

SOLICITUD / CERTIFICADO SEGURO DE DESGRAVAMEN DE CAPITAL DE TARJETA TRABAJO BBVA CONTINENTAL

Código SBS:**VI0507410063 – Nuevos Soles****VI0507420064 – Dólares Americanos**

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

Póliza N°: 6485410 Nuevos Soles

Póliza N°: 6485411 Dólares Americanos

N° de Préstamo, Moneda, Forma de pago y Línea de Tarjeta de Capital de Trabajo: Son los consignados en el Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo que mantiene el Asegurado con el CONTRATANTE.

PRIMA:

Tasas por ciento	Aplicable a cada Asegurado
Tasa Comercial Total	0.0494
Tasa Comercial Total + IGV (en caso corresponda)	0.0583

Tasa Neta: 0.048 por ciento.**PRIMA COMERCIAL:** Es mensual y se calcula al multiplicar la tasa Comercial Total + IGV por el Saldo Insoluto de la deuda otorgada en virtud del Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo.**TIPO DE CAMBIO REFERENCIAL:** S/. 2.90. En caso que la prima comercial sea pactada en Dólares, se aplicará el tipo de cambio de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP vigente del día en que se realice el pago.**DATOS DE LA ASEGURADORA, en adelante LA COMPAÑÍA**

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: BBVA Continental

RUC: 20100130204

Dirección: Av. República de Panamá N° 3050 – San Isidro

Teléfono: 211-1000

Correo Electrónico:

DATOS DEL ASEGURADO 1 (En caso de Persona Natural con Negocio es el Titular)

Son los consignados en el Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo que mantiene el Asegurado con el CONTARTANTE.

DATOS DEL BENEFICIARIO: Es el CONTRATANTE. Relación con el Asegurado: Económica

INTERES ASEGURADO: La vida del(los) Asegurado(s).

RIESGOS CUBIERTOS Y COBERTURA DEL SEGURO

A. FALLECIMIENTO: Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado como EXCLUSIONES en la presente Solicitud / Certificado.

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.

IMPORTANTE:

- 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 aplica deducibles, franquicias y similares a cargo del ASEGURADO y/o el CONTRATANTE.
- 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.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO:

SUMA ASEGURADA MÁXIMA: Hasta S/. 150,000 ó USD 54,000 por Asegurado.

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 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 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 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.

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 Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo con el BBVA Continental.

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 Continental.
2. Cada Contrato de Tarjeta Capital de Trabajo con el BBVA Continental 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:
 - 4.1 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.

4.2 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.

EDADES DEL ASEGURADO: La edad máxima de ingreso para todos los Asegurados es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 79 años y 364 días.

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 póliza y que como consecuencia de esta lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración del estado de salud, se produzca la muerte (en sus dos modalidades) 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.

VIGENCIA DEL SEGURO:

La cobertura del Seguro de Desgravamen de Tarjeta Capital de Trabajo se inicia desde el 01 de diciembre del 2014, 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.

Esta póliza NO se renueva automáticamente.

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

EXCLUSIONES: Las siguientes exclusiones aplican a todas las coberturas de la presente Póliza de seguro (fallecimiento, invalidez total y permanente por accidente e invalidez total y permanente por enfermedad)

- a) Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- b) 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.

- 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) Viajes aéreos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- 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 las siguientes actividades o deportes riesgosos: 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) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- i) Cuando el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gr/lt. a más), drogas, o sonambulismo y esta situación sea acto generador del siniestro.
- 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 de seguro.

DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES: No aplican

LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA: En cualquier oficina del BBVA Continental.

FORMA DE PAGO: En efectivo o transferencia bancaria.

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática 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 vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro.

La ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

En caso que la presente Póliza contemple el Derecho de Reducción, y este sea ejercido, la suspensión de cobertura no procederá en caso hayan transcurrido dos (02) años o menos, según se haya pactado en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro.

RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA 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 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 de 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 de la Póliza, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro o el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya acordado en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos. **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 suspensión de cobertura.**

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza o en el certificado de seguro según corresponda.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Se podrá resolver el contrato por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, 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 Contrato. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

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 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 en el siguiente punto para la atención del siniestro.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, 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 siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a 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 la presente Solicitud / Certificado) los siguientes documentos en original o en copia legalizada. Adicionalmente, los documentos podrán entregarse al CONTRATANTE. **(Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).**

FALLECIMIENTO:

- Acta de defunción.
- Certificado de defunción.

- Copia del documento de identidad del ASEGURADO fallecido.
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada del ASEGURADO.
- Estado de cuenta y liquidación del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO.

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

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.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de 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. **(Aplica a todas las coberturas de la presente Solicitud / Certificado).**

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, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago 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 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 91º establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO 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 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.

CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Para la cobertura de invalidez total y permanente por accidente:

La edad máxima de ingreso para todos los asegurados es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 79 años y 364 días.

RIESGOS CUBIERTOS Y COBERTURA DEL SEGURO

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 situaciones previstas: (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.

En el caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente se considerará la fecha de ocurrencia.

Se debe tener en cuenta que ningún siniestro producido porque se haya configurado la Invalidez Total y Permanente por accidente con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia, tendrá cobertura bajo la presente Póliza de Seguro de Desgravamen. Asimismo, no tendrán cobertura los siniestros a consecuencia de un accidente ocurrido antes del inicio de vigencia del seguro.

BENEFICIARIO: Es el CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA

EXCLUSIONES: Según lo indicado en la presente Solicitud / Certificado.

SOLICITUD DE COBERTURA

El ASEGURADO o sus representantes legales deberán hacer de conocimiento por escrito a LA ASEGURADORA la existencia de la Invalidez Total y Permanente por Accidente; obligándose a suministrar las pruebas correspondientes facilitando cualquier elemento de comprobación así como prestar las facilidades, de ser necesario, para la realización de exámenes médicos que serán practicados por los médicos que LA ASEGURADORA designe.

- Copia del documento de identidad del ASEGURADO
- Historia Clínica foliada y fedateada de todos los centros médicos de atención a consecuencia del accidente que generó la Invalidez Permanente Total e Informes Médicos sobre atenciones y/o tratamientos relacionados al accidente y estado de Invalidez.
- Atestado policial o diligencias fiscales según corresponda, Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas y el Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Solicitud / Certificado del Seguro de Desgravamen firmado por el ASEGURADO.

CONDICIONES DE LA COBERTURA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Para la cobertura de invalidez total y permanente por enfermedad:

La edad máxima de ingreso para todos los asegurados es 74 años y 364 días. La edad máxima de permanencia es 79 años y 364 días.

RIESGOS CUBIERTOS Y COBERTURA DEL SEGURO

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 considera factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

En el caso de Invalidez Total y Permanente por enfermedad se considerará la fecha de configuración del Dictamen de Invalidez solicitado como documento en caso de siniestros.

Se debe tener en cuenta que ningún siniestro producido porque se haya configurado la Invalidez Total y Permanente por enfermedad con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia, tendrá cobertura bajo la presente Póliza de Seguro de Desgravamen. Asimismo, no tendrán cobertura los siniestros a consecuencia de un accidente ocurrido antes del inicio de vigencia del seguro.

BENEFICIARIO: Es el **CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA.**

EXCLUSIONES

- a) Abuso de alcohol o de drogas.
- b) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- c) Según lo indicado en la presente Solicitud / Certificado.

SOLICITUD DE COBERTURA

El **ASEGURADO** o sus representantes legales deberán hacer de conocimiento por escrito a **LA ASEGURADORA** la existencia de la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad; obligándose a suministrar las pruebas correspondientes facilitando cualquier elemento de comprobación así como prestar las facilidades, de ser necesario, para la realización de exámenes médicos que serán practicados por los médicos que **LA ASEGURADORA** designe.

- Copia del documento de identidad del **ASEGURADO**
- Dictamen de Invalidez emitidos 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**.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por el Contratante, Asegurado o Beneficiario a la Aseguradora en las Plataformas de Atención al Cliente:

Oficina Principal:

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. America 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

La solicitud de cobertura podrá ser presentada también, en cualquiera de las Oficinas del BBVA Continental a nivel nacional.

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 en las modalidades que se detallan a continuación:

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

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

Central de Consultas y Denuncias:

(01) 411-3000 y 0800-41100

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 agraven el riesgo asegurado.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTACIÓN DE 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 Reclamos: 0800-10840 | (511)
428-0555

EL BBVA Continental podrá atender los reclamos que se presenten a través del teléfono: 595-0000; o en la Red de Oficinas del BBVA.

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 ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.
- La Aseguradora comunicará al Contratante dentro de los plazo de quince (15) días calendario de presentada la presente Solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional dentro de dicho plazo. Por lo que, en caso La Aseguradora solicite información adicional, el Asegurado se compromete a facilitar a La Aseguradora el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya

expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, dispensándolos de la reserva de la información del acto médico, en el momento que lo requiera La Aseguradora.

- Por lo anterior, mientras La Aseguradora solicite información adicional la presente Póliza se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. Por lo cual, presentada la información adicional por el Asegurado, La Aseguradora comunicará al Contratante dentro de los plazo de quince (15) días calendario siguientes, si ésta ha sido rechazada, salvo que requiera de información adicional dentro de dicho plazo, pues la información anteriormente entregada no estuvo completa. Por lo que, el Asegurado reconoce que la presente Solicitud de Seguro, incluyendo la Declaración Personal de Salud en caso corresponda, es válida hasta por noventa (90) días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional.
- La Aseguradora deberá entregar la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud. En caso se haya entregado la Póliza al Contratante, y el Asegurado sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza a La Aseguradora, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.
- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.
- La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Aseguradora, la aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto hubieran proporcionado información veraz.
- El Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la presente Póliza, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento. Instrucciones de uso del correo electrónico:
 - i) En caso el Asegurado no pueda abrir o leer los archivos adjuntos o modifique / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000; y,
 - ii) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.
- **En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:**
 - i. La ASEGURADORA es responsable frente al 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 Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado

por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.

- iii. Las comunicaciones cursadas por los 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 Asegurados, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a La Aseguradora.

• **Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:**

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (“La Aseguradora”), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con La Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros (entre ellos, el BBVA Continental) con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión y entrega del presente Certificado, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el Asegurado en los términos estipulados por la Aseguradora, en tanto el Asegurado hubiera proporcionado información veraz.

El Asegurado suscribe el presente Certificado, en señal de haber tomado conocimiento, recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

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

RODRIGO GONZALEZ
Vicepresidente
División Seguros Personales
Rímac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO 1