

**SEGURO DE PROTECCIÓN MÚLTIPLE BBVA CONTINENTAL
(SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CNT)
CONDICIONES PARTICULARES**

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora:	RIMAC Seguros y Reaseguros	RUC:	20100041953
Dirección:	Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima	Teléfono:	411-3000
Página web:	www.rimac.com	Fax:	421-0555

Lugar y fecha de emisión: Lima, _____

Póliza N°: 9302-500002 **Código SBS:** AE0506100330. **Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.**

Vigencia del Contrato de Seguro :

Vigencia desde: ____/____/____ Hora: 12:00 m. con renovación automática.

Vigencia hasta: ____/____/____ Hora: 12:00 m. o según producto de seguro o la fecha en que el ASEGURADO alcance la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.

Coasegurador: No aplica. Porcentaje de participación: No aplica. Dirección del Coasegurador: No aplica.

DATOS DEL COMERCIALIZADOR

Código del Corredor:	No aplica	Razón social:	BBVA CONTINENTAL
RUC:	20100130204	Teléfono:	211-1000
Dirección:	Av. República de Panamá N° 3055, San Isidro		

DATOS DEL CONTRATANTE (Solo aplica Persona Natural)

Nombre:	_____		
Tipo y N° de Documento:	_____	Fecha de Nacimiento:	____/____/____
Dirección:	_____	Teléfono:	_____
Correo Electrónico:	_____		

DATOS DEL ASEGURADO (Llenar en caso el ASEGURADO sea persona distinta al CONTRATANTE)

Nombre:	_____		
Tipo y N° de Documento:	_____	Fecha de Nacimiento:	____/____/____
Dirección:	_____	Teléfono:	_____
Correo Electrónico:	_____		

DATOS DEL CÓNYUGE ASEGURADO (Solo aplica si el ASEGURADO contrata la Póliza adicionalmente para su cónyuge)

Nombre:	_____		
Tipo y N° de Documento:	_____	Fecha de Nacimiento:	____/____/____
Dirección:	_____	Teléfono:	_____
Correo Electrónico:	_____		

DATOS DEL BENEFICIARIO:

El BENEFICIARIO en la presente Póliza para las coberturas de Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente y Renta Hospitalaria por Accidente será el ASEGURADO.

El BENEFICIARIO en la presente Póliza para la cobertura de Muerte Accidental será el designado a continuación:

	*Nombre y Apellidos	*Relación con el Asegurado	*% Participación del beneficio	Tipo y N° de documento de identidad
Beneficiario 1				
Beneficiario 2				
Beneficiario 3				
Beneficiario 4				
Beneficiario 5				

En caso que los BENEFICIARIOS sean menores de edad bastará con señalar el nombre y apellidos completos. En caso que el ASEGURADO no haya designado BENEFICIARIOS, los BENEFICIARIOS serán los Herederos Legales en partes iguales.

Si se designaron varios beneficiarios, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

(*) Campos obligatorios

COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

Cobertura(s) Principal(es)	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Muerte Accidental	S/ 80,000	S/ 110,000	S/ 140,000	S/ 170,000
Invalidez Total o Parcial Permanente por Accidente	S/ 80,000	S/ 110,000	S/ 140,000	S/ 170,000

Coberturas Adicionales (en tanto se añadan a la Póliza por medio de Cláusulas Adicionales a elección del ASEGURADO):

Relación de Cláusulas Adicionales aplicables al presente seguro	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Renta hospitalaria por accidente (Cláusula Adicional de Cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente).	S/ 150	S/ 300	S/ 450	S/ 600
Asistencia Protección Múltiple (Cláusula Adicional Asistencia Protección Múltiple).	Según Cláusula Adicional adjunta.			

DEDUCIBLE / COPAGO: No aplica.

Importante: La cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente es por un máximo de 30 días al año y considera un periodo de hospitalización del ASEGURADO de mínimo 24 horas para activarla.

PRIMA MENSUAL

Prima solo titular	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Prima Neta Total	S/ 16.04	S/ 20.73	S/ 26.66	S/ 31.59
Prima Comercial Total	S/ 16.53	S/ 21.36	S/ 27.46	S/ 32.54
Prima Comercial Total + IGV	S/ 19.50	S/ 25.20	S/ 32.40	S/ 38.40

Prima solo titular + cónyuge	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Prima Neta Total	S/ 23.94	S/ 31.10	S/ 39.99	S/ 47.39
Prima Comercial Total	S/ 24.66	S/ 32.03	S/ 41.19	S/ 48.81
Prima Comercial Total + IGV	S/ 29.10	S/ 37.80	S/ 48.60	S/ 57.60

Forma de Pago: N° Tarjeta / N° cuotas de cargo: _____
N° de cuotas: 12 cuotas mensuales al año.
Prima total mensual: S/ _____
Plan elegido: _____

El pago de primas solo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y la hora en que la ASEGURADORA o el BBVA CONTINENTAL perciban efectivamente el importe correspondiente.

Cargos por la contratación de comercializadores:

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
TITULAR SOLO	S/ 5.62	S/ 7.26	S/ 9.33	S/ 11.06
TITULAR + CÓNYUGE	S/ 8.38	S/ 10.89	S/ 14.00	S/ 16.59

- El cálculo del monto que reciban los comercializadores de seguros se realizará sobre la Prima neta.
- En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no usar comercializadores, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

DETERMINACIÓN Y PARÁMETROS DE BONIFICACIÓN, PREMIOS Y OTROS BENEFICIOS A LOS CORREDORES Y/O COMERCIALIZADORES: No aplica.

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

El ASEGURADO autoriza al BBVA CONTINENTAL a cargar mensualmente en su Cuenta de Ahorros, Cuenta Corriente o Tarjeta de Crédito el importe de la Prima antes indicada.

La falta de pago de la Prima podrá generar la suspensión, resolución y/o extinción del contrato de seguro en la forma establecida en el Condicionado General de la Póliza.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- 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.
- 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.
- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento. Se comunicará por escrito al domicilio físico del contratante y/o asegurado, en caso la normatividad vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la ASEGURADORA en forma adicional a la comunicación electrónica.
- Instrucciones de uso del correo electrónico: (I) En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifica / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000; y, (II) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

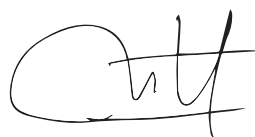
- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la presente Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO en los términos estipulados por la ASEGURADORA, en tanto el CONTRATANTE o ASEGURADO hubieran proporcionado información veraz.
- El CONTRATANTE/ASEGURADO suscribe las presentes Condiciones Particulares, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.
- Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Muerte Accidental e Invalidez Parcial Permanente por Accidente. Por consiguiente, si la Muerte Accidental ocurriera a consecuencia de un accidente que ya ha sido indemnizado por la ASEGURADORA por la activación de la cobertura de Invalidez Parcial Permanente por Accidente, la indemnización a otorgar por Muerte Accidental será el resultado de la suma asegurada por Muerte Accidental descontando la indemnización pagada por Invalidez Parcial Permanente por Accidente.

LEY 29733 – LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO:

Al firmar este documento doy mi consentimiento a RIMAC Seguros y Reaseguros para (I) el tratamiento y transferencia de mis datos personales, (II) que los incluya en su banco de datos, (III) los trate con la finalidad de gestionar y manejar la contratación de seguros, remitir información o publicidad sobre productos y servicios que pudieran ser de mi interés y evaluar la calidad del servicio y (IV) transferir mis datos, con las mismas finalidades, a miembros del Grupo Económico de RIMAC y/o terceros con los que ésta tenga una relación contractual (entre ellos, BBVA Continental). Tengo conocimiento que de no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de RIMAC Seguros y Reaseguros y que como titular de la información estoy facultado a ejercitar los derechos que la Ley N° 29733 me confiere, mediante comunicación dirigida a RÍMAC Seguros y Reaseguros.

CONTRATANTE

ASEGURADO
(En caso de ser una
persona distinta del
CONTRATANTE)



RODRIGO GONZALEZ
Vicepresidente División
Seguros Personales RIMAC
Seguros y Reaseguros