

SOLICITUD / CERTIFICADO DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES A PLAZO FIJO

PÓLIZA N°

DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO PATERNO: **APELLIDO MATERNO:**
NOMBRES:
DNI / CE: **ESTADO CIVIL:** **SEXO:**
FECHA DE NACIMIENTO: **EDAD (MÁXIMO 64 AÑOS Y 364 DÍAS):**
DIRECCIÓN: **DISTRITO:**
PROVINCIA: **DEPARTAMENTO:**
TELÉFONO FIJO: **CELULAR:**
PROFESIÓN U OCUPACIÓN: **NACIONALIDAD:**

INDIQUE TIPO DE PLAN CONTRATADO

- PLAN 1: 18 meses de cobertura. Prima S/. 277.65**
- PLAN 2: 36 meses de cobertura. Prima S/. 540.42**
- PLAN 3: 72 meses de cobertura. Prima S/.1051.09**

Los montos de Prima incluyen gastos e impuestos.

BENEFICIARIOS

Para la cobertura de Muerte Accidental, los Beneficiarios son los herederos legales del ASEGURADO. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el Beneficiario es el ASEGURADO. Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar, los Beneficiarios son los hijos menores de 18 años del ASEGURADO. En caso de requerir cambio de Beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental, se podrá solicitar a través de la central de Servicio al Cliente al 0-801-15064 ó 203-0216.

COBERTURA DEL ASEGURADO

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte Accidental	S/. 30,000
Invalidez total y permanente por accidente	S/. 30,000
Desamparo súbito familiar	S/. 60,000

VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia del Seguro se iniciará al momento del desembolso del préstamo por convenio y permanecerá por todo el periodo del tipo de plan elegido.



Rodrigo González Muñoz
Vicepresidente
División Seguros Personales
RIMAC SEGUROS

___/___/___
Fecha de Solicitud

Huella Digital

Firma del Solicitante
(Acepto las condiciones del Seguro de Accidentes Personales)

DATOS DEL VENDEDOR

NOMBRE COMPLETO: **FIRMA:**
CÓDIGO: **CANAL:**

FORMA DEL PAGO DE LA PRIMA

Las Primas de la presente Póliza (Incluidos impuestos) se cobrarán en una cuota única y al inicio de la vigencia del Seguro. No aplica devolución de Prima. No aplican para las presentes coberturas deducibles ni franquicias. Esta firma manifiesta de manera explícita y voluntaria mi intención de tomar el Seguro y financiar la Prima dentro del monto total de mi crédito por convenio, la misma que será pagada a través de BANCO GNB PERÚ S.A. Rimac Seguros y Reaseguros S.A. (En adelante la "COMPAÑÍA"). El Solicitante declara tener pleno conocimiento y otorga conformidad a las condiciones estipuladas en las 4 caras del presente Certificado.

RELACIÓN DE CLÁUSULAS ADICIONALES

1. Cláusula Adicional Cobertura Invalidez Total y Permanente por Accidente.
2. Cláusula Adicional Cobertura Desamparo Súbito Familiar.

IMPORTANTE

BANCO GNB PERÚ S.A., con RUC 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 los 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 Póliza). En este sentido BANCO GNB PERÚ S.A. así como las empresas de su grupo, no asumirán compromiso alguno frente a ninguna persona por cualquier controversia y/o reclamo y/o queja 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 Certificado 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 Certificado 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 a 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.

ATENCIÓN AL CLIENTE EN CASO DE CONSULTAS, SINIESTROS O RECLAMOS

Las consultas, siniestros y reclamos deberán presentarse llamando a la central de Servicio al Cliente, al 0-801-15064 ó 203-0216 y serán atendidas en un plazo máximo de treinta (30) días.

El plazo para que el ASEGURADO comunique la ocurrencia de un siniestro a BANCO GNB PERÚ S.A. será de quince (15) días contados a partir de la fecha en que se produjo el mismo.

El plazo establecido para la comunicación que debe realizar el ASEGURADO a BANCO GNB PERÚ S.A. podrá ampliarse en caso de que el ASEGURADO demuestre su imposibilidad de cumplir en el plazo establecido en el párrafo precedente.

Sin perjuicio de lo antes señalado, el plazo máximo para solicitar la indemnización de un siniestro conforme a los términos de la Póliza se sujetará a lo establecido por Ley.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Para solución alternativa de conflictos el ASEGURADO también cuenta con la Defensoría del Asegurado, cuyo teléfono es el 446-9158 y su página Web www.defaseg.com.pe

DEFINICIONES

Compañía de Seguros: Rimac Seguros y Reaseguros S.A. con RUC N° 20100041953, teléfono 411-3000 y fax 421-0555; con domicilio en las Begonias N° 475 Piso 2, San Isidro.

Asegurado: Personas naturales que mantengan un crédito por convenio con BANCO GNB PERÚ S.A. y que hayan pagado la Prima respectiva.

Accidente: Toda lesión corporal producida por acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza extrema que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Edad Asegurable: Desde los 18 años hasta los 64 años y 364 días, al momento de solicitar la cobertura, con un máximo de permanencia hasta las 12:00 del día en que cumplen los 70 años.

Muerte Accidental: El fallecimiento del ASEGURADO como consecuencia de una lesión corporal producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Situación del ASEGURADO en que después de haber seguido el tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta a consecuencia de un accidente presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que anulen o disminuyan su capacidad de realizar labores habituales, dando lugar a distintos grados de incapacidad.

Desamparo Súbito Familiar: Muerte accidental del ASEGURADO y su Cónyuge como consecuencia directa e inmediata de un mismo evento.

RIESGOS CUBIERTOS

Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente, Desamparo Súbito Familiar.

EXCLUSIONES

La COMPAÑÍA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento o Invalidez del ASEGURADO se deba directa, indirectamente o parcialmente a:

A) Cualquier enfermedad corporal o mental y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza de Seguro.

B) Lesiones preexistentes al momento de contratar el Seguro.

C) Los denominados «Accidentes Médicos», tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos del miocardio, trombosis y ataques epilépticos; así como los casos de negligencia médica o impericia médica.

D) Los accidentes que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentre bajo influencia de alcohol (0.5 gr/lit. a más), drogas o en estado de sonambulismo, y esta situación sea acto generador del siniestro. Para efectos de esta exclusión, se entiende que una persona se encuentra bajo la influencia del alcohol o droga si se niega a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.

E) Lesiones que el ASEGURADO sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra internacional (Con o sin declaración) o civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, terrorismo, en actos delictuosos en que el ASEGURADO participe por culpa grave propia o de sus Beneficiarios, así como en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

F) Lesiones causadas por el ASEGURADO voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas intencionalmente (Incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al ASEGURADO por los Beneficiarios de esta Póliza de Seguro.

G) Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.

H) Los accidentes que se produzcan en la práctica de deportes peligrosos. Entiéndase como actividades y deportes peligrosos: Carreras de automóviles, motocicletas y bicicletas, concursos o prácticas hípcas, alpinismo o andinismo, cacería de fieras o pesca submarina.

I) Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.

J) Conducir sin haber obtenido licencia de conducir y/o cuya clase o categoría no corresponda al vehículo siniestrado y/o esté vencida, adulterada, suspendida, cancelada o inhabilitada temporal o definitivamente y/o sin cumplir con las restricciones que consigna la misma.

K) Las consecuencias no accidentales de embarazos o partos.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO

Los causales de resolución del presente Contrato se encuentran estipuladas en los Artículos 6 y 12 del Condicionado General de la Póliza.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS

La COMPAÑÍA dará por recibido el aviso respectivo aún con posterioridad a los plazos indicados en el Condicionado General, cuando se pruebe fehacientemente la imposibilidad de haber efectuado dicho aviso dentro de tales plazos. Asimismo, deberán presentarse a la COMPAÑÍA, los siguientes documentos en original o copia legalizada:

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA:**1.- Muerte Accidental**

- a) Acta de defunción del ASEGURADO.
- b) Certificado de defunción del ASEGURADO.
- c) DNI del ASEGURADO.
- d) Copia de la Póliza de Seguro y/o Certificado.
- e) DNI de los Beneficiarios mayores de edad y copia certificada de la partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
- f) Certificado domiciliario de los Beneficiarios menores de edad.
- g) En caso la Póliza de Seguro detalle a "Herederos legales" como Beneficiarios. Adjuntar Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.
- h) Atestado policial completo.
- i) Protocolo de necropsia.
- j) Resultado de Análisis Toxicológico y Alcoholemia, de haberse realizado.
- k) Resultado del dosaje etílico (De haberse realizado), sólo en caso de accidente de tránsito.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir al(los) Beneficiario(s) cualquier documento o información adicional en original o copia legalizada, en caso las circunstancias específicas así lo ameriten.

2.- Desamparo Familiar Súbito

Además de lo solicitado en el primer punto por la Cobertura de Muerte Accidental, agregar los siguientes documentos:

- Partida o Acta de defunción del Cónyuge.
- Certificado de defunción del Cónyuge.

3.-En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente

El(los) Beneficiario(s), o la persona que esté actuando en su representación deberá presentar el reclamo por escrito en las oficinas del CONTRATANTE mediante carta simple adjuntando los siguientes documentos para cada persona accidentada:

- a. Documento oficial de identidad del ASEGURADO.
- b. Copia certificada del parte y del atestado policial.
- c. Resultado de Examen Toxicológico y Alcoholemia, de haberse realizado.
- d. Certificado de Invalidez Permanente Total o Parcial a causa del accidente expedido por la autoridad competente (ESSALUD, AFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación) o Junta de Médicos.
- e. Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.
- f. Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica evaluadora de incapacidades emitido por MINSA, ESSALUD o AFP.
- g. Hoja Clínica foliada y fedateada del ASEGURADO.