

**SEGURO DE DESGRAVAMEN BBVA CONSUMER
FINANCE ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y
MICRO EMPRESA – EDPYME**

RIMAC
Seguros

Póliza de Seguro Matriz N° 245890 Nuevos Soles

Póliza de Seguro Matriz N° 245891 Dólares Americanos

DATOS DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA Y DE LA PÓLIZA DE SEGURO

FECHA DE EMISION: __/__/__ Hora: __:__ CODIGO SBS SOLES: VI0507410063
VIGENCIA DESDE: __/__/__ Hora: __:__ CODIGO SBS DOLARES: VI0507420064
VIGENCIA HASTA: __/__/__ Hora: __:__
ASEGURADORA: RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (LA COMPAÑÍA)
RUC: 20100041953
DIRECCIÓN: LAS BEGONIAS No. 475, PISO 3 DISTRITO : SAN ISIDRO
PROVINCIA: LIMA DEPARTAMENTO : LIMA
TELEFONO: 4113000 FAX : 4210555

DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

RAZÓN SOCIAL: BBVA CONSUMER FINANCE ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y
MICRO EMPRESA – EDPYME.
RUC: 20553849161
DIRECCIÓN: AV. REPÚBLICA DE PANAMÁ 3055 PISO 12 DISTRITO: SAN ISIDRO
PROVINCIA: LIMA DEPARTAMENTO: LIMA
TELEFONO: 390-2310

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: LUGAR DE NACIMIENTO:
DOMICILIO: NUMERO DE TELEFONO:
FECHA DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD:
OCUPACION, OFICIO O PROFESION:

Rímac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la Compañía, identificada con RUC N°20100041953, certifica que de acuerdo a las condiciones generales y particulares de la Póliza de Seguro Matriz indicada en el encabezado del presente certificado, en adelante la Póliza, brinda amparo al (los) titular (es) de los préstamos vigentes, en adelante el Asegurado, contratados con **BBVA CONSUMER FINANCE ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA – EDPYME** en adelante el Contratante, identificado con RUC N° 20553849161, por los riesgos y sumas aseguradas materia del Seguro de Desgravamen, siempre y cuando la cobertura se encuentre vigente a la fecha de producirse un eventual siniestro cubierto por la Póliza.

BENEFICIARIO

BBVA CONSUMER FINANCE ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA – EDPYME.

**RODRIGO GONZALES
GERENTE DE DIVISIÓN
UNIDAD DE NEGOCIOS VIDA
RIMAC SEGUROS**

ASEGURADO

Fecha: ____ de ____ del 20 ____

PRIMA

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

Monto y moneda de la prima (Incluye DE): _____

DESCRIPCION DEL INTERES ASEGURADO

La Compañía se compromete a indemnizar al Contratante en caso que alguno de los Asegurados tuviera un siniestro, cubierto bajo los riesgos asegurados en la Póliza.

VALORES DECLARADOS Y SUMAS ASEGURADAS

La suma asegurada será equivalente al saldo insoluto del crédito que el Asegurado adeude al Contratante, a la fecha del fallecimiento y/o invalidez total y permanente, de acuerdo al cronograma de pagos preestablecidos. Todos los prestatarios, deberán llenar obligatoriamente una Declaración de Salud según lo indicado en la Cláusula de Garantía, la cual deberá ser evaluada y aprobada por la Compañía como condición previa a su inclusión como Asegurado. Adicionalmente a este requisito y dependiendo de la edad y el monto de crédito, a los prestatarios se les deberá practicar exámenes de salud.

RIESGOS CUBIERTOS

Muerte Natural, Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Invalidez Total y Permanente por Enfermedad. Las definiciones para estos son:

- a) **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado.
- b) **Invalidez Total y Permanente por Accidente y 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 COMPAÑÍA, 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.

Determinación de la invalidez: Corresponde al Asegurado dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la Compañía los antecedentes que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la Compañía podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

VIGENCIA

La vigencia del presente certificado es la misma que la del crédito, siempre que la Póliza esté vigente, ésta se encuentra sujeta al pago de las primas correspondientes en forma puntual y a que el Asegurado haya sido declarado por el Contratante. La falta de pago oportuno de la prima, así como el crédito, implica el fin de vigencia del certificado, quedando la Compañía liberada de toda obligación de cobertura respecto del mismo.

La cobertura del seguro de Desgravamen se activa desde:

- Fecha de inicio: Desde el día del desembolso que hace el Contratante al Asegurado.
- El Seguro de Desgravamen que otorga el Contratante se renueva anualmente pudiendo variar las condiciones contratadas, el Asegurado será informado de las modificaciones realizadas mediante avisos publicados en las agencias y oficinas especiales del Contratante. Dichas modificaciones entrarán en vigencia conforme a la legislación vigente, aceptando el Asegurado el sistema de información, y que dicho mecanismo es suficiente para tomar conocimiento de las modificaciones efectuadas.

DEFINICIONES

ASEGURADO: Personas naturales que sean clientes de la entidad Financiera que tengan operaciones activas, mayores de edad y que se encuentren en buenas condiciones de salud.

CONTRATANTE: **BBVA CONSUMER FINANCE ENTIDAD DE DESARROLLO A LA PEQUEÑA Y MICRO EMPRESA – EDPYME.**

DEPORTES O ACTIVIDADES RIESGOSAS: Cuando El ASEGURADO innecesariamente pone en riesgo su integridad física, más allá de toda norma de prudencia en el desarrollo de las actividades o deportes declarados en la solicitud de seguro.

DESCRIPCION DEL INTERES ASEGURADO: Los saldos insolutos que adeudan los asegurados por concepto de créditos al Contratante. (No incluye intereses de ningún tipo)

CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO

PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: No Aplica

DEDUCIBLES / FRANQUICIAS / COASEGUROS / SIMILARES (A CARGO DEL ASEGURADO):

No Aplica

PARA FALLECIMIENTO:

EDAD MINIMA DE INGRESO: 18 años.

EDAD MAXIMA DE INGRESO: 74 años, 364 días.

EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA: 79 años, 364 días.

PARA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD:

EDAD MINIMA DE INGRESO: 18 años.

EDAD MAXIMA DE INGRESO: 63 años, 364 días.

EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA: 64 años, 364 días.

LUGAR Y FORMA DE PAGO: Se cobrará mensualmente en función del saldo del principal de la deuda, la cual se incluirá dentro de la cuota del crédito.

TRIBUTOS: A cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, Beneficiario o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la COMPAÑÍA, si en este último caso la COMPAÑÍA se viera afectada por mayores costos, podrá reajustar inmediatamente el monto de las primas, sin perjuicio del derecho del ASEGURADO de requerir la resolución del Contrato de Seguro.

CLAUSULA DE GARANTIA: Toda solicitud o cúmulos de crédito, igual o superior a los US \$ 50,000 o su equivalente en moneda nacional, obliga al prestatario a llenar una declaración personal de salud (DPS). Si al momento de llenar la DPS responde con un "Si" o la proporción de peso-talla no está en los rangos indicados por la COMPAÑÍA, requerirá la aprobación de Rímac para dar cobertura. Para sumas aseguradas (o cúmulos) mayores a US\$ 60,000 se requerirá la aprobación de LA COMPAÑÍA.

EXCLUSIONES

No cubre si el fallecimiento o Invalidez del ASEGURADO es consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

- A) Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpido desde la fecha de contratación del Seguro Desgravamen.

- B) 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.
- C) Por Acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o heredero.
- 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 adquiriera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- E) 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.
- F) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos, salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.
- G) 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, salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.
- H) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)
- I) Los accidentes o fallecimientos que se produzcan en situación de embriaguez (0.5 gr/lit) o mientras el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de drogas o en estado de sonambulismo.
- J) Fallecimiento como consecuencia de enfermedades graves y/o crónicas preexistentes a la contratación de la Póliza de Seguro Desgravamen.
- K) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- L) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos, para el caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

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.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE LA POLIZA

La documentación obligatoria es:

- 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.
- Formato de la Compañía de Declaración Médica suscrita por el médico tratante.
- Informes Médicos adicionales y/o ampliatorios a requerimiento de la Compañía.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Certificado de Seguro firmado por el Asegurado.
- Historia Clínica foliada y fedateada del Asegurado.

Muerte Accidental

- 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.
- Copia del parte y atestado policial.
- Certificado y protocolo de necropsia, de haberse realizado.
- Resultado de examen toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.
- Certificado de Seguro firmado por el Asegurado.

Invalidez Total y Permanente por Accidente

- Copia del documento de identidad del ASEGURADO.
- Copia del parte y atestado policial.
- Resultado de examen toxicológico, de haberse realizado.
- Certificado de Invalidez Total y Permanente a causa de accidente, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, EPS, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación) ó junta de médicos.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.
- Resultado de examen toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado.
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitido por MINSALUD, ESSALUD o EPS.
- Certificado de Seguro firmado por el Asegurado.
- Historia Clínica foliada y fedateada del Asegurado.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

- Copia simple del DNI del Asegurado
- Certificado de Invalidez Total y Permanente a causa de enfermedad, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, AFP, Ministerio de Salud o Instituto Nacional de Rehabilitación) o junta de médicos;
- Formato de Declaración Médica de LA COMPAÑÍA suscrita por el médico tratante.
- Copia de la Historia Clínica (en caso de que el Formato de Declaración Médica no fuese suficiente).
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitido por MINSALUD, ESSALUD o EPS.
- Certificado de Seguro firmado por el Asegurado.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Historia Clínica Foliada y Fedateada del Asegurado.

NOTA: TODOS LOS DOCUMENTOS DEBERAN SER ENTREGADOS EN ORIGINAL O COPIA LEGALIZADA.

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.

ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS

La COMPAÑÍA atenderá las quejas y reclamos que se presenten, en un plazo máximo de treinta (30) días contados a partir de la presentación del reclamo por el Contratante y/o ASEGURADO a través de (i) La Plataforma de Servicio al Cliente, ubicada en la Agencia del distrito de San Borja (Av. De Las Artes Norte N° 389), (ii) Escribiendo a “atencionalcliente@rimac.com.pe” o (iii) Llamando a nuestro Teléfono de Servicio al Cliente al 411-3000.

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todo conflicto de intereses entre la Compañía y el ASEGURADO o los Beneficiarios de esta póliza será resuelto por medio de un arbitraje de derecho, cuyo tribunal estará compuesto por tres miembros designados por las partes, para lo cual cada una nombrará un árbitro y los dos así designados nombrarán al tercero, quien presidirá el Tribunal Arbitral. Dicho Tribunal Arbitral tendrá como sede la ciudad de Lima, renunciando las partes para este efecto al fuero de su domicilio. Se aplicará lo establecido en la Ley General de Arbitraje, vigente a la fecha del surgimiento de la controversia.

Sin embargo, si el (los) ASEGURADO(S) o Beneficiarios manifiesta(n) el rechazo de someter la controversia ante un Tribunal Arbitral, se someterán las partes a la jurisdicción que señale las normas generales establecidas en el Código Procesal Civil para el caso que se pretenda resolver un conflicto ante el Poder Judicial.

Asimismo, cualquier diferencia existente podrá ser sometidas al ámbito de la Defensoría del ASEGURADO, orientada a la protección de los derechos de los ASEGURADOS o Usuarios de los servicios del seguro privado, mediante la solución de controversias que se susciten entre éstos y las empresas aseguradoras, según su reglamentación interna y normativa.

Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio Miraflores, Lima – Perú

Telefax: 446-9158E-mail: info@defaseq.com.pe

Web: www.defaseq.com.pe

IMPORTANTE

El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza de seguro a la Compañía, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario de la recepción de la solicitud de seguro.

Las comunicaciones cursadas por los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios a la Entidad Financiera sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía de Seguros.

Los pagos efectuados por los Contratantes, Asegurados o terceros encargados del pago a la Entidad Financiera se considerarán abonados a la Compañía de Seguros.

El Asegurado suscribe el presente certificado, en señal de haber tomado conocimiento y aceptado las condiciones de la póliza, a cuyas estipulaciones queda sometido, de acuerdo con el artículo 380 del Código de Comercio.

La información contenida en el presente Certificado de Desgravamen es solo informativa, prevaleciendo las condiciones de la Póliza que obran en poder del Contratante.

Atención al Cliente:

- Servicio al Cliente de Rímac Seguros ubicado en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional, teléfono 411-3000 Opción 0.