

**SEGURO DE PROTECCION DE TARJETA BBVA BANCO CONTINENTAL - DÓLARES
CONDICIONES PARTICULARES**

	Moneda	Cta. N° Tarjeta de Cargo
Fecha de emisión	Tarjeta Asegurada	N° Tarjeta:

DATOS DE LA COMPAÑÍA

Compañía: **RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS**, en adelante LA COMPAÑÍA

RUC: 20100041953

Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Provincia de Lima

Teléfono: (01) 411-1111

Página web: www.rimac.com

Correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe

Póliza N°: _____ Código SBS: _____

Vigencia desde: __/__/__ Hora: 12:00m. O según producto de seguro

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

Esta póliza SI NO se renueva automáticamente.

DATOS DEL CONTRATANTE

Contratante: XXXXXXXXXXXX

RUC: XXXXXXXXXXXX

Nombre del Representante: XXXXXXXX

Tipo y N° de Documento del Representante: XXXXXXXX

Dirección: XXXXXXXX

Teléfono: XXXXXXXX

Correo Electrónico: XXXXXXXX

DATOS DEL ASEGURADO (llenar en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante)

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Correo Electrónico:

DATOS DEL BENEFICIARIO

En caso de la Cobertura por Muerte Accidental los Beneficiarios serán los siguientes:

Nombre / Razón Social	Tipo y N° de Documento	Dirección	Relación con El Asegurado	% de Participación en el beneficio

En caso que no se haya(n) designado Beneficiario(s), se considerará como Beneficiario(s) al / a los Heredero(s) Legal(es) del Asegurado.

En caso los datos de identificación del Beneficiario designado sean incorrectos y/o incongruentes entre sí (nombre - DOI), tal designación se tendrá por no realizada, entendiéndose como Beneficiario(s) de la Póliza a el/los Heredero(s) Legal(es) del Asegurado.

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

Para las coberturas de **Uso indebido de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito, Uso Forzado de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito** el BENEFICIARIO es EL CONTRATANTE. En caso de las cláusulas que cubran las tarjetas de otras Entidades Financieras el Beneficiario es el ASEGURADO.

Para la Cobertura **por Muerte Accidental**, el BENEFICIARIO es(son) los BENEFICIARIOS o a falta de declaración de ellos, será(n) el(los) Heredero(s) Legal(es) del ASEGURADO.

Para las Coberturas de **Compra Protegida de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Reembolso de Gastos de Hospitalización, Reembolso por Trámite de Documentos y Reembolso de Gastos de Reposición de Llaves y Chapas**, el BENEFICIARIO es el mismo ASEGURADO

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

Edad mínima de ingreso: xx años y xxx días

Edad máxima de ingreso: xx años y xxx días.

Edad máxima de permanencia en el seguro: xx años y xxx días.

COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s) / Número Máximo de Eventos
XXXXXXXX	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXX	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXX	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXX	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Coberturas Adicionales (en tanto se añadan a la Póliza por medio de cláusulas adicionales):	
Relación de Clausulas Adicionales aplicables al presente seguro	Suma(s) Asegurada(s) / Número Máximo de Eventos
XXXXXXXXXX (Nombre de la cláusula)	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DEDUCIBLE: En caso que para el presente Seguro apliquen coberturas de Asistencias, los deducibles a aplicar serán descritos en dicha cláusula.

En el caso que para el presente Seguro aplique la cobertura de Compra Protegida, aplicará un deducible de US\$ xxx (no incluye IGV).

BIEN ASEGURADO

Tarjeta de crédito y/o débito cuya titularidad pertenece al ASEGURADO.

PRIMA

Prima	Monto S/ o US\$
Prima Comercial por cobertura de XXXXXX	XXXX
Prima Comercial por cobertura(s) adicional(es)	XXXX
Prima Comercial	XXXX
Prima Comercial Total (incluye IGV)	XXXX

La prima comercial total incluye:	Montos S/ o US\$
- Cargos por la contratación de comercializadores.	XXXX
- Cargo por la intermediación del seguro.	XXXX

Importe de la Prima Anual: USD XXX / S/ XXX (incluye IGV).

- 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.

TIPO DE CAMBIO REFERENCIAL: S/ XXXXX. En caso que la prima comercial sea pactada en Dólares, se aplicará el tipo de cambio de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP vigente del día en que se realice el pago.

DENUNCIA DE SINIESTROS

Protección de Tarjeta Individual: Ocurrido el siniestro debe de denunciar en forma inmediata el mismo, al teléfono (01) 614-7916 en Lima y 0800-00416 en Provincias.

Protección de Tarjeta Canal BBVA: (01) 595-0000

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

La prima será descontada a través del medio de pago elegido:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

La prima comercial total incluye IGV y Derecho de Emisión. El pago también podrá ser realizado en Soles de acuerdo con el tipo de cambio vigente que mantenga el CONTRATANTE al día de cargo de la prima.

INFORMACION ADICIONAL

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

- i. La COMPAÑÍA es responsable frente al 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 COMPAÑÍA 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 Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
 - iii. Las comunicaciones cursadas por los Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA.
 - iv. Los pagos efectuados por los ASEGURADOS o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a La COMPAÑÍA.
- 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 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 COMPAÑÍA 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 Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la póliza, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignado en el presente documento. La Compañía remitirá comunicaciones escritas, al domicilio del contratante y/o asegurado, en caso no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la COMPAÑÍA en forma adicional a la comunicación electrónica o en caso la normatividad vigente lo exija. En caso el Asegurado no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al (01)411-1111. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

• **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 Compañía”), 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 Compañía, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Compañía utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Compañía considere de su interés, en caso así hubiera sido autorizado por el titular de los datos personales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Compañía.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

- 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.

Lugar y fecha de emisión: Lima ____ de _____ de _____

División Seguros Personales Rímac Seguros y Reaseguros	CONTRATANTE	ASEGURADO (En caso de ser una persona distinta del CONTRATANTE)