BANCO GNB

RIMAC Seguros

CONDICIONADO PARTICULAR DE SEGURO DE DESGRAVAMEN PRESTAMO CONVENIO FF.AA Y POLICIALES

- Póliza Matriz : Soles N°0608-232241 / Dólares: 0608-232242

COMPAÑÍA DE SEGUROS

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS con RUC N° 20100041953, teléfono 411-3000 y fax 421-0555; con domicilio en Las Begonias N° 475-Piso 2, San Isidro, a quien en adelante se le denominará LA COMPAÑÍA.

CONTRATANTE Y BENEFICIARIO DEL ASEGURADO

BANCO GNB PERÚ S.A.; con RUC 20513074370, teléfono 616-3000 y domicilio Jr. Carabaya 891, Lima; quien mantiene una relación crediticia con el ASEGURADO. Cuando corresponda, se le denominará BENEFICIARIO.

CONTRATANTE Y ASEGURADO:

Personas naturales y/o Representantes Legales de personas jurídicas de derecho privado (EIRL), que sean clientes de BANCO GNB PERÚ S.A., que tengan operaciones activas, mayores de edad y que se encuentren en buenas condiciones de salud; cuyos datos se encuentran en el presente formato, a quien en adelante se le denominará el ASEGURADO.
Declaro tener pleno conocimiento, y doy conformidad de las condiciones estipuladas en las cinco páginas del presente condicionado.

DATOS DEL ASEGURADO

Marcar con un aspa la alternativa que describa la ocupación laboral del cónyuge del ASEGURADO:

Alternativa I: Cónyuge no perteneciente a Fuerzas Armadas o Policiales

Alternativa II: Cónyuge perteneciente a Fuerzas Armadas o Policiales

	Datos del Asegurado	Datos del Cónyuge
Nombre y apellido:		
DNI:		
Profesión u ocupación:		
Teléfono:		
Domicilio:		
Firma:		

*Consignar el Nombre y Apellidos en imprenta y letra clara.

Fecha de Solicitud ___/___/___

Rodrigo González Muñoz
Vicepresidente
División Seguros Personales
RIMAC SEGUROS

COBERTURA DEL SEGURO

VIGENCIA DEL SEGURO

Todo el periodo del Crédito, siendo requisito que el ASEGURADO se encuentre en todo momento al día en sus pagos y que BANCO GNB PERÚ S.A lo haya declarado a LA COMPAÑÍA dentro de los plazos y medios establecidos.

FECHA DE INICIO

Fecha de Desembolso del Crédito.

FECHA DE TÉRMINO

Fecha de cancelación del Crédito.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO

Cancelación de la suma asegurada en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos por la póliza, siempre y cuando la cobertura se encuentre vigente a la fecha de producirse un eventual siniestro.

SUMA ASEGURADA

Saldo insoluto de la deuda, sin considerar intereses ni moras al momento del fallecimiento o invalidez, hasta el límite máximo indemnizable por ASEGURADO. En el caso de Invalidez total y permanente por accidente o enfermedad se considerará como suma asegurada el Saldo Insoluto del Crédito que tenga el ASEGURADO en BANCO GNB PERÚ S.A. a la fecha de emisión del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitido por MINSA, ESSALUD o EPS.

LÍMITES ASEGURADOS

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente definida en los términos de la Póliza por accidente o enfermedad del ASEGURADO, durante la vigencia establecida, LA COMPAÑÍA pagará a BANCO GNB PERÚ S.A., los saldos del capital insoluto de la deuda que el ASEGURADO tuviera con BANCO GNB PERÚ S.A. al momento de la ocurrencia y hasta el límite máximo indemnizable sin incluir intereses, gastos, moras o cualquier otro concepto cobrado por BANCO GNB PERÚ S.A.

Para las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, el límite máximo a asegurar será de US$ 100,000 (Cien mil y 00/100 dólares americanos) por ASEGURADO o su equivalente en moneda nacional al tipo de cambio venta promedio ponderado publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP en el Diario El Peruano. Este monto corresponde al total de créditos que el ASEGURADO tuviese con BANCO GNB PERÚ S.A.

En caso de siniestro de un ASEGURADO con deuda contraída con BANCO GNB PERÚ S.A. y que mantiene una o más líneas de crédito o créditos, todos asegurados bajo la Póliza de Desgravamen, sólo se indemnizará hasta US$ 100,000 (Cien mil y 00/100 dólares americanos) por todas las líneas de crédito, independientemente del número de créditos que mantenga el ASEGURADO.

Los créditos vigentes refinanciados, tendrán continuidad de cobertura sin requerir nueva Declaratorias Personales de Salud o exámenes médicos, siempre que exista continuidad en el pago y que no exceda el 15% del capital original.

RIESGOS CUBIERTOS

Muerte Natural, Muerte Accidental, Invalidez Total y/o Permanente por Accidente y/o Enfermedad.

EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento o invalidez del(os) ASEGURADO(s) ocurra en las siguientes circunstancias:
a) Cuando participen como conductores o acompañantes, en carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, o en carreras de entrenamiento.
b) Cuando viajen en algún medio de transporte aéreo particular, no comercial.
c) Cuando el deceso sobrevenga por consecuencia directa de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, estando el ASEGURADO en campaña, así como por intervención en duelo concertado y en viajes u operaciones submarinas.
d) Cuando sea resultado de suicidio o intento de suicidio, no obstante, LA COMPAÑIA pagará el capital asegurado a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido un (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de contratación del Seguro, desde su rehabilitación o desde el aumento de capital asegurado.
e) Cuando el fallecimiento sea consecuencia de intervención directa o indirecta del ASEGURADO en actos delictuosos, subversivos y terroristas. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice por un Beneficiario o quien pudiera reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
f) Como consecuencia de fisión o fusión nuclear o radioactividad, sean en forma directa o indirecta.
g) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
h) Fallecimiento o Invalidez como consecuencia de enfermedades o accidentes graves y/o crónicas preexistentes a la contratación de la Póliza de Seguro de Desgravamen.
i) Los accidentes o fallecimiento que se produzcan en situación de embriaguez o mientras el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de drogas o en estado de sonambulismo.

DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA:
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. Es obligación del ASEGURADO declarar las preexistencias.

EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Y POR ENFERMEDAD:
a) Abuso de alcohol o de drogas.

b) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
c) A consecuencia de los riesgos comprendidos en el Condicionado de esta Póliza referidos a “Exclusiones”.

EDAD

LIMITE DE EDAD:
Para coberturas de muerte:
- 74 años y 364 días como edad máxima para ingresar al seguro.
- 79 años y 364 días como edad máxima de permanencia en el seguro.

Para las coberturas de Invalidez:
- 64 años y 364 días como edad máxima de permanencia.
  - De 65 a 69 años y 364 días: Límite máximo indemnizable US$ 50,000.
  - De 70 a 79 años y 364 días: Límite máximo indemnizable US$ 15,000.

Se deja establecido que si en cualquier momento el ASEGURADO hubiera excedido los límites de edad establecidos, se dará por concluido la cobertura respectiva quedando LA COMPAÑÍA obligada únicamente a reintegrar las primas pagadas luego de dichos límites, aun cuando dicha inexactitud se descubra después del Fallecimiento o Invalidez del ASEGURADO.

En caso el ASEGURADO no calificara como riesgo estándar para el presente seguro de desgravamen, según los parámetros de afiliación establecidos por LA COMPAÑÍA, este será incluido en el presente seguro de desgravamen previa autorización de LA COMPAÑÍA y con un incremento de hasta 150% en la tasa de seguro de desgravamen respecto a la que figura en el tarifario vigente de BANCO GNB PERÚ S.A. En caso de siniestro, BANCO GNB PERÚ S.A. deberá adjuntar la comunicación de LA COMPAÑÍA donde se acepta expresamente al ASEGURADO con un recargo en la tasa vigente.

MONTO DE LA PRIMA DEL SEGURO

Conforme a lo indicado en el respectivo cronograma de pagos.

MONEDA

Dólares Americanos o Nuevos Soles según como corresponda al Crédito.

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Pagada mensualmente por el ASEGURADO a través de BANCO GNB PERÚ S.A.

DEDUCIBLES Y FRANQUICIAS

Al presente seguro de desgravamen no aplican deducibles, franquicias y similares a cargo del ASEGURADO.

FORMA DE CÁLCULO DE LA PRIMA

Tasa neta mensual establecida en las condiciones particulares de la Póliza aplicada sobre el saldo insoluto de la deuda.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro, a decisión expresa de la COMPAÑÍA, podrá quedar resuelto perdiendo el ASEGURADO todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que se incurran las siguientes causales:
a) Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas.
b) Si las pérdidas o daños o gastos del siniestro fueran causados por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa grave del ASEGURADO y/o de los BENEFICIARIOS del ASEGURADO.
c) Una agravación sustancial del estado del riesgo, no declarada oportunamente por el ASEGURADO.
d) El incumplimiento de las obligaciones y cargas del CONTRATANTE y/o ASEGURADO previstas en la Póliza.
e) Por mala fe probada en la presentación de cualquier reclamo para ser cubierto bajo el seguro materia del presente contrato.
f) Por falta de pago de la prima.
g) A partir del aniversario del seguro que siga a la fecha en que el ASEGURADO cumpla la edad límite de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Desgravamen.

Asimismo, tanto el ASEGURADO y/o BANCO GNB PERÚ S.A. o LA COMPAÑÍA podrán resolver sin expresión de causa el presente contrato, mediante comunicación escrita simple que se cursará con no menos de treinta (30) días naturales de anticipación. La resolución no afecta los derechos devengados a favor del ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza.

ATENCIÓN AL CLIENTE

La ubicación y teléfono del Servicio de Atención al Usuario de LA COMPAÑÍA es: Av. Las Begonias 475 Piso 2, San Isidro. Lima.
www.rimac.com Telf: 411 3000 (Anexo 3)

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El ASEGURADO también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la "Defensoría del Asegurado", ubicada en calle Arias Araguez N°146 San Antonio, Miraflores, cuyo teléfono es 446-9158 y página web www.defaseg.com.pe

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS

Se deberá comunicar la ocurrencia del siniestro a BANCO GNB PERÚ S.A. El plazo para el reclamo de siniestros podrá ser realizado como mínimo dentro de treinta (30) días de la ocurrencia del mismo, sin embargo; el plazo máximo para la presentación de los reclamos estará sujeto a lo establecido por la ley.
LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir al o los Beneficiario(s) cualquier documento o información adicional en original o copia legalizada, en caso las circunstancias específicas así lo ameriten.
La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostrare la imposibilidad de cumplir, hace perder todo derecho a la indemnización, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este Seguro, no pudiendo en caso alguno el Asegurado o sus Beneficiarios, alegar como excusa del incumplimiento, olvido o error de la existencia de la Póliza o del desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.

En caso de siniestros en el extranjero:
Los documentos deberán estar legalizados por el Consulado Peruano del país donde ocurrió el siniestro (fallecimiento o invalidez total y permanente) y posteriormente legalizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú. Asimismo los documentos de estar en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial, actualizados y visados por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

Documentos por presentar en caso de siniestro.

Muerte Natural:

Para cúmulos menores o iguales a US$3,000 o S/.9,000

- Copia del documento de identidad del ASEGURADO.
- Certificado de Defunción, en original ó copia certificada.
- Acta ó Partida de Defunción, en original ó copia certificada.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.

Adicionalmente, para cúmulos mayores a US$3,000 o S/.9,000

- Historia Clínica foliada y fedateada del ASEGURADO.
- Informes Médicos adicionales y/o ampliatorios a requerimiento de la Compañía.

Muerte Accidental:

Para cúmulos menores o iguales a US$3,000 o S/.9,000

- Los indicados para Muerte Natural.

Adicionalmente, para cúmulos mayores a US$3,000 o S/.9,000

- Copia del parte y atestado policial.
- Certificado y protocolo de necropsia, de haberse realizado.
- Resultado de examen toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado.
- Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.

Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Para cúmulos menores o iguales a US$3,000 o S/.9,000

- Copia del documento de identidad del ASEGURADO.
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitido por MINSA, ESSALUD o EPS.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.

Adicionalmente, para cúmulos mayores a US$3,000 o S/.9,000

- Copia del parte y atestado policial.
- Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.
- Resultado de examen toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

Para cúmulos menores o iguales a US$3,000 o S/.9,000

• Los indicados para Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Adicionalmente, para cúmulos mayores a US$3,000 o S/.9,000

• Historia Clínica Foliada y Fedateada (en caso de que el Formato de Declaración Médica no fuese suficiente).

IMPORTANTE

BANCO GNB PERÚ S.A. con R.U.C. N° 20513074370, con domicilio en Jr. Carabaya 891, Lima. Teléfono 616 3000, es el CONTRATANTE del presente seguro.

Esta modalidad de venta de seguros no configura una asesoría para su contratación.

LA COMPAÑÍA, empresa distinta a BANCO GNB PERÚ S.A. es responsable frente al contratante y/o ASEGURADO de las coberturas contratadas y de todos lo errores u omisiones en que incurra BANCO GNB PERÚ S.A. con motivo de la comercialización del seguro.

LA COMPAÑÍA es la única y exclusiva responsable por el cumplimiento del íntegro de las estipulaciones contenidas en la póliza matriz del presente certificado (en adelante la "Póliza"). En este sentido BANCO GNB PERÚ S.A. así como las empresas de su grupo, no asumirán conmpromiso alguno frente a ninguna persona por cualquier controversia y/o reclamo y/o queja y/o denuncia y/o demanda que pudiera surgir con respecto a los derechos, obligaciones y/o servicios emanados de la respectiva Póliza.

La firma del presente documento significa que LA COMPAÑÍA por medio de BANCO GNB PERÚ S.A. ha hecho entrega del presente Condicionado Particular dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente.

El ASEGURADO declara que antes de aceptar este Certificado ha tomado conocimiento directo de todos los artículos de las Condiciones Generales de la presente Póliza, a cuyas estipulaciones queda consentido el presente contrato de acuerdo con el artículo 380 del Código de Comercio.

La entrega del presente Condicionado Particular implica la aceptación del riesgo asegurado por parte de LA COMPAÑÍA en los términos y condiciones de la Póliza.

La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las condiciones de la Póliza que obra en poder de BANCO GNB PERÚ S.A. EL ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza a BANCO GNB PERÚ S.A., la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.

Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO a BANCO GNB PERÚ S.A. por aspectos relacionados de la Póliza, tendrán los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos realizados por EL ASEGURADO a BANCO GNB PERÚ S.A. se consideran abonados a LA COMPAÑÍA.

Una vez indemnizada cualquiera de las coberturas, LA COMPAÑÍA queda liberada de cualquier tipo de responsabilidad respecto de la Póliza.

COBERTURA SUJETA A LA ACTIVACIÓN DEL PRÉSTAMO Y PAGO DE LAS PRIMAS CORRESPONDIENTES MATERIA DE LA PRESENTE OPERACIÓN

EL CONTRANTE deja constancia que toda información brindada al ASEGURADO que sea de utilidad para la contratación del Seguro de Desgravamen materia del presente documento, sea esta proporcionada mediante cualquier tipo de documentación referida a la Dotación de Seguros en sí misma, no constituye la prestación de un Servicio de Asesoría. EL ASEGURADO firma el presente Condicionado Particular en señal de haber tomado conocimiento de las Condiciones Generales de la presente Póliza. La firma del presente documento significa que LA COMPAÑÍA por medio de EL CONTRATANTE ha hecho entrega del presente Condicionado Particular dentro de los plazo establecidos por la normativa vigente. La entrega del presente Condicionado Particular implica la aceptación del riesgo asegurado por parte de la COMPAÑÍA en los términos y condiciones de la Póliza. Declaro tener pleno conocimiento, y doy conformidad de las condiciones estipuladas en el presente Condicionado Particular.