

Código SBS: VI0507210297

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

**SEGURO MÚLTIPLE BANCO CONTINENTAL
SOLICITUD / CERTIFICADO DE SEGURO MÚLTIPLE - JULIO 201501 PARTE A
PÓLIZA DE SEGURO N° 230544**

VIGENCIA DEL SEGURO

Vigencia desde: ___/___/___ Hora: 12:00 m. o según producto de seguro; 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.

DATOS DE LA ASEGURADORA

ASEGURADORA: RIMAC Seguros y Reaseguros

RUC: 20100041953

DIRECCIÓN: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima

TELÉFONO: 411-3000 / Fax: 421-0555

PÁGINA WEB: www.rimac.com

COASEGURADOR: No aplica

PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: No aplica

DIRECCIÓN DEL COASEGURADOR: No aplica

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

En caso de ser Persona Jurídica:

RAZÓN SOCIAL: BBVA CONTINENTAL

RUC: 20100130204

DIRECCIÓN: Av. República de Panamá 3055 - San Isidro

TELÉFONO: 209-1000

PARTIDA ELECTRÓNICA: 11014915

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE:

SEXO:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

CORREO ELECTRÓNICO:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

RELACIÓN CON EL CONTRATANTE: Económica.

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA O TARJETA

NOMBRE:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

RELACIÓN CON EL CONTRATANTE: Económica.

Número de cuenta beneficiaria: _____

Número de cuenta de ahorro: _____

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.
- El ASEGURADO autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al CONTRATANTE.
 - 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.

Otorgo mi consentimiento para que la presente Póliza de Seguro y las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en el presente documento, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de Póliza electrónica:

1. Cuando la ASEGURADORA se refiera a la Póliza de Seguro, esta comprende a los documentos que forman parte de la misma, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones.
2. Para casos de Seguros Grupales, el término Póliza de Seguro debe entenderse como Certificado de Seguro. El envío de la Póliza de Seguro a través de correo electrónico podrá ser bajo cualquiera de las modalidades siguientes:
 - i) Incluyendo un link donde podré visualizar la Póliza de Seguros en PDF.
 - ii) Incluyendo un documento adjunto en PDF.
 - iii) Direccionándome a la parte privada de la web www.rimac.com, donde deberé crear un usuario y contraseña para el ingreso. En dicha web, podré visualizar los documentos enviados, inclusive todas mis Pólizas de Seguro.
3. Es obligatorio que cuente con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
4. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se podrá acreditar a través de un certificado digital.
5. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica, la cual registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
6. Ventajas: forma de envío inmediato, seguro, eficiente, reducción de papel, acreditación del momento de envío y confirmación de identidad del suscriptor de la Póliza de Seguro.
7. Riesgo: el uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad. Para evitar este riesgo, no deberé compartir mi clave, utilizaré niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.

INFORMACIÓN ADICIONAL**8. Instrucciones de uso:**

- i) En caso que no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifique / anule mi dirección de correo electrónico, deberé informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicarlo a la Central Aló RIMAC 411-1111.
- ii) Abriré y leeré detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisaré constantemente mis bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, verificaré la política de filtro o bloqueo de mi proveedor de correo electrónico a efectos que no tenga problemas con los envíos electrónicos, mantendré activa mi cuenta de correo y no bloquearé nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.

La ASEGURADORA remitirá comunicaciones escritas al domicilio del 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.

• Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:

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 (entre ellos el BBVA Continental) 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 a RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

DATOS DEL BENEFICIARIO

Los BENEFICIARIOS para las coberturas de Renta Alimenticia por fallecimiento, muerte accidental e indemnización adicional por muerte accidental a consecuencia de un accidente en transporte público (terrestre, acuático o aéreo) serán los indicados en el cuadro siguiente:

* Nombre y Apellidos	* Relación con el ASEGURADO	*% Participación del beneficio	Tipo y N° de documento de identidad

El BENEFICIARIO de las coberturas de renta hospitalaria por accidente, asistencia médica y de indemnización por enfermedad grave oncológica, será el ASEGURADO.

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

Mediante la firma de la presente Solicitud - Certificado de Seguro, el ASEGURADO declara que tiene pleno conocimiento y que está conforme con su contenido, y reconoce que dicho documento ha sido elaborado partiendo del supuesto de que él (el ASEGURADO) ha proporcionado información veraz. Al firmar la presente Solicitud - Certificado de Seguro, el ASEGURADO acepta y está conforme con que esta Solicitud – Certificado se encuentra compuesta por una Parte A y una Parte B, y que son partes integrantes de la Solicitud – Certificado.

Lugar y fecha de emisión: _____, _____ de _____ de _____.



RODRIGO GONZÁLEZ
Vicepresidente
División Seguros Personales
RIMAC Seguros y Reaseguros

CONTRATANTE

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

Código SBS: VI0507210297

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

**SEGURO MÚLTIPLE BANCO CONTINENTAL
SOLICITUD / CERTIFICADO DE SEGURO MÚLTIPLE - JULIO 201501 PARTE B
PÓLIZA DE SEGURO N° 230544**

INTERÉS ASEGURADO

La vida del ASEGURADO.

RIESGOS CUBIERTOS

1. Renta Alimenticia por Fallecimiento.- Cubre el riesgo de muerte natural del ASEGURADO nombrado en la Póliza, ocasionada por una causa no excluida en las Condiciones Generales.

La ASEGURADORA pagará la suma convenida en forma de rentas y por el periodo establecido de acuerdo al plan elegido en el Certificado de Seguro a la persona o personas designadas como BENEFICIARIOS.

2. Muerte Accidental.- Cubre el riesgo de muerte accidental del ASEGURADO nombrado en la Póliza, ocasionada por una causa no excluida en las Condiciones Generales.

La ASEGURADORA pagará una indemnización, la cual es calculada tomando el saldo promedio de la cuenta bancaria del ASEGURADO (en la cual se cargará el costo de la Prima del seguro) multiplicado por un número de veces, de acuerdo al plan elegido y hasta el límite de la Suma Asegurada, conforme lo establecido en el Certificado de Seguro a la persona o personas designadas como BENEFICIARIOS.

El saldo promedio de la cuenta bancaria del ASEGURADO se calcula tomando como referencia los saldos de los últimos seis (06) meses anteriores a la fecha del fallecimiento del ASEGURADO.

3. Indemnización Adicional por Muerte Accidental a consecuencia de un Accidente en Transporte Público (terrestre, acuático o aéreo).- Este seguro cubre la muerte por accidente en tanto este ocurra mientras el ASEGURADO estuviera viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público (terrestre, acuático o aéreo), bajo la condición de pasajero.

Es condición necesaria que el mencionado medio de transporte tenga licencia respectiva vigente y otorgada por la autoridad competente para el transporte público de pasajeros. Para el transporte terrestre, se excluye los denominados mototaxis.

La ASEGURADORA pagará una indemnización, la cual es calculada tomando el saldo promedio de la cuenta bancaria del ASEGURADO (en la cual se cargará el costo de la Prima del seguro) multiplicado por un número de veces, de acuerdo al plan elegido y hasta el límite de la suma asegurada, conforme lo establecido en el Certificado de Seguro a la persona o personas designadas como BENEFICIARIOS.

El saldo promedio de la cuenta bancaria del ASEGURADO se calcula tomando como referencia los saldos de los últimos seis (06) meses anteriores a la fecha del fallecimiento del ASEGURADO.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura por Muerte Accidental.

4. Indemnización por Enfermedad Grave Oncológica.- Paga al ASEGURADO o BENEFICIARIOS (según sea el caso) una indemnización por diagnóstico o condición establecidos, hasta el límite del beneficio máximo por persona, según las condiciones particulares o Certificado de Seguro. La ASEGURADORA será únicamente responsable por los siniestros incurridos durante la vigencia de la Póliza.

RIESGOS CUBIERTOS

El saldo promedio de la cuenta bancaria del ASEGURADO se calcula tomando como referencia los saldos de los últimos seis (06) meses anteriores a la fecha del fallecimiento del ASEGURADO.

Para la presente cobertura aplica un periodo de carencia de noventa (90) días calendarios calculados desde la fecha de inicio de vigencia. Cualquier enfermedad oncológica que haya sido diagnosticada durante dicho periodo no tendrá cobertura y constituirá causal de terminación de la presente cobertura.

Beneficio Máximo Anual por persona:

- Indemniza al ASEGURADO la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.
- La ASEGURADORA pagará una indemnización al ASEGURADO, la cual es calculada tomando el saldo promedio de la cuenta bancaria del ASEGURADO (en la cual se cargará el costo de la Prima del seguro) multiplicado por un número de veces, de acuerdo al plan elegido y hasta el límite de la Suma Asegurada, conforme lo establecido en el Certificado de Seguro a la persona o personas designadas como BENEFICIARIOS.
- La cobertura de cada condición o diagnóstico de enfermedad grave oncológica finaliza después de la indemnización del primer evento correspondiente a dicha cobertura.

4.1 Riesgos a Indemnizar: La cobertura de Indemnización por Enfermedad Grave Oncológica amparada por la presente Póliza será solo para el diagnóstico de cáncer, según la Suma Asegurada contratada por el ASEGURADO.

Para el propósito de la presente cobertura, el cáncer significa la presencia de un tumor maligno que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal.

Debe considerarse necesario un esquema de intervención mayor o cirugía mayor o haberse iniciado tratamiento paliativo. El cáncer debe diagnosticarse inequívocamente con la confirmación histopatológica.

Esta cobertura considera los estándares médicos internacionales comprendidos dentro de las recomendaciones de la National Cancer Comprehensive Network (NCCN) o por el National Cancer Institute (NCI).

Es indispensable, para el pago del siniestro de cáncer, presentar el informe anátomo patológico que sustente el diagnóstico de cáncer.

5. Renta Hospitalaria por Accidente.- Esta cobertura brinda una Suma Asegurada por día de hospitalización hasta un máximo de días por año. La Suma Asegurada y los días máximos de cobertura por año se indican en las Condiciones Particulares y Certificado de la Póliza.

Cada año, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por Persona previa renovación de la Póliza y el pago correspondiente de la Prima. La Suma Asegurada por día de hospitalización no es acumulable por cada año de vigencia.

Beneficio Máximo Anual por persona:

La ASEGURADORA cubre el 100% del monto de la renta contratada por cada día que el ASEGURADO se encuentre hospitalizado a causa de un accidente cubierto por la Póliza; siempre y cuando la hospitalización supere las 24 horas y se realice en una institución hospitalaria legalmente constituida.

RIESGOS CUBIERTOS

6. Asistencia Médica y otras Asistencias Adicionales.- Por medio de la presente cobertura, la ASEGURADORA se obliga a brindar atención de salud a favor de los ASEGURADOS y/o su NÚCLEO FAMILIAR, entre otras asistencias descritas en el Anexo 1 que forma parte integrante de las Condiciones Generales. Las asistencias están sujetas a la disponibilidad y al tiempo de respuesta del proveedor de la ASEGURADORA.

Respecto de las asistencias médicas, estas se brindan dentro de los alcances establecidos en el Condicionado Particular y Certificado detallado en el Anexo I - alcances de las Asistencias.

Solo en aquellos casos en que no exista la infraestructura pública o privada en el lugar correspondiente para poder prestar la cobertura o se presenten causas de fuerza mayor o caso fortuito que no permitan las condiciones adecuadas para la prestación del servicio, la ASEGURADORA le ofrecerá al ASEGURADO y/o BENEFICIARIO la opción de solicitar por su cuenta y costo la contratación del servicio de un tercero, comprometiéndose la ASEGURADORA a reembolsarle los gastos efectuados. Para gozar de este beneficio, el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO deberá notificar a la Central de Asistencia antes de la contratación del presente servicio para que éste de la conformidad respectiva, así como presentar la factura correspondiente de dicha asistencia.

ANEXO I.- ALCANCES DE LAS ASISTENCIAS

1.1. ÁREA DE INFLUENCIA: Ambas partes convienen en establecer el área de influencia según lo siguiente:

Lima:

- Por el norte: Ancón inclusive.
- Por el oeste: La Punta inclusive.
- Por el este: Chaclacayo / Cieneguilla inclusive.
- Por el sur: Lurín inclusive.

Provincias:

El radio de acción será de 40 km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad.

- Por el norte:
Tumbes, Piura, Sullana, Talara, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Huaraz, Huacho, Huaral, Barranca.
- Por el sur:
Ica, Chincha, Pisco, Arequipa, Juliaca, Puno, Moquegua, Ilo, Tacna.
- Por el este:
Huancayo, Huánuco, Ayacucho, Cusco.
- Por el oriente:
Iquitos.

1.2. SERVICIOS DE TRASLADO DE PACIENTES NO PROGRAMADOS EN UNIDAD MÉDICA DE EMERGENCIA (UME):

La ASEGURADORA brindará los servicios de emergencias a los clientes asegurados.

Se denominará emergencia a toda situación o afección que por presentarse en forma súbita, brusca, accidental o como complicación de una afección preexistente previamente controlada, compromete seriamente la vida o el normal funcionamiento de cualquier órgano o sistema de cuerpo de una persona si no recibe atención médica inmediata. El servicio contará con la asistencia médica que sea necesaria durante el traslado.

RIESGOS CUBIERTOS

Queda manifiesto que lo relacionado a procedimientos de atención, tarifas, gastos no cubiertos y otros son aplicables en correlación explícita con el tipo de prestación autorizada sea esta de emergencia:

1. Accidental.
2. Médica.

Esta cobertura está sujeta a la disponibilidad y al tiempo de respuesta del proveedor de la ASEGURADORA.

1.2.1. PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES NO PROGRAMADOS (EMERGENCIAS):

- a) La ASEGURADORA designará el personal responsable de las coordinaciones de traslado, quien estará disponible las 24 horas del día los 365 días del año.
- b) La ASEGURADORA brindará el servicio de traslado de pacientes para lo cual deberá desplazar una UME debidamente equipada para una atención oportuna y a cargo de un equipo profesional compuesto mínimamente por un médico, un enfermero y un piloto paramédico, todos ellos calificados y capacitados permanentemente para atender cualquier emergencia.
- c) El servicio se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborales.
- d) Los servicios contemplados por este convenio no incluyen aquellos traslados de pacientes originados como parte del servicio complementario que la ASEGURADORA brinde a sus pacientes por situaciones particulares, estén estos afiliados o no a la ASEGURADORA.

Esta cobertura está sujeta a la disponibilidad y al tiempo de respuesta del proveedor de la ASEGURADORA.

1.2.2. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES NO PROGRAMADOS (EMERGENCIAS):

- a) El servicio de traslado y asistencia médica de pacientes no programados procederá para los ASEGURADOS que se encuentren afiliados a la ASEGURADORA.
- b) Para el servicio de traslado y asistencia no programados, las atenciones médicas de emergencias brindadas se realizarán en forma inmediata a solicitud de el ASEGURADO quién deberá comunicarse al teléfono 610-6622.
- c) De ser necesario, la ASEGURADORA trasladará al paciente al Centro Asistencial previamente convenido con el mismo o sus familiares responsables.
- d) Si la gravedad o premura del caso lo hiciera recomendable, a criterio del médico tratante, el ASEGURADO podrá ser internado en el Centro Asistencial que por su especialización o ubicación geográfica resultará más conveniente.
- e) En caso de servicios de traslados no contemplados en el Plan de Asistencia del afiliado y no autorizados por RIMAC, se cobrará por el concepto del servicio al ASEGURADO.

RIESGOS CUBIERTOS**1.3. SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA (OMT)**

En caso de que el ASEGURADO o su NÚCLEO FAMILIAR requiera una orientación médica telefónica con un médico general ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), la ASEGURADORA gestionará y coordinará un enlace telefónico con un médico general para que absuelva su consulta.

Esta cobertura está sujeta a la disponibilidad y al tiempo de respuesta del proveedor de la ASEGURADORA.

1.3.1. PRESTACIONES DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA:

- a) La atención médica telefónica estará a cargo de médicos generales según lo requiera el ASEGURADO.
- b) La atención médica será brindada a través de la Central Telefónica de la ASEGURADORA llamando al teléfono 610-6622.
- c) El servicio se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborales.
- d) Adicionalmente se informará la relación de proveedores de salud cercanos a el ASEGURADO de acuerdo a su solicitud expresa.

1.4. SERVICIOS DE REFERENCIA Y COORDINACIÓN (TEMAS GENERALES)

Cuando el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO necesite de datos sobre florerías, restaurantes, centros culturales (cines, teatros y museos en el Perú), referencia de ambulancias, médicos, veterinarias, alimentos para mascotas, técnicos en línea blanca, empleadas del hogar, niñeras, números de emergencias (bomberos, PNP, serenazgo), la ASEGURADORA le proporcionará información de establecimientos pero a solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO y a cargo del mismo podrá coordinar la entrega del producto o servicio, quedando a cargo del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO los costos y cualquier otro gasto en que se incurra, los cuales serán pagados por el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO con sus propios recursos y bajo su propio riesgo.

Esta cobertura está sujeta a la disponibilidad y al tiempo de respuesta del proveedor de la ASEGURADORA.

1.4.1. PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE REFERENCIA Y COORDINACIÓN

- a) La información será brindada a través de la Central Telefónica de la ASEGURADORA llamando al teléfono 610-6622.
- b) El servicio se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables.

COBERTURA DEL SEGURO

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s) Plan Básico	Suma(s) Asegurada(s) Plan Estándar
Renta alimenticia por fallecimiento	S/.100 diarios por 40 días	S/.100 diarios por 40 días
Muerte accidental	10 veces el saldo promedio de la cuenta*	15 veces el saldo promedio de la cuenta*
Indemnización adicional por muerte accidental a consecuencia de un accidente en transporte público (terrestre, acuático o aéreo)	20 veces el saldo promedio de la cuenta*	30 veces el saldo promedio de la cuenta*
Indemnización por enfermedad grave oncológica	2.5 veces el saldo promedio de la cuenta*	2.5 veces el saldo promedio de la cuenta*
Renta hospitalaria por accidente	S/. 50 diarios, máximo por 30 días	S/. 75 diarios, máximo por 30 días
Asistencia médica	Cubre traslado médico por emergencia (ambulancia): 2 eventos al año, hasta S/. 300 por evento. Adicionalmente, ofrece orientación médica telefónica y servicios de referencia y coordinación.	

*Saldo promedio de la cuenta bancaria del ASEGURADO (en la cual se cargará el costo de la Prima del seguro) multiplicado por un número de veces, de acuerdo al plan elegido y hasta el límite de la suma asegurada.
Suma Asegurada mínima de S/.1,500 y máxima de S/.30,000.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

- **CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:** Son asegurables conforme a esta Póliza, las personas que sean clientes del CONTRATANTE manteniendo una Cuenta Bancaria en dicha institución, así como los miembros dentro del núcleo familiar que éste elija asegurar (máximo 4 personas), desde los dieciocho (18) años de edad hasta los sesenta (60) años de edad inclusive al momento de la inscripción al seguro.

El límite de permanencia en el seguro será al cumplir los sesenta y cinco (65) años. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia anual, la exclusión será en forma automática al cumplirse la edad indicada, sin previo aviso de la ASEGURADORA.

Aplicable a la cobertura de indemnización por enfermedad grave oncológica

- **Periodo de Carencia:** 90 días. La ASEGURADORA no indemnizará beneficio alguno dentro de los primeros noventa (90) días contados a partir de la fecha de inicio del seguro.
- Ningún beneficio será exigible si los síntomas aparecen por primera vez o si la condición ocurre o es diagnosticada dentro de los noventa (90) días después de la fecha de inicio de vigencia o rehabilitación de la Póliza.
- **Periodo de supervivencia:** la ASEGURADORA no indemnizará beneficio alguno si el ASEGURADO no supera el periodo de tiempo de supervivencia de veintiocho (28) días luego del diagnóstico de una enfermedad o condición cubierta por esta Póliza.

DEDUCIBLES / FRANQUICIAS O SIMILARES

No aplican.

PRIMA

Prima	Plan Básico Monto S/.	Plan Estándar Monto S/.
Prima Comercial mensual	7.50	9.90

La Prima Comercial también podría ser pactada bajo la periodicidad trimestral, semestral o anual, para cuyo caso se multiplicará la Prima Comercial mensual por el número de meses acordados.

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.

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago, señalado en el Convenio de Pago, origina la suspensión 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 plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica de manera cierta al CONTRATANTE y ASEGURADO, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima. Asimismo, indicará el plazo del que se dispone para pagar la Prima antes de que se produzca la suspensión de la cobertura.

Cuando se haya pagado parte de la Prima, se mantendrá la cobertura hasta la fecha en que dicha Prima, calculada proporcionalmente a prorrata, efectivamente alcance para cubrir el riesgo.

La ASEGURADORA no es responsable por los siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE LA PRIMA

La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Certificado de Seguro, durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO recibe una comunicación por escrito de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la Prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado de Seguro.

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 Certificado 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 el Certificado de Seguro.

REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA

Una vez producida la suspensión de la cobertura del Certificado de Seguro, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Certificado de Seguro y que el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá optar por rehabilitar la cobertura de dicho Certificado de Seguro, previo pago de la totalidad de las Primas impagas, los intereses pactados por su fraccionamiento, los impuestos y, en caso de que se haya convenido en el convenio de pago, los respectivos intereses moratorios. 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 cobertura suspendido.**

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la oferta de la cobertura del Certificado de Seguro se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación del Certificado de Seguro. Para esto, el ASEGURADO puede resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que el ASEGURADO haya recibido el Certificado de Seguro y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso que el 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 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 indicadas en el Certificado del Seguro y en el resumen de la presente póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que se usaron para la contratación del Seguro.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

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. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del Seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la Prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, 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 Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. 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.

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre al ASEGURADO en las siguientes exclusiones detalladas por cobertura:

En el caso de la cobertura de Renta Alimenticia por Fallecimiento:

- a) Enfermedades y/o condiciones preexistentes al inicio del presente seguro.
- b) El suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos (2) años.
- c) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- d) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice por un BENEFICIARIO o quien pudiera reclamar la cantidad asegurada a la indemnización o en actos violatorios de leyes o reglamentos, en duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participación activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- f) 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 o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.
- g) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos no comerciales, de itinerarios no fijos ni regulares, así como operaciones o viajes submarinos.
- h) Los siguientes fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario: inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

En el caso de la cobertura de Muerte Accidental e Indemnización Adicional por Muerte Accidental a consecuencia de un Accidente en Transporte Público (terrestre, acuático o aéreo):

- a) Las lesiones que sufra el ASEGURADO como consecuencia de la participación directa o durante la práctica habitual de las siguientes actividades o deportes riesgosos: corredor de automóviles, motocicletas, bicicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos; artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, ala delta, ultraligeros, paracaidismo, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, buzo, boxeo, caza de fieras, trabajos con explosivos o químicos.
- b) Cuando el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gr/lt a más) o drogas, y esta situación sea acto generador del siniestro.
- c) Por inhalación de gases o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- d) Los siguientes accidentes médicos: apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos, así como los casos de negligencia o impericia médica.
- e) 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.
- f) Las complicaciones médicas de embarazos o partos.
- g) Asimismo, se entiende que rigen las demás exclusiones establecidas para el riesgo de fallecimiento (cobertura de Renta Alimenticia por Fallecimiento).

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre al ASEGURADO en las siguientes exclusiones detalladas por cobertura:

En el caso de la Indemnización por Enfermedad Grave Oncológica:

La presente Póliza no cubre los gastos originados por prestaciones médicas. Tampoco cubre si el cáncer fuera consecuencia directa o indirecta, total o parcialmente, relacionadas o causadas por:

- a) Enfermedades y/o condiciones preexistentes al inicio del presente seguro.
- b) Enfermedades que se hayan diagnosticado o detectado antes o durante el periodo de carencia o no cobertura.
- c) Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo.
- d) Tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique por propia cuenta, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.
- e) Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de sarcoma de Kaposi.
- f) Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, radiación de cualquier tipo, isótopos radiactivos así como radioterapia y rayos X sin supervisión médica.
- g) Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.
- h) Diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones legalmente no establecidas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud.
- i) La práctica o desempeño de las siguientes profesiones u oficios claramente riesgosos: ingenieros químicos o personas que trabajen con sustancias tóxicas o radiactivas. Se excluye la cobertura de cáncer de pulmón y de cáncer de piel en cualquier etapa y sus respectivas metástasis para mineros y para obreros de construcción que trabajen con asbesto.
- j) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- k) Omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
- l) En el caso de que se juzgue curable cualquiera de las condiciones cubiertas por medio de manipulación, sustitución, deleción genética, vacunación o cualquier otro tipo de tratamiento médico o similar, tal condición ya no será válida.
- m) Se excluyen los siguientes tumores:
 - Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.
 - Tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3) o aquellos que son descritos histológicamente como premalignos.
 - Todos los cánceres de piel, a menos que haya evidencia de metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow.
 - Los cánceres que no ponen la vida en peligro, como el cáncer de próstata histológicamente descritos en la Clasificación TNM T1 (a) o T2(b), o con alguna otra clasificación equivalente o menor.
 - Microcarcinoma papilar de la tiroides.
 - Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaN0M0 o con una clasificación menor.
 - Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet -I.

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre al ASEGURADO en las siguientes exclusiones detalladas por cobertura:

En el caso de Renta Hospitalaria por Accidente:

La presente Póliza no cubre las hospitalizaciones originadas, relacionadas o causadas por:

- a) Enfermedades preexistentes al inicio del presente seguro.
- b) Enfermedades y/o defectos congénitos y gastos derivados de causas relacionadas. No se encuentran cubiertas las enfermedades, lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.
- c) Curas de reposo, surmenage, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales.
- d) Chequeos médicos y despistajes de enfermedades en una persona sana, así como el tratamiento y/o medicina preventiva, así como todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- e) Cirugía estética, plástica o reconstructiva, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza. Cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia.
- f) Enfermedades resultantes del uso de drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) en caso de accidentes de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo o a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados sin tener licencia de conducir vigente para hacerlo. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- g) Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio militar, así como los que resulten de la participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo.
- h) Lesiones producidas voluntariamente o en estado mental insano como autolesión, automutilación, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa.
- i) Embarazo, maternidad, sus complicaciones y consecuencias.
- j) Tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique por propia cuenta, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.
- k) Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasio y centros no reconocidos por el Colegio Médico Peruano, así como todo tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o periodo de prueba cuya indicación no esté aprobada por la FDA (Food and Drugs Administration – EEUU).
- l) Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de sarcoma de Kaposi.
- m) Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radiactivos, así como radioterapia y rayos X sin supervisión médica.
- n) Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes notoriamente peligrosos y que no guarden relación con la actividad u ocupación declarada por el ASEGURADO, considerándose dentro de esta exclusión: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, y similares, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre al ASEGURADO en las siguientes exclusiones detalladas por cobertura:

- o) Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).
- p) Hospitalizaciones realizadas en instituciones ilegales o sin autorización de funcionamiento y hospitalizaciones por convalecencia.
- q) Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el BENEFICIARIO o HEREDERO, dejando a salvo el derecho a recibir el capital garantizado de los restantes BENEFICIARIOS o HEREDEROS, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
- r) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- s) 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.
- t) Las lesiones o afecciones que sufra el ASEGURADO con motivo de la práctica o desempeño de las siguientes profesiones u oficios claramente riesgosos: bomberos, mineros, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, obreros de construcción, manipuladores de explosivos.
- u) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- v) Los denominados accidentes médicos.

En el caso de Asistencia Médica:

- a) Los traslados médicos por lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el ASEGURADO o su núcleo familiar con dolo o mala fe.
- b) Los traslados médicos programados.
- c) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- d) Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas en competencias y prácticas de los siguientes deportes de alto riesgo: carreras de automóviles, motocicletas, trimotos, cuatrimotos, todo terreno, carrera de lancha a motor, motonetas incluyendo las de agua, así como carreras de bicicletas, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, polo, hípica, deportes a caballo, rugby, triatlón, maratón, yamakasi, yate de tierra, base jumping, salto base, críquet, físico culturismo, luchador, boxeo, karate, judo, esquí acuático y sobre nieve, surf, veleros, yates, aviación deportiva, paramotor, parapente, parasailing bicicross, escalada, paracaidismo, ala delta, ultraligeros, puenting, cacería de fieras, canyoning, apnoe diving, apnea, inmersión libre, kayaking en mar, motoacuática, motonáutica, navegación, canotaje, piragüismo kayak, SCAD diving, inmersión o caza submarina, buzo, pesca en alta mar; pesas, alpinismo o andinismo, caminatas en alta montaña y espeleología.
- e) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- f) La participación activa en actos de terrorismo, motín o tumulto popular.
- g) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o Policía cuando exista un mandato judicial de por medio.
- h) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- i) El embarazo del ASEGURADO o alguno de su núcleo familiar salvo situaciones de evidente emergencia.
- j) Enfermedades mentales.
- k) Cuando el ASEGURADO oculte información al personal que RIMAC haya designado para la prestación del Seguro de Asistencia.

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, en caso de culpa leve, 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 Centros 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:

I. EN CASO DE RENTA ALIMENTICIA POR FALLECIMIENTO

1. Copia certificada del Acta de Defunción.
2. Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción.
3. Copia fedateada del Informe médico y/o Historia Clínica del ASEGURADO.
4. Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO fallecido, en caso se cuente con el mismo, y de todos sus BENEFICIARIOS (partida de nacimiento en caso ser menores de edad).
5. Certificado domiciliario de los BENEFICIARIOS menores de edad.
6. En caso la Póliza detalle a "Herederos Legales" como BENEFICIARIOS, se deberá presentar testimonio del testamento o de la sucesión intestada, según corresponda.
7. Copia literal de la inscripción definitiva del testamento o de la sucesión intestada, o de la Declaratoria de Herederos realizada por vía judicial, en Registros Públicos.

II. Adicionalmente en caso de MUERTE ACCIDENTAL E INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE EN TRANSPORTE PÚBLICO (TERRESTRE, ACUÁTICO O AÉREO).-

1. Copia certificada del Atestado Policial completo, en caso corresponda.
2. Copia certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya practicado.
3. Copia certificada del Análisis Toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso se haya practicado.
4. Copia certificada del dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y el ASEGURADO haya sido conductor del vehículo).

SOLICITUD DE COBERTURA**III. EN CASO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE ONCOLÓGICA**

1. Presentar evidencia médica, informes que sustenten el diagnóstico o condición cubierta por la Póliza. La evidencia sobre la ocurrencia de cualquier evento asegurado cubierto por esta Póliza debe ser sustentada por:
 - Médico especialista debidamente registrado en Perú, sin que éste sea el propietario de la Póliza, el mismo ASEGURADO o su respectiva pareja o cónyuge o familiar (hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad).
 - Investigaciones confirmatorias, así como evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
 - Si el evento coberturado requiere de la realización de un procedimiento quirúrgico, éste debe ser el tratamiento usual para esta condición y ser médicamente necesario.
2. Copia fedateada de la Historia Clínica del ASEGURADO donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados y que sustenten la cobertura en evaluación.
3. Copia simple del Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO.
4. En caso de fallecimiento del ASEGURADO posterior al periodo de supervivencia, los herederos legales deberán presentar los mismos documentos anteriores además de los documentos que se presentan para muerte por fallecimiento.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a 3 meses.

IV. EN CASO DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE:

1. Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO.
2. Copia fedateada del informe médico completo indicando los días de la hospitalización.
3. Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del documento que sustente el gasto por la hospitalización (boleta o factura).

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 traducción 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, BENEFICIARIO y/o HEREDEROS, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse sobre la procedencia del siniestro, hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

PAGO DE SINIESTRO

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, BENEFICIARIO y/o HEREDEROS, según corresponda, 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 91º establecido en el Texto Unico 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, BENEFICIARIO y/o HEREDEROS, según corresponda, 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.

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:

Por vía telefónica: A través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro o en el Certificado.

Por escrito: Mediante carta dirigida a la ASEGURADORA la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestros Centros de Atención o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el Resumen de la presente Póliza.

**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.

RESUMEN SEGURO MÚLTIPLE BBVA CONTINENTAL

A. INFORMACIÓN GENERAL

1. Datos de la empresa aseguradora: RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

Oficina Principal: Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima.

Centros 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:**
Psj. 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:**
C.C. Mall Aventura Plaza-Local 1004
Av. América Oeste 750, Urb.El Ingenio
Telf. (044)-485200
- **Chiclayo:**
Av. Salaverry 560, Urb. Patazca.
Telf. (074)- 481400
- **Iquitos:**
Jr. Putumayo 501
Telf. (065)-242107
- **Piura:**
Calle Libertad 450.
Telf. (073)-284900

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

Central de Emergencias y Asistencias
Lima: (01) 411-1111 Provincias: 0-800-4-1111

Correo Electrónico:
reclamos@rimac.com.pe

Página Web:
www.rimac.com

EL BBVA Continental podrá atender los reclamos que se presenten a través del teléfono: 595-0000; o en la Red de Oficinas del BBVA.

2. Denominación del producto:
SEGURO MÚLTIPLE BANCO CONTINENTAL

3. Lugar y forma de pago de la Prima:
Se cargará el importe de la Prima antes indicada mensualmente en la cuenta de ahorros, cuenta corriente o tarjeta de crédito del ASEGURADO.

4. Medio y plazo establecido para el 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.
El medio y plazo se encuentran detallados en el Artículo 24 del Capítulo II de las Condiciones Generales.

5. Lugares autorizados por la ASEGURADORA para solicitar la cobertura del seguro:
Centros de Atención al Cliente listadas en el punto 1 de este resumen.

6. Medios habilitados para presentación de reclamos a la ASEGURADORA:
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 los Centros de Atención en Lima y provincias y nuestra Central de Consultas. (Punto 1 de este resumen).

Escrito: Mediante carta dirigida a RIMAC Seguros o a través de la página web (Libro de Reclamaciones) y correo electrónico. (Punto 1 de este resumen).

7. Instancias habilitadas para presentación de reclamos y/o denuncias:

Defensoría del Asegurado:

www.defaseg.com.pe

Lima: (01) 446-9158

Arias Aragüez 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 LIMANORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP(SBS):

www.sbs.gob.pe

Lima: (511) 630-9000

Fax: (511) 630-9239

Los Laureles 214, San Isidro, Lima.

Arequipa: Los Arces 302, Urb. Cayma.

Piura: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.

Consultas y Denuncias: 0800-10840 | (511) 428-0555

8. 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.

B. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

1. Principales Riesgos Cubiertos:

Se encuentran detallados en el Artículo 22 del capítulo II de las Condiciones Generales.

2. Principales Exclusiones:

Se encuentran detallados en el Artículo 23 del capítulo II de las Condiciones Generales.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia:

Se encuentran detallados en el artículo 21 del capítulo II de las Condiciones Generales.

4. Derecho de arrepentimiento del ASEGURADO:

Se encuentran detallados en el artículo 13 del capítulo I de las Condiciones Generales.

5. Derecho del CONTRATANTE de resolver el contrato sin expresión de causa:

Se encuentran detallados en el artículo 7, literal a) del capítulo I de las Condiciones Generales.

6. Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las Modificaciones de las Condiciones Contractuales propuestas por la ASEGURADORA durante la vigencia del contrato:

Se encuentran detallados en el artículo 5, literal c) del capítulo I de las Condiciones Generales.

7. Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro:

Se encuentran detallados en el artículo 24, numeral 24.2 del capítulo II de las Condiciones Generales.