

### CONDICIONADO PARTICULAR DE SEGURO DE DESGRAVAMEN

Préstamo Personal - Nuevos Soles: Póliza Matriz N°0608-224873 / Dólares: Póliza Matriz N°0608-224875.  
 Préstamo Hipotecario - Nuevos Soles: Póliza Matriz N°0608-224876 / Dólares: Póliza Matriz N°0608-224877.  
 Préstamo Vehicular - Nuevos Soles: Póliza Matriz N°0608-232009 / Dólares: Póliza Matriz N°0608-232011.  
 Préstamo Convenio - Nuevos Soles: Póliza Matriz N°0608-226324 / Dólares: Póliza Matriz N°0608-226325.

**• COMPAÑÍA DE SEGUROS:**

RIMAC INTERNACIONAL COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS con RUC No.20100041953, teléfono 4113000 y fax 4210555; con domicilio en Las Begonias Nro. 475- Piso 2, San Isidro, a quien en adelante se le denominará LA COMPAÑÍA

**• BENEFICIARIO DEL SEGURO:**

HSBC BANK PERÚ S.A; con RUC 20513074370, teléfono 5123000 y domicilio en Amador Merino Reyna 307 – Piso 11, San Isidro; quien mantiene una relación crediticia con el ASEGURADO. Cuando corresponda, se le denominará BENEFICIARIO.

**• CONTRATANTE Y ASEGURADO:**

Personas naturales y/o Representantes Legales de personas jurídicas de derecho privado (EIRL)\*, que sean clientes de HSBC BANK PERÚ S.A., que tengan operaciones activas, mayores de edad y que se encuentren en buenas condiciones de salud; cuyos datos se encuentran al final de este formato, a quien en adelante se le denominará el ASEGURADO.

**Declaro tener pleno conocimiento, y doy conformidad de las condiciones estipuladas en las siete páginas del presente condicionado.**

**• Datos del ASEGURADO**

	Datos del Asegurado	Datos del Cónyuge
<b>Nombre y Apellido:</b>		
<b>DNI:</b>		
<b>Profesión u Ocupación:</b>		
<b>Teléfono:</b>		
<b>Domicilio:</b>		
<b>Firma:</b>		

\*Consignar el Nombre y Apellidos en imprenta o letra clara.

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_



**Marcelo Escobar**  
 Gerente de División Unidad de Riesgos Humanos  
 Rímac Seguros

## • COBERTURA DEL SEGURO

### • VIGENCIA DEL SEGURO:

Todo el período del Crédito, siendo requisito que el ASEGURADO se encuentre en todo momento al día en sus pagos y que el HSBC BANK PERU S.A. lo haya declarado a LA COMPAÑÍA dentro de los plazos y medios establecidos.

### • FECHA DE INICIO:

Fecha de Desembolso del Crédito.

### • FECHA DE TÉRMINO:

Fecha de Cancelación del Crédito.

## • DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO

Cancelación de la suma asegurada en caso de produzca alguno de los riesgos cubiertos por la póliza, siempre y cuando la cobertura se encuentre vigente a la fecha de producirse un eventual siniestro.

### SUMA ASEGURADA:

Saldo insoluto de la deuda, sin considerar intereses ni moras al momento del fallecimiento o invalidez, hasta el límite máximo indemnizable por ASEGURADO. En el caso de Invalidez total y permanente por accidente o enfermedad se considerará como suma asegurada el Saldo Insoluto del Crédito que tenga el ASEGURADO en HSBC BANK PERÚ S.A. a la fecha de emisión del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitido por MINSA, ESSALUD o EPS.

### LÍMITES ASEGURADOS

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente definida en los términos de la Póliza por accidente o enfermedad del ASEGURADO, durante la vigencia establecida, LA COMPAÑÍA pagará a HSBC BANK PERÚ S.A., los saldos del capital insoluto de la deuda que el ASEGURADO tuviera con HSBC BANK PERÚ S.A. al momento de la ocurrencia y hasta el límite máximo indemnizable sin incluir intereses, gastos, moras o cualquier otro concepto cobrado por HSBC BANK PERÚ S.A.

Para las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidente ó Enfermedad, el límite máximo a asegurar será de US\$ 800,000 (Ochocientos mil y 00/100 dólares americanos) por ASEGURADO o su equivalente en moneda nacional al tipo de cambio venta promedio ponderado publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP en el Diario El Peruano. Este monto corresponde al total de créditos que el ASEGURADO tuviese con HSBC BANK PERÚ S.A.

En caso de siniestro de un ASEGURADO con deuda contraída con HSBC BANK PERÚ S.A. y que mantiene una o más líneas de crédito o créditos, todas aseguradas bajo la Póliza de Desgravamen, solo se indemnizará hasta US\$ 800,000 (Ochocientos mil y 00/100 dólares americanos) por todas las líneas de crédito, independientemente del número de créditos que mantenga el ASEGURADO.

Los créditos vigentes refinanciados, tendrán continuidad de cobertura sin requerir nueva Declaratorias Personales de Salud o exámenes médicos, siempre que exista continuidad en el pago y que no exceda el 15% del capital original.

## • RIESGOS CUBIERTOS

Muerte Natural, Muerte Accidental, Invalidez Total y/o Permanente por Accidente y/o Enfermedad.

## • EXCLUSIONES

**LA COMPAÑÍA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento o invalidez del (os) ASEGURADO (s) ocurra en las siguientes circunstancias:**

- a) Cuando participen como conductores o acompañantes, en carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, o en carreras de entrenamiento.
- b) Cuando viajen en algún medio de transporte aéreo particular, no comercial.
- c) Cuando el deceso sobrevenga por consecuencia directa de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, estando el ASEGURADO en campaña, así como por intervención en duelo concertado y en viajes u operaciones submarinas.
- d) Cuando sea resultado de suicidio o intento de suicidio, no obstante, LA COMPAÑIA pagará el capital asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido un (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de contratación del seguro, desde su rehabilitación o desde el aumento de capital asegurado.
- e) Cuando el fallecimiento sea consecuencia de intervención directa o indirecta del ASEGURADO en actos delictuosos, subversivos y terroristas. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice por un beneficiario o quien pudiera reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- f) Como consecuencia de fisión o fusión nuclear o radioactividad, sean en forma directa o indirecta.
- g) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- h) Enfermedades preexistentes con conocimiento por parte del ASEGURADO y no declaradas al inicio del seguro.

#### **DEFINICION 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.

#### **EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Y POR ENFERMEDAD:**

- a) Abuso de alcohol o de drogas.
- b) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- c) A consecuencia de los riesgos comprendidos en el Condicionado de esta Póliza referidos a "Exclusiones"

#### **EDAD**

Podrán asegurarse bajo el presente programa personas desde los 18 años hasta los 71 años y 364 días, al momento de solicitar la cobertura, con un máximo de permanencia hasta las 12:00 del día en que cumplen los 80 años. Podrán asegurarse el/la cónyuge siempre y cuando cumpla con los requisitos de afiliación y pague la prima extra correspondiente. **Se deja establecido que si en cualquier momento el ASEGURADO hubiera excedido los límites de edad establecidos, se dará por concluido la cobertura respectiva quedando LA COMPAÑIA obligada únicamente a reintegrar las primas pagadas luego de dichos límites, aún cuando dicha inexactitud se descubra después del Fallecimiento o Invalidez del ASEGURADO.**

En caso el ASEGURADO no calificara como riesgo Standard para el presente seguro de desgravamen, según los parámetros de afiliación establecidos por LA COMPAÑIA, éste será incluido en el presente seguro de desgravamen previa autorización de LA COMPAÑIA y con un incremento del 150% en la tasa de seguro de desgravamen respecto a la que figura en el tarifario vigente de HSBC BANK PERÚ S.A. En caso de siniestro, HSBC BANK PERU S.A. deberá adjuntar la comunicación de LA COMPAÑIA donde se acepta expresamente al ASEGURADO con un recargo en la tasa vigente.

#### **• COBERTURAS ADICIONALES**

1. Indemnización adicional por Renta estudiantil en caso de fallecimiento de Titular y/o Cónyuge (será requisito indispensable que a la fecha de ocurrencia del siniestro, ambos sean ASEGURADOS de LA COMPAÑIA). Esta cobertura estará sujeta a que el ASEGURADO cuente al menos con un hijo menor a 25 años. La suma asegurada es en total por US\$ 3,500 independientemente del número de hijos menores de 25 años que existieran al momento del siniestro, siendo estos los Beneficiarios de esta cobertura.

2. Indemnización adicional por muerte del ASEGURADO en accidente aéreo: La Suma Asegurada es US\$ 15,000. El beneficiario de esta cobertura son los Herederos Legales del ASEGURADO.
3. Desamparo Familiar Súbito: Cobertura sujeta a la Muerte Accidental del Titular y su Cónyuge en un mismo evento. La Suma Asegurada es US\$ 25,000.00. El beneficiario de esta cobertura son los Herederos Legales del ASEGURADO.
4. Prestación extraordinaria para menores de edad: Si a consecuencia de un mismo accidente de tránsito falleciera el ASEGURADO y su cónyuge, será requisito indispensable que a la fecha de ocurrencia del siniestro ambos sean ASEGURADOS de LA COMPAÑÍA, dejando como Beneficiarios hijos menores de 18 años, o mayores de edad discapacitados, se les indemnizará con US\$ 3,000, independientemente del número de hijos menores de 18 años que tengan. El Beneficiario de esta cobertura son los hijos menores de 18 años
5. Anticipo por Enfermedades Graves Terminales: En caso de prestatarios independientes, comprobada la enfermedad grave terminal que impida el cumplimiento de la obligación crediticia, se aplicará en descuento del saldo insoluto esta cláusula para el cumplimiento de las cuotas impagas en caso de omisión. El beneficiario es HSBC BANK PERÚ S.A. por el saldo insoluto del crédito al momento del diagnóstico de la enfermedad en estado terminal del ASEGURADO.

En caso se diagnostique el estado terminal de la enfermedad por una junta de médicos colegiados, integrada por el médico tratante del ASEGURADO, un médico representante de LA COMPAÑÍA y un tercero designado por el ASEGURADO o su familia; LA COMPAÑÍA procederá con el pago de la indemnización como parte de la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

**Las coberturas precedentes descritas son coberturas adicionales y las indemnizaciones correspondientes a dichas coberturas serán pagadas por LA COMPAÑÍA EN UNA SOLA OCASIÓN, considerando un sólo evento por ASEGURADO, independientemente del número de créditos que pudiera tener vigentes en HSBC BANK PERÚ S.A. Las coberturas descritas NO SERAN PAGADAS por cada Seguro de Desgravamen que hubiera sido contratado por el ASEGURADO, sino EN UNA SOLA OCASIÓN.**

- **MONTO DE LA PRIMA DEL SEGURO** Conforme a lo indicado en el respectivo cronograma de pagos.
- **MONEDA** Dólares Americanos o Nuevos Soles según como corresponda al Crédito.
- **FORMA DE PAGO DE LA PRIMA** Pagada mensualmente por el ASEGURADO a través de HSBC BANK PERÚ S.A.
- **DEDUCIBLES Y FRANQUICIAS** Al presente seguro de desgravamen no aplican deducibles, franquicias y similares a cargo del ASEGURADO.
- **FORMA DE CÁLCULO DE LA PRIMA** Tasa neta mensual establecida en las condiciones particulares de la Póliza aplicada sobre el saldo insoluto de la deuda.
- **CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

El Contrato de Seguro, a decisión expresa de la COMPAÑÍA, podrá quedar resuelto perdiendo el ASEGURADO todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que se incurran las siguientes causales:

- a) Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas.
- b) Si las pérdidas o daños o gastos del siniestro fueran causados por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa grave del ASEGURADO y/o de los BENEFICIARIOS del ASEGURADO.

- c) Una agravación sustancial del estado del riesgo, no declarada oportunamente por el ASEGURADO.
- d) El incumplimiento de las obligaciones y cargas del CONTRATANTE y/o ASEGURADO previstas en la Póliza.
- e) Por mala fe probada en la presentación de cualquier reclamo para ser cubierto bajo el seguro materia del presente contrato.
- f) Por falta de pago de la prima.
- g) A partir del aniversario del seguro que siga a la fecha en que el ASEGURADO cumpla la edad límite de permanencia señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Desgravamen.

Asimismo, tanto el ASEGURADO y/o HSBC BANK PERÚ S.A. o LA COMPAÑÍA podrán resolver sin expresión de causa el presente contrato, mediante comunicación escrita con firma legalizada que se cursará con no menos de treinta (30) días naturales de anticipación. La resolución no afecta los derechos devengados a favor del ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza.

#### • ATENCIÓN AL CLIENTE

Av. Las Begonias 475 Piso 2, San Isidro. Lima  
www.rimac.com.pe Tel. 411 3000 (Anexo 3)

#### DEFENSORIA DEL ASEGURADO

El ASEGURADO también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de éste seguro en la "Defensoría del Asegurado", llamando al 446-9158 o en [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

#### PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS

Se deberá comunicar la ocurrencia del siniestro a HSBC BANK PERÚ S.A. El plazo para el reclamo de siniestros expirará de acuerdo a lo establecido por la ley.

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.

La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostrare la imposibilidad de cumplir, hace perder todo derecho a la indemnización, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este Seguro. En ningún caso el Asegurado o sus beneficiarios podrán alegar como excusa del incumplimiento señalado en el texto precedente del presente párrafo, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Póliza de Seguro, o el desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones, salvo que se hubieran presentado imponderables que se encuentran fuera de su control y se encuentran en el ámbito de la "fuerza mayor" y tornan inimputable el incumplimiento del procedimiento en caso de siniestro.

#### En caso de siniestros en el extranjero:

Los documentos deberán estar legalizados por el Consulado Peruano del país donde ocurrió el siniestro (fallecimiento o invalidez total y permanente) y posteriormente legalizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú. Asimismo los documentos de estar en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial, actualizados y visados por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

### **Documentos por presentar en caso de siniestro.**

#### **Fallecimiento por Causas Naturales:**

- Copia simple del DNI del ASEGURADO.
- Certificado de Defunción, en original o copia certificada;
- Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada;
- Formato de Declaración Médica de LA COMPAÑÍA suscrita por el médico tratante.
- Informes médicos adicionales y/o ampliatorios a requerimiento de LA COMPAÑÍA para aquellos casos que el monto de la indemnización sea igual o superior a US\$ 3,000 o su equivalente en moneda nacional.
- Condicionado de Seguro firmado por el ASEGURADO.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Historia Clínica Foliada y Fedatada del Asegurado.

#### **Muerte Accidental:**

- Copia simple del DNI del ASEGURADO.
- Certificado de Defunción, en original o copia certificada;
- Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada;
- Copia simple del parte y atestado policial;
- Certificado y protocolo de necropsia, de haberse realizado; y,
- Resultado de examen toxicológico, de haberse realizado.
- Condicionado de Seguro firmado por el ASEGURADO.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Historia Clínica Foliada y Fedatada del Asegurado.

#### **Invalidez Total y Permanente por Accidente:**

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

**Nota: Todos los documentos antes mencionados deberán ser originales o copias legalizadas, excepto el DNI que será en fotocopia simple.**

• **IMPORTANTE**

Esta modalidad de venta de seguros no configura una asesoría para su contratación.

La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las condiciones de la Póliza que obra en poder de HSBC BANK PERÚ S.A. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza a HSBC BANK PERÚ S.A., la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.

Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO a HSBC BANK PERÚ S.A., por aspectos relacionados a la Póliza, tendrán los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA. Los pagos efectuados por el ASEGURADO a HSBC BANK PERÚ S.A., se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.

La firma del presente documento significa que LA COMPAÑÍA por medio de HSBC BANK PERÚ S.A. ha hecho entrega del presente Condicionado dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente.

\*La cobertura del seguro de desgravamen para personas jurídicas de derecho privado (EIRL), aplica sólo para el caso de préstamos hipotecarios.

Las coberturas del seguro son responsabilidad de Rimac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros, empresa distinta a HSBC Bank Perú S.A.

**COBERTURA SUJETA A LA ACTIVACIÓN DEL PRÉSTAMO MATERIA DE LA PRESENTE OPERACIÓN**