniestro.

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

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

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

Todo documento de procedencia extranjera debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

**PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN: Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado**

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

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

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

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

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

## MEDIOS HABILITADOS POR RIMAC PARA PRESENTAR RECLAMOS

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

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

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

**Central de Consultas y Reclamos** : (01) 411-1111

**Correo Electrónico** : [reclamos@rimac.com.pe](mailto:reclamos@rimac.com.pe)

**Página Web** : [www.rimac.com](http://www.rimac.com)

## OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

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

## INFORMACIÓN ADICIONAL

- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por el y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si RIMAC hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, podría acarrear la Nulidad del presente Contrato de Seguro.
- La emisión de la presente Solicitud - Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Asegurado en los términos estipulados por RIMAC, en tanto éste haya proporcionado información veraz.

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

- RIMAC es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza matriz del seguro de grupo a RIMAC, la cual,



deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.

- RIMAC es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS 3274-2017.
- Las comunicaciones cursadas por los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a RIMAC.
- Los pagos efectuados por los Contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a RIMAC.

RIMAC, a través de su portal web, pone a disposición del Contratante y Asegurado la totalidad de las condiciones de esta SOLICITUD CERTIFICADO. 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 SOLICITUD CERTIFICADO, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's y del portal web de RIMAC, encontrándose conforme con dichas condiciones.

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

## ENVÍO DEL CERTIFICADO DE SEGURO POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

### a. En caso de contratación presencial:

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

En caso el Asegurado no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe), o comunicándose al 411-1111. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

### b. En caso de contratación a través de canales digitales de BBVA:

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

## RESUMEN SEGURO DE DESGRAVAMEN

### A. INFORMACIÓN GENERAL

<b>1. Datos de la empresa aseguradora:</b>	RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS
<b>Oficina Principal:</b>	Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima
<b>Plataformas de Atención al Cliente:</b>	
<b>Lima:</b> Av. Paseo de la República 3505, San Isidro. Av. Las Begonias 471, San Isidro. Av. Comandante Espinar 689, Miraflores. Telf. 411-1111	<b>Huancayo:</b> Jirón Ancash 125, Huancayo. Telf. (064)-223233
<b>Arequipa:</b> Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700	<b>Trujillo:</b> Av. América Oeste N° 750 Locales A-1004 y A-1006 - Mall Aventura Plaza, Urbanización El Ingenio, provincia de Trujillo, departamento de La Libertad. Telf. (044)-485200
<b>Piura:</b> Calle Libertad 450. Telf. (073)-284900	<b>Chiclayo:</b> Av. Salaverry 560, Urb. Patazca. Telf. (074)- 481400

<b>Central de Consultas y Reclamos:</b> (01) 411-1111	<b>Central de Emergencias y Asistencias:</b> Lima: (01) 411-1111 Provincias: 0-800-4-1111
<b>Correo Electrónico:</b> reclamos@rimac.com.pe	<b>Página Web:</b> www.rimac.com
<b>2. Denominación del Producto:</b> SEGURO DE DESGRAVAMEN	
<b>3. Lugar y Forma de Pago de la Prima:</b> Mensualmente todas las primas deberán pagarse por intermedio de la Entidad Financiera a RIMAC, sin necesidad de requerimiento previo.	
<b>4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro:</b> Se encuentra detallado en la Sección "Aviso de Siniestro" de la presente Solicitud - Certificado de Seguro	
<b>5. Lugares autorizados por RIMAC para solicitar la cobertura del seguro:</b> 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.	
<b>6. Medios habilitados por RIMAC para presentar reclamos:</b> Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita en las modalidades que se detallan a continuación: <b>Verbal:</b> Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas. (Punto 1 de este resumen) <b>Escrito:</b> Mediante carta dirigida a Rimac Seguros o a través de la página web o correo electrónico. (Punto 1 de este resumen)	
<b>7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias:</b>	
<b>Defensoría del Asegurado:</b>	www.defaseg.com.pe Lima:(01) 421-0614 Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima
<b>Indecopi:</b>	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.
<b>Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS):</b>	www.sbs.gob.pe LIMA: Los Laureles 214, San Isidro Teléfono (511) 630-9000   Fax: (511) 630-9239 AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau. Consultas y Denuncias : (511) 630-9000 / 200-1930
<b>8. Obligación de informar sobre agravación del riesgo asegurado:</b> Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a RIMAC los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.	

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

### Uso y tratamiento de Datos Personales

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la "Ley") y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el "Reglamento"), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los "Datos Personales"), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web www.rimac.com, sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales. Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Calle Begonias N° 540, San Isidro, Lima, estando además inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N° 1637. Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, enviando una comunicación al correo electrónico atencionalcliente@rimac.com.pe. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la

acción de hábeas data.

## CONTRATACIÓN POR CANALES DIGITALES

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

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

Lugar y fecha de emisión: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



MAKALY RIVERA CHU  
Vicepresidenta División  
Seguros Personales  
Rimac Seguros y Reaseguros

\_\_\_\_\_  
ASEGURADO TITULAR