

**SOLICITUD Y CERTIFICADO DE AFILIACION
DE SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL**

FECHA DE SOLICITUD

CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN

Préstamo Personal:	Nuevos Soles: Póliza N° 224873 / Dólares: Póliza N° 224875.
Préstamo Hipotecario:	Nuevos Soles: Póliza N°226324 / Dólares: Póliza N° 226325.
Préstamo Vehicular:	Nuevos Soles: Póliza N°232009 / Dólares: Póliza N° 232011.
Préstamo Convenio:	Nuevos Soles: Póliza N°226320 / Dólares: Póliza N° 226321.

DATOS DE LA ASEGURADORA

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, web www.rimac.com , a quien en adelante se le denominará LA ASEGURADORA.

DATOS DEL COMERCIALIZADOR Y BENEFICIARIO

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

DATOS DEL ASEGURADO Y CONTRATANTE

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombre:			Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo de Documento: D.N.I	C.E.	C.F.P.	C.F.A RUC N°
Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Dirección:		Distrito:	
Provincia:	Departamento:		Teléfono:
Celular:	Provincia:		Departamento:
Profesión:			Ocupación:

DATOS DEL CÓNYUGE (SOLO SI FUERA MANCOMUNADO)

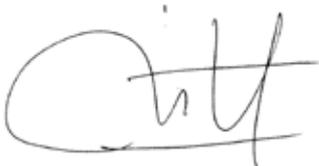
Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombre:			Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo de Documento: D.N.I	C.E.	C.F.P.	C.F.A RUC N°
Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Profesión:			Ocupación:

DATOS DEL PRÉSTAMO

Moneda	Soles <input type="checkbox"/> Dolares <input type="checkbox"/>	Importe de Préstamo <input type="checkbox"/>	Tipo de préstamo <input type="checkbox"/>
Meses de Préstamo		Nombre de funcionario	

• **Otorgo mi consentimiento 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: SI NO**

• La ASEGURADORA, a través de su portal web, pone a disposición del CONTRATANTE y ASEGURADO la totalidad de las condiciones de esta Póliza. Por lo que el ASEGURADO firma la presente Solicitud / Certificado, el mismo que consta de nueve (9) caras, en señal de haber tomado conocimiento, antes de la misma, de la totalidad de las condiciones de esta Póliza, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP y del portal web de la ASEGURADORA, encontrándose conforme con dichas con Lugar y fecha de emisión: Lima, ____ de _____ de ____ .



RODRIGO GONZALEZ MUÑOZ Vicepresidente División Seguros Personales	Contratante	Asegurado (En caso de ser una persona distinta del Contratante)
--	--------------------	---

COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA

Coberturas Principales	Suma Asegurada
Muerte Natural	Saldo insoluto de la deuda, sin considerar intereses ni moras al momento del fallecimiento o invalidez, hasta el limite maximo indemnizable por ASEGURADO. En el caso de Invalidez total y permanente por accidente o enfermedad, se considerara como suma asegurada el Saldo Insoluto del Credito que tenga el Asegurado en el BANCO GNB PERU S.A. a la fecha de emision del Dcitamen de Invalidez de la Comision Medica Evaluadora de Incapacidades emitido por MINSA , ESSALUD o EPS.
Muerte Accidental	Limite Maximo a asegurar para las Coberturas de Muerte: Para personas entre los 18 años hasta 74 años y 364 dias: US\$ 800,000 o S/. 2,400,000.
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Limite Maximo a asegurar para las Coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente y por Enfermedad: Para personas entre los 18 años hasta 64 años y 364 dias: US\$800,000 o S/. 2,400,000. De 65 a 69 años y 364 dias: US\$50,000 o S/. 150,000. De 70 a 79 años y 364 dias: US\$ 15,000 o S/.45,000. Los montos indicados corresponden al total de creditos que el ASEGURADO tuviese con el BANCO GNB PERU S.A. Los creditos vigentes refinanciados, tendran continuidad de coberturas sin requerir nueva Declaratorias Personales de Salud o exámenes medicos, siempre que exista continuidad en el pago y que exceda el 15% del capital original.
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	
Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
Indemnización adicional por Renta Estudiantil en caso de fallecimiento de Titular y/o Cónyuge, siempre que el desgravamen sea mancomunado	Esta cobertura estará sujeta a que el ASEGURADO cuente al menos con un hijo menor a 25 años. La suma asegurada es un total de US\$ 3,500 independientemente del número de hijos menores a 25 años que existieran al momento del siniestro.
Indemnización adicional por muerte del Asegurado en accidente aéreo	La suma asegurada es US\$ 15,000. Los Beneficiarios de esta cobertura son los Herederos Legales del Asegurado.
Desamparo Familiar Súbito	La suma asegurada es US\$ 25,000. Los Beneficiarios de esta cobertura son los Herederos Legales del Asegurado.
Prestación extraordinaria para menores de edad	Si a consecuencia de un mismo accidente de tránsito falleciera el Asegurado y su Cónyuge, se indemnizará con una Suma Asegurada total de US\$ 3,000. Los Beneficiarios serán los hijos menores de 18 años, o mayores de edad discapacitados. La Suma Asegurada total será de US\$ 3,000, independientemente del número de Beneficiarios
Anticipo por Enfermedad en Estado Terminal	Aplica para prestatarios independientes. Comprobada una enfermedad en estado terminal que impida el cumplimiento de la obligación crediticia, se aplicará en descuento del saldo insoluto. El Beneficiario de esta cobertura es el BANCO GNB PERÚ S.A. por el saldo insoluto del crédito al momento del diagnóstico de la enfermedad en estado terminal del Asegurado. El diagnóstico del estado terminal de la enfermedad será revisado por una junta de médicos colegiados, integrada por el médico tratante del Asegurado, un médico representante de LA COMPAÑÍA y un tercero designado por ambos médicos previamente mencionados. LA COMPAÑÍA procederá con el pago de la indemnización como parte de la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad. Se define Enfermedad en Estado Terminal a aquella en que la expectativa de vida del asegurado sea menor a 6 meses en el momento del diagnóstico.

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Mensualmente todas las primas deberán pagarse por intermedio del Comercializador a la ASEGURADORA, sin necesidad de requerimiento previo.

INFORMACION ADICIONAL

- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante/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 Contratante y/o 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 Contratante y/o 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 Contratante y/o Asegurado reconocen que la presente Solicitud de Seguro, incluyendo la Declaración Personal de Salud en caso corresponda, es válida hasta por 45 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.

Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales

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 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.

- En caso el Contratante y/o Asegurado no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.
- El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.
- Esta modalidad de venta de Seguros no configura una asesoría para su contratación.
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 a la Póliza, tendrán los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA. Los pagos efectuados por el ASEGURADO a BANCO GNB PERÚ S.A., se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.

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

*La cobertura del Seguro de Desgravamen para personas jurídicas de derecho privado (EIRL), aplica sólo para el caso de préstamos hipotecarios.

Las coberturas del Seguro son responsabilidad de RIMAC SEGUROS, empresa distinta a BANCO GNB PERÚ S.A.

COBERTURA SUJETA A LA UTILIZACIÓN DE LA LÍNEA DE CRÉDITO MATERIA DE LA PRESENTE OPERACIÓN.

EL ASEGURADO FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO EN SEÑAL DE HABER TOMADO CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES GENERALES, CONDICIONES PARTICULARES, RESUMEN Y CERTIFICADO DEL SEGURO.

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

- (i) La Aseguradora es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- (ii) La Aseguradora es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de 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 Contratantes, Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a La Aseguradora.
- (iv) Los pagos efectuados por los Contratantes del Seguro, o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a La Aseguradora.

La Aseguradora, a través de su portal web, pone a disposición del Contratante y Asegurado la totalidad de las condiciones de esta Póliza. Por lo que el Contratante/ Asegurado firma la presente Solicitud en señal de haber tomado conocimiento antes de la misma, de la totalidad de las condiciones de esta Póliza, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's y del portal web de La Aseguradora, encontrándose conforme con dichas condiciones.

ASEGURADO

Personas naturales y/o Representantes Legales de personas jurídicas de derecho privado (EIRL)*, que sean clientes de BANCO GNB PERÚ S.A. y que tengan operaciones activas, cuyos datos se encuentran al final de este formato, a quien en adelante se le denominará el ASEGURADO.

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 el 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.

EDADES LÍMITES

Podrán asegurarse bajo el presente programa, personas desde los 18 años hasta un máximo de permanencia de 79 años y 364 días y conforme a lo indicado en "Descripción del Interés asegurable" En caso el ASEGURADO no calificara como riesgo Standard para el presente Seguro de Desgravamen, según los parámetros de afiliación establecidos por LA COMPAÑÍA, éste será incluido en el presente Seguro de Desgravamen previa autorización de LA COMPAÑÍA y con un incremento del 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.

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.

PRIMA

La prima mensual del Seguro de Desgravamen será la resultante de aplicar la tasa mensual sobre el saldo deudor de cada uno de los créditos cubiertos por la Póliza. La prima neta será determinada por las declaraciones mensuales que efectúe el Contratante.

TASA	HIPOTECARIO	PRESTAMO PERSONAL	CONVENIOS	VEHICULAR
Tasa comercial Total Mensual - Titular	0.27% o	0.75% o	0.50% o	0.36% o
Tasa comercial Total Mensual - Titular y Conyuge	0.50% o	1.00% o	0.94% o	0.68% o

- El cálculo del monto que reciban los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros se realizará sobre la prima neta.
- En caso que el Contratante y/o Asegurado decida no usar corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.
- Existen productos de seguros que solamente se comercializarán a través de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros.

DETERMINACIÓN Y PARÁMETROS DE BONIFICACIÓN, PREMIOS Y OTROS BENEFICIOS A LOS CORREDORES Y/O COMERCIALIZADORES: Las bonificaciones, premios u otros beneficios que pudieran otorgarse al comercializador por la intermediación de la Póliza del SEGURO, serán determinadas en base a las condiciones comerciales pactadas.

TIPO DE CAMBIO REFERENCIAL: 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.

RIESGOS CUBIERTOS

- A. MUERTE NATURAL: Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado en el caso de muerte accidental.
- B. MUERTE ACCIDENTAL: Fin de la vida del ASEGURADO, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.
- C. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD: Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Enfermedad o Accidente, el hecho que el Asegurado antes de cumplir la edad límite de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la presente Póliza sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual que le produzca un menoscabo igual o superior al 70% de su capacidad de trabajo, siempre que tal incapacidad sea reconocida por una comisión médica conformada por tres profesionales de la medicina debidamente colegiados, cuando menos uno de ellos designado por LA ASEGURADORA, y que esta incapacidad haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de 6 meses consecutivos. Se define capacidad de trabajo, como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual este razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Esta cobertura queda sujeta a las condiciones que siguen:
- a) El Asegurado o sus representantes legales deberán denunciar por escrito a LA ASEGURADORA la existencia de la Invalidez; obligándose a suministrar las pruebas correspondientes facilitando cualesquier 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.
 - b) El dictamen de invalidez será según normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones (regulado por la resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias).
 - c) En caso de Accidente se considerará configurada la Invalidez por Accidente cuando se presenten las situaciones previstas en la siguiente Tabla:

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Lesión incurable de la médula espinal que determinase la invalidez total y permanente	100%
Pérdida total de la visión bilateral	100%
Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de los dos brazos o de ambas manos	100%
Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de las dos piernas o de ambos pies	100%
Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna	100%
Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de una mano y de un pie o de un brazo y un pie	100%

EXCLUSIONES

LA ASEGURADORA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento o invalidez del(os) ASEGURADO(s) ocurra en las siguientes circunstancias:

- a) 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.
- b) Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como pero no limitado a, 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.
- c) Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- d) 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.

- e) Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del Seguro de Desgravamen.
- f) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, tumulto popular, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- g) Como consecuencia de fisión o fusión nuclear o radioactividad, sean en forma directa o indirecta.
- h) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- i) Fallecimiento o Invalidez como consecuencia de enfermedades o accidentes graves y/o crónicas preexistentes a la contratación de la Póliza de Seguro de Desgravamen.
- j) 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".

MONTO DE LA PRIMA DEL SEGURO

Conforme a lo indicado en el respectivo cronograma de pagos.

DEDUCIBLES Y FRANQUICIAS

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

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Mensualmente todas las primas deberán pagarse por intermedio del Contratante a la ASEGURADORA, sin necesidad de requerimiento previo.

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago 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 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 convenido 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 para la atención del siniestro, descritos en el numeral siguiente.

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 el resumen del presente condicionado o certificado de seguros) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

Muerte Natural: 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 y; Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.

Adicionalmente, Historia Clínica foliada y fedateada del ASEGURADO e Informes Médicos adicionales y/o ampliatorios a requerimiento de LA ASEGURADORA

Muerte Accidental: Los indicados para Muerte Natural.

Adicionalmente, Atestado policial completo o diligencias fiscales, según corresponda; Certificado y protocolo de necropsia, de haberse realizado; Resultado de examen toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado y; Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Copia del documento de identidad del ASEGURADO; Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitido por MINSAs, SSALUD o EPS; Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.

Adicionalmente, 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: Los indicados para Invalidez Total y Permanente por Accidente

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

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.

PAGO DE SINIESTRO

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 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP. La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO 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.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicado 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 /
- 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. Victor Larco 1124. 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

MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA PARA PRESENTAR RECLAMOS

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

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

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

Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-3000

Correo Electrónico: reclamos@rimac.com.pe

Página Web: www.rimac.com

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

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