SOLICITUD / CERTIFICADO
SEGURO DE DESGRAVAMEN PREMIER CON DEVOLUCIÓN

Código SBS: VI0507400441 - Soles y Dólares
Adecuado a la Ley Nº 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza N° Soles: Préstamo de Libre Disponibilidad; Préstamo de Libre Disponibilidad Vehicular: 8710500001
Póliza N° Dólares: Préstamo de Libre Disponibilidad; Préstamo de Libre Disponibilidad Vehicular: 8710500002

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

Nº DE CERTIFICADO	FORMA DE PAGO DE LA PRIMA	MONEDA
TASA COMERCIAL MENSUAL	**FECHA INICIO VIGENCIA**	**FECHA FIN VIGENCIA (*)**
Ver sección PRIMA		
Nº DE PRESTAMO	**OFICINA**	**SUMA ASEGURADA**
		Saldo Insoluto del préstamo

(*) Este certificado no se renueva automáticamente. La fecha de inicio de vigencia de los certificados de seguro es la fecha en que el CONTRATANTE realiza el desembolso del crédito al ASEGURADO y se mantendrá vigente como máximo hasta la fecha de cancelación del crédito o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero. Adicionalmente, la vigencia del Certificado de seguro culminará en caso la póliza matriz del seguro de Desgravamen contratado por EL CONTRATANTE a Rimac Seguros, llegue a su fin de vigencia o sea resuelta.

DATOS DEL ASEGURADO. Relación con el CONTRATANTE: Económica

En caso del Asegurado Titular 1:

NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	**SEXO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
ESTADO CIVIL		**TELÉFONO**
DIRECCIÓN		

En caso del Asegurado Titular 2:

NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	**SEXO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
ESTADO CIVIL		**TELÉFONO**
DIRECCIÓN		

DATOS DEL CONTRATANTE / ENTIDAD FINANCIERA / COMERCIALIZADOR

CONTRATANTE : BBVA Perú
Dirección : Av. República de Panamá 3055
Provincia : Lima
Teléfono : 211-1000
RUC: 20100130204
Distrito : San Isidro
Departamento : Lima

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros
RUC: 20100041953
Dirección: Las Begonias 475, Piso 3
Distrito: San Isidro
Provincia: Lima
Departamento: Lima
Teléfono : 411-1000
Fax: 421-0555
Página web: www.rimac.com
Correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe

RESUMEN DE LAS COBERTURAS

Coberturas Principales	Suma Asegurada Máxima (US$)
Fallecimiento	Hasta US$ 2,500,000
Indemnización por Invalidez total y permanente por enfermedad	Hasta US$ 2,500,000
Indemnización por Invalidez total y permanente por accidente	Hasta US$ 2,500,000
Devolución de primas por sobrevivencia del Asegurado	10% de devolución sobre la Prima Comercial

DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS (RIESGOS CUBIERTOS)

Las coberturas abajo detalladas son excluyentes entre sí, por lo que la activación de cualquiera de ellas genera de manera automática la terminación del presente contrato de seguro.

Cobertura de Fallecimiento

Si se produjera tu fallecimiento por cualquier causa que no esté excluida en tu póliza de seguro, RIMAC indemnizará al Beneficiario, de acuerdo a las condiciones, coberturas y límites contratados.

Indemnización por Invalidez total y permanente por enfermedad

En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, que surja como consecuencia de una enfermedad diagnosticada dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, RIMAC pagará la suma asegurada indicada en la Póliza de Seguro, de acuerdo a lo siguiente: A efectos de lo establecido en la presente cobertura se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual, definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6%de su capacidad total.

Condición especial para la cobertura de Indemnización por 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.

Indemnización por Invalidez total y permanente por accidente

En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO que surja como consecuencia de un accidente producido dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, RIMAC - mediante la presente cláusula adicional pagará la suma asegurada indicada en la Póliza de Seguro, de acuerdo a lo siguiente.

A efectos de lo establecido en la presente cobertura, se considera Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, a la pérdida o disminución de su capacidad física o intelectual definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior al 66.6%, de su capacidad total.

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.

Condición especial para la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por accidente: 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 74 años y 364 días.

Devolución de primas por sobrevivencia del Asegurado

Porcentaje de devolución sobre la prima comercial pagada (sin IGV): 10%

En caso la vigencia pactada de la presente Póliza de Seguro culmine, y no se haya producido el fallecimiento del Asegurado durante su vigencia activa, la Aseguradora otorgará como cobertura de sobrevivencia al Asegurado, el porcentaje de la totalidad de las primas pagadas (descontando los impuestos en caso aplique), señalado en tu seguro.

Consideraciones para el seguro con Devolución de primas por Sobrevivencia del Asegurado:

- La devolución aplica siempre que la póliza tenga una vigencia no menor o igual a 24 meses.
- Se paga 10% de devolución sobre el total de las primas pagadas, descontando IGV
- RIMAC no brinda préstamos al asegurado por el monto del rescate. RIMAC no aplicará el monto de rescate, al que tenga derecho, para cancelar las primas impagas.

Derecho de Rescate (1% de la totalidad de las primas efectivamente pagadas, descontando los impuestos que correspondan)

Puedes ejercer el Derecho de Rescate indicado en tu seguro, para lo cual deberá haber transcurrido el período mínimo de vigencia de la póliza de seguros (el cual no podrá ser menor o igual a 24 meses), y siempre y cuando las primas de dicho período hayan sido efectivamente pagadas por el Asegurado. Una vez que hayas activado el Derecho de Rescate, de manera automática se desactiva la cobertura de Devolución de Primas, permaneciendo vigentes y por la vigencia de la póliza, las coberturas de fallecimiento e Invalidez Total y Permanente por Accidente y Enfermedad.

El porcentaje de derecho de rescate será definido en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro y/o Solicitud Certificado de Seguro, según corresponda, y será calculado sobre las primas efectivamente pagadas por el Asegurado descontando los impuestos, en caso corresponda, hasta el momento de que se ejerza el derecho de rescate.

Por otro lado, en caso que la vigencia de la presente póliza culmine por cualquier causa antes de la fecha de fin de vigencia originalmente pactada, como por ejemplo: la cancelación anticipada y total del crédito, se producirá la culminación automática de la póliza de seguro, y además se procederá a activar automáticamente el derecho de rescate, por lo que dicha suma será pagada al ASEGURADO mediante transferencia bancaria, dentro de los 30 días calendarios siguientes a la fecha de culminación anticipada de la Póliza.

PRIMA

La prima mensual de este seguro será la resultante de aplicar la tasa comercial cliente indicada en la primera página del presente documento sobre el saldo insoluto del crédito. La prima mensual será determinada según las declaraciones mensuales que efectúe la ENTIDAD FINANCIERA que otorgó el crédito. Por ejemplo: Si es que el saldo insoluto del crédito es S/ 1,000 y la tasa comercial según la modalidad elegida es de 0.035 %, tu prima comercial mensual será de S/ 0.35.

Concepto	Individual	Mancomunado
Tasa Comercial Cliente (%)	**0.0714%**	**0.1428%**

Comisión del Comercializador: 43.60% sobre la Prima Comercial Cliente.

El pago de la prima también podrá ser realizado en moneda nacional, de acuerdo con el tipo de cambio que mantenga el CONTRATANTE al día del cargo de la prima.

INTERÉS ASEGURADO

I. Cancelación de la Suma Asegurada en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.
II. Suma Asegurada Máxima por coberturas: Hasta US$ 2,500,000 por ASEGURADO

IMPORTANTE

- Se deja constancia que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá contratar la presente Póliza, ni la póliza de otros desgravámenes de RIMAC SEGUROS (a excepción de los desgravámenes de tarjeta de crédito) en varias oportunidades, de manera tal que la suma asegurada de las mismas (en conjunto) superen el importe total de US$ 2,500,000 o su equivalente en moneda nacional. En caso que el CONTRATANTE / ASEGURADO, contrate varias Pólizas de Seguro, por la cantidad de créditos que mantenga frente a la ENTIDAD FINANCIERA, la responsabilidad de RIMAC para otorgar las coberturas de fallecimiento e invalidez total y permanente de la totalidad de los seguros de desgravamen, es hasta el límite máximo descrito precedentemente por el ASEGURADO. Por tanto, en caso que la suma total a indemnizar supere el importe antes indicado, RIMAC procederá a devolver las primas en forma proporcional al importe que no será reconocido.
- El presente seguro no cubre intereses de ningún tipo.
- La suma asegurada se pagará en Dólares Americanos o Soles según la moneda del crédito otorgado por la ENTIDAD FINANCIERA. Se considerará el Tipo de Cambio que se encuentre vigente el día en que se realice el pago de la cobertura.

- En caso el seguro considere adicionalmente las coberturas de Invalidez total y permanente por enfermedad, Invalidez total y permanente por accidente, se deberá considerar que dichas coberturas de Fallecimiento, Invalidez total y permanente por enfermedad, Invalidez total y permanente por accidente son excluyentes entre sí.

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar : Oficinas del Contratante.

Forma : El pago de la prima es mensual, conforme al cronograma de pago del crédito.

Fecha de vencimiento de pago de la prima: 30 días desde el inicio de vigencia y/o renovación. Para el caso de créditos la fecha de vencimiento para el pago de la prima será la que figura en el cronograma de pagos del crédito; salvo que el comercializador haya otorgado un periodo de gracia al asegurado.

Interés Moratorio: No aplica

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

- En caso de las Coberturas Principales, el beneficiario es el Contratante / Comercializador
- En caso de la Cobertura de Sobrevivencia, el beneficiario es el Asegurado

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

MODALIDADES DE ASEGURAMIENTO

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

ASEGURADO

Persona natural cuyo nombre y demás datos de identificación constan en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda, y cuya vida se asegura en la presente Solicitud Certificado, para lo cual debe cumplir con los requisitos de edad y condiciones de asegurabilidad establecidos en este certificado. El Asegurado es quien mantiene saldos deudores derivados de créditos otorgados por la ENTIDAD FINANCIERA.

FALLECIMIENTO A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES (PREEXISTENCIAS)

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

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

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

EDADES DEL ASEGURADO

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

La edad mínima de ingreso es 18 años.
La edad máxima de ingreso es 79 años y 364 días.
La edad máxima de permanencia es 85 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 de la SOLICITUD CERTIFICADO de Seguro correspondiente, una vez superada la edad máxima de ingreso para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, la presente SOLICITUD CERTIFICADO solo brindará la cobertura de Fallecimiento, conforme a los términos y condiciones establecidas para la misma.

VIGENCIA DEL SEGURO

La cobertura del presente seguro se inicia desde el momento en que el préstamo haya sido desembolsado por la ENTIDAD FINANCIERA al ASEGURADO extendiéndose hasta la cancelación del monto total del préstamo, la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero, siendo requisito que el ASEGURADO se encuentre en todo momento al día en el pago de sus primas. En caso que el ASEGURADO haya completado y firmado una DPS o haya requerido exámenes médicos, y estos no cumplan con los requisitos para la aprobación automática brindada por RIMAC a LA ENTIDAD FINANCIERA, RIMAC deberá aprobar el Seguro de Desgravamen para que tenga cobertura efectiva. Se debe tener en cuenta que ningún siniestro producido con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrá cobertura bajo la presente SOLICITUD CERTIFICADO de Seguro. Asimismo, no tendrán cobertura los siniestros a consecuencia de un accidente ocurrido antes del inicio de vigencia del seguro. En caso que el diagnóstico de la enfermedad que cause la muerte del Asegurado se determine con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la presente SOLICITUD CERTIFICADO de Seguro, no tendrá cobertura, sin perjuicio de que el siniestro se haya producido dentro del periodo de vigencia.

CONDICIÓN ESPECIAL

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

CONDICIONES PARA CRÈDITOS REFINANCIADOS

- Nuevo capital de crédito no deberá exceder un 50% del capital inicial
- El plazo inicial del crédito no deberá exceder un 50% del plazo inicial.
- No se solicita nueva DPS para créditos refinanciados que cumplan los requisitos del actual acuerdo operativo.
- Se aceptan clientes con recargo hasta 150% de recargo.
- Se deberá aceptar agrupar varios créditos.

EXCLUSIONES

Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan en, o a consecuencia de, los siguientes eventos o circunstancias.

a) Suicidio consciente y voluntario dentro de los dos (2) primeros años de vigencia completos e ininterrumpidos. La auto mutilación o autolesión.
b) Pena de muerte, 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) Acto delictivo contra el Asegurado cometido por el Beneficiario o heredero, en calidad de autor o cómplice.
d) Guerra, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
e) Detonación, reacción fisión o radiación nuclear, contaminación radiactiva (independientemente de la forma en que se haya ocasionado). Cualquier evento que haya sido causado por fisión nuclear o reactor nuclear o contaminación radioactiva.
f) 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.
g) Operaciones o viajes submarinos.
h) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras, de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos, inmersión submarina, artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por RIMAC en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.

i) Realización de alguna de las siguientes actividades o deportes riesgosos: inmersión submarina, artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por RIMAC en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.
j) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
k) Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). Para efectos de esta exclusión, siempre y cuando el siniestro se haya producido como consecuencia de un accidente de tránsito y que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo. 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.
l) RIMAC no otorgará cobertura al Asegurado en los casos que el siniestro se produzca, directa o indirectamente por las actividades y/u oficios y/o profesiones que se detallan a continuación: tripulante, piloto de vuelos comerciales y no comerciales, marino mercante, chofer de camiones, trailer, volquete y maquinarias pesadas, ingeniero civil, obreros de construcción, trabajadores de minas, ingeniero electricista, policía, serenazgo, jefe de seguridad, ingeniero petrolero, mecánico, militar, arqueólogo, operador de planta de gas, miembro de las fuerzas armadas o que realice actividades militares, reportero periodista, carpintero, técnico radiólogo, ingeniero químico, bombero, guardaespaldas, buzo, corredor de vehículos motorizados, guía de turismo en rutas desconocidas, escaladas, alpinismo y montañismo, actividades en general con uso de explosivos; salvo que el Asegurado las hubiese declarado a RIMAC en el momento de la contratación, y ésta última haya decidido aceptar el riesgo por medio de una comunicación escrita en la cual se detallará si corresponde una sobreprima.
m) Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro.
n) Enfermedades infecto contagiosas.
o) Enfermedades con características de plagas.

EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES A LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD

En adición a las exclusiones generales antes descritas, la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad del ASEGURADO no será cubierto en caso que se haya producido a causa o sea consecuencia de:

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

COMUNICACIÓN DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá comunicar por escrito a RIMAC, cualquier hecho o circunstancia que agrave el riesgo cubierto por la presente póliza, y sean de tal magnitud que, si son conocidas por RIMAC al momento de suscribir el presente Certificado de Seguro, éste no lo emitiría o lo haría bajo otras consideraciones.

DERECHO DE RESOLVER LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Cuando así lo decidas y sin necesidad de una justificación. Para ello debes enviar una comunicación escrita a RIMAC o solicitarlo por cualquiera de los medios que usaste para contratar la Póliza de Seguro. Ante tu solicitud, se considerará resuelta de manera automática.

RIMAC tiene derecho a conservar y/o cobrar las primas por el período de vigencia transcurrido. En el caso que se hayan pagado primas por adelantado, tendrás derecho a que se te reembolse la prima por el período de vigencia que no ha transcurrido. Este reembolso se realizará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha en que solicitaste la resolución de la Póliza.

EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

Si transcurren 90 días desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima, esta Póliza de Seguro quedará extinguida. RIMAC conservará las primas correspondientes al período efectivamente cubierto. A partir de la fecha en que se produzca la extinción, RIMAC queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO:

Paso 1: Dar aviso a RIMAC
Dar aviso dentro de los 07 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

Paso 2: Solicitar la Cobertura de fallecimiento
Para ello se deberán entregar a RIMAC o a las oficinas de la Entidad Financiera que otorgó el crédito o del Comercializador:

Para la cobertura de Fallecimiento:

- Copia Certificada de la Partida de defunción expedida por RENIEC.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).
- Copia simple del documento de identidad (DNI) del ASEGURADO fallecido (en caso se cuente con dicho documento).
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada por la institución de salud encargada de tratar la enfermedad que causó el fallecimiento, del ASEGURADO, de corresponder.
- Estado de cuenta, a la fecha del siniestro, del préstamo o deuda con la Entidad Financiera en caso ésta sea beneficiaria.

En caso de fallecimiento por accidente se deberá presentar además:

- Original o Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, diligencias fiscales, según corresponda, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Examen toxicológico, con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.

Para la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por enfermedad

Para solicitar la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por enfermedad, el ASEGURADO deberá presentar:

- Copia simple del documento Oficial de identidad del ASEGURADO
- Copia fedateada y foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO.
- Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Dictamen de Invalidez emitido por la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades de Essalud o el Ministerio de Salud (MINSA) o Comisión Médica de las EPS o la Comisión Médica del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición. Dicho dictamen debe precisar necesariamente el grado de invalidez representado en porcentaje (igual o superior al 66%), así como también, el Dictamen debe precisar la naturaleza de dicha invalidez y la fecha de ocurrencia, conforme a las disposiciones contenidas en la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.
- Copia simple del Estado de cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro.

Para efectos de la evaluación de la documentación presentada, el ASEGURADO declara que se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite RIMAC, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso, y a la vez 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.

Si el ASEGURADO no estuviese conforme con la decisión de RIMAC, podrá presentar un reclamo ante RIMAC de conformidad con la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios, o recurrir al mecanismo de solución de controversias que corresponda. En este caso, en caso de reclamo a RIMAC, la invalidez será evaluada por una junta médica compuesta por tres médicos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por RIMAC, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en este documento y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según la Resolución Nº 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al ASEGURADO a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el ASEGURADO y RIMAC.

Para la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por accidente.

Para solicitar la cobertura de Indemnización por Invalidez total y permanente por accidente, el ASEGURADO deberá presentar:

- Copia simple de su Documento Oficial de identidad.
- Copia Certificada del Parte Policial o Atestado policial completo, en caso de haberse realizado.
- Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico realizado al ASEGURADO, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, de la Comisión Médica de las EPS, o expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP o COMEC) que incluyan los antecedentes y documentos que respalden dicha condición.
- Original o Copia Certificada del Examen toxicológico y/o de alcoholemia, en caso de haberse realizado.
- Estado de cuenta del préstamo con la Entidad Financiera, a la fecha del siniestro.

Para la cobertura de Devolución de Primas por Sobrevivencia del Asegurado

Para atender la solicitud de la cobertura de Sobrevivencia se deberá entregar a la Aseguradora los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

a) Solicitud de Cobertura de Sobrevivencia (formato proporcionado por RIMAC) debidamente firmada por el Asegurado.
b) Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
c) Copia simple del cronograma de pagos del crédito otorgado por EL CONTRATANTE al Asegurado.

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
- Los documentos serán entregados en las Plataformas de RIMAC descritas en el Resumen de la Póliza de Seguro, o en las oficinas de la Entidad Financiera que le otorgó el crédito, o en las oficinas del Comercializador
- 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.

Paso3: El pago de la Indemnización

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya entregado toda la documentación y requisitos exigidos en el Paso 2 precedente para la cobertura solicitada 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 de 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).

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.

Si transcurre el plazo descrito en el primer párrafo precedente y RIMAC no se ha pronunciado respecto del siniestro, se entiende que este ha sido consentido.

RIMAC pagará la indemnización dentro de los 30 días siguientes de haber consentido o aceptado la cobertura.

LUGARES AUTORIZADOS POR RIMAC PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO en las oficinas del CONTRATANTE, a nivel nacional.

Adicionalmente, podrá presentarse a RIMAC en los Centros de Atención de Cliente:
Oficina Principal: Calle El Parque 149 Interior Piso 2, San Isidro, Lima / Lima: Av. Paseo de la República 3082, San Isidro. Av. Comandante Espinar 689, Miraflores. Telf. 411-3000 / **Arequipa:** Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700 / **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 / **Piura:** Calle Libertad 450. Telf. (073)-284900.

Las solicitudes de cobertura presentadas al CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR del seguro, de corresponder, tienen los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a RIMAC.

MEDIOS HABILITADOS POR RIMAC PARA PRESENTAR RECLAMOS

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

Verbal: Presencial o vía telefónica a través de los Centros 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) 411-1111
Correo Electrónico: reclamos@rimac.com.pe
Página Web: www.rimac.com

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado: www.defaseg.com.pe Lima:(01) 421-0614 Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima.
Indecopi: www.indecopi.gob.pe Lima: (01) 224-7777 Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040 SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima. SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.
Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS): www.sbs.gob.pe LIMA: Los Laureles 214, San Isidro Teléfono (511) 630-9000 | Fax: (511) 630-9239 AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau. Consultas y Denuncias: (511) 630-9000 | 200-1930.

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 él 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.
- El Asegurado autoriza a la Entidad Financiera, el envío/entrega de la Solicitud Certificado, Póliza o cualquier otro documento o información relacionada a este Contrato de Seguro, de manera física o electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento.
- A la firma de este documento (Solicitud Certificado), el Asegurado declara haber recibido el Certificado de Seguro, toda vez que, la aceptación de la solicitud del seguro se evidencia con la emisión de esta Solicitud Certificado de Seguro, la que deberá efectuarse dentro del plazo de quince (15) días calendario de presentada la mencionada solicitud del seguro si no media rechazo previo.

- 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.
- 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 N° 3274-2017.
- Las comunicaciones cursadas por los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a RIMAC.
- Los pagos efectuados por los Contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a RIMAC.
- RIMAC, a través de su portal web, pone a disposición del Contratante y Asegurado la totalidad de las condiciones de 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 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, mediante la firma del presente documento, manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la SOLICITUD CERTIFICADO, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento. RIMAC remitirá comunicaciones escritas al domicilio del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en caso no se consigne una dirección electrónica, o, a decisión expresa de RIMAC, en forma adicional a la comunicación o en caso la normatividad vigente lo exija. 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 411-1111. 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 del Portal Web 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 contraseña de Banca por Internet y/o cajeros automáticos (ATM) con su tarjeta y clave de tarjeta.

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 el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el "Reglamento"), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los "Datos Personales"), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web www.rimac.com, sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales. Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Calle Begonias N° 540, San Isidro, Lima, estando además inscrito en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N° 1637. Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, enviando una comunicación al correo electrónico atencionalcliente@rimac.com.pe. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

CONTRATACIÓN POR CANALES DIGITALES

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

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

Lugar y fecha: _____, ____ de _____ de _____

GIOVANNI SCARSI NUÑEZ
Vicepresidente
División Seguros y Personales
Rimac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO TITULAR 1	**ASEGURADO TITULAR 2**