

SOLICITUD - CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO Y CRÉDITOS MI VIVIENDA

Nro de Póliza: 7419210176	Código SBS: VI2087400078 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	Nro. Solicitud-Certificado	Fecha de Emisión:
------------------------------	---	----------------------------	-------------------

DATOS DE LA COMPAÑÍA

Denominación Social /Razón Social: BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros		
RUC: 20513328819	Teléfono (Central Telefónica): 615-5700	
Dirección: Av. Canaval y Moreyra N° 380 Piso 11		Correo Electrónico: Servicioalcliente@cardif.com.pe
Distrito: San Isidro	Provincia: Lima	Departamento: Lima

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación Social/Razón Social: Crediscotia Financiera S.A		
RUC: 20255993225	Teléfono (s): 611-9900	
Dirección: Av. Paseo de la República N° 3587		Correo Electrónico: crediscotiaenlinea@crediscotia.com.pe
Distrito: San Isidro	Provincia: Lima	Departamento: Lima

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:		Correo Electrónico:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Relación con el Contratante:		

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE 5 (CINCO) PÁGINAS.



FIRMA DEL ASEGURADO
TITULAR

GERENTE GENERAL BNP PARIBAS CARDIF
COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS

FIRMA DEL ASEGURADO
ADICIONAL

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la firma de la presente cláusula, el Asegurado se somete a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan anteriormente y autoriza de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que sus datos personales sean usados para, además de ejecutar y administrar los contratos de seguros, coaseguros y/o reaseguros, realizar el envío de publicidad y/o contactarlo para ofrecerle los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de sus datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. El Asegurado podrá ejercer sus derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

FIRMA DEL ASEGURADO
TITULAR

FIRMA DEL ASEGURADO
ADICIONAL



EDAD		
Edad Mínima de Ingreso: 18 años	Edad Máxima de Ingreso: 69 años y 364 días	Edad Máxima de Permanencia: 79 años y 364 días

COBERTURAS PRINCIPALES	SUMA ASEGURADA	CONDICIONES DEL SEGURO
<p>1. Fallecimiento Cubre el fallecimiento por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.</p> <p>2. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente Cubre la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una Enfermedad o Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal invalidez sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.</p>	<p>Saldo insoluto del crédito al momento del fallecimiento del asegurado o a la fecha en la que se determine la condición de invalidez total y permanente por la autoridad competente, lo que ocurra primero, hasta un monto máximo de S/500,000.00. En caso el asegurado contrate más de un crédito con la cobertura del Seguro Desgravamen Hipotecario, el monto máximo será aplicable al total de los créditos asegurados. La suma asegurada no incluye intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales.</p>	<p>Periodo de Carencia: No aplica Deducible: No aplica</p>

COBERTURAS ADICIONALES	SUMA ASEGURADA	CONDICIONES DEL SEGURO
<p>3. Desamparo Súbito Familiar La Compañía pagará a los Beneficiarios hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado, si como consecuencia de un mismo Accidente fallece el Asegurado y su Cónyuge y/o Conviviente. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado.</p>	<p>S/ 10,000.00</p>	<p>Periodo de Carencia: No aplica Deducible: No aplica</p>

BENEFICIARIOS:
<p>Coberturas Principales: El Contratante. Cobertura Adicional: Herederos Legales del Asegurado.</p>

VIGENCIA	Mientras el contrato del crédito objeto de la cobertura este vigente. (*)
Inicio de Vigencia	Desde el desembolso del crédito y suscripción de la Solicitud-Certificado, con previa aprobación de exámenes médicos en caso se requiera.
Fin de Vigencia	Ultimo día de vigencia del crédito, ya sea por finalización del cronograma o precancelación anticipada del crédito, o la fecha en la que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia lo que ocurra primero.

(*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea Mensual.

RENOVACIÓN:
Mensual de forma automática.

GASTOS ADMINISTRATIVOS: No aplica

PRÉSTAMO HIPOTECARIO / GARANTÍA HIPOTECARIA		
Prima Comercial (No aplica IGV)	Tasa 1: Para un asegurado 0.0299% del saldo insoluto del crédito.	Tasa 2: Para dos asegurados 0.0573% del saldo insoluto del crédito.
	Para Créditos mayores a S/ 170,000.00, luego de evaluar la DPS (Declaración Personal de Salud) y evaluación médica respectiva, se podrá aplicar un recargo del 50% o 100% de la Tasa 1 y Tasa 2, según se determine un mayor riesgo. Las tasas y primas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de Crediscotia Financiera S.A	
CRÉDITO MI VIVIENDA		
Prima Comercial (No aplica IGV)	Tasa 1: Para un asegurado 0.032% del saldo insoluto del crédito.	Tasa 2: Para dos asegurados 0.063% del saldo insoluto del crédito.
	Para Créditos mayores a S/ 170,000.00, luego de evaluar la DPS (Declaración Personal de Salud) y evaluación médica respectiva, se podrá aplicar un recargo del 50% o 100% de la Tasa 1 y Tasa 2, según se determine un mayor riesgo. Las tasas y primas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de Crediscotia Financiera S.A	

DESCRIPCIÓN GENERAL	MONTO / PORCENTAJE
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	No aplica



SOLICITUD - CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO Y CRÉDITOS MI VIVIENDA

Nro de Póliza: 7419210176	Código SBS: VI2087400078 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	Nro. Solicitud-Certificado	Fecha de Emisión:
------------------------------	---	----------------------------	-------------------

DATOS DE LA COMPAÑÍA

Denominación Social /Razón Social: BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros		
RUC: 20513328819	Teléfono (Central Telefónica): 615-5700	
Dirección: Av. Canaval y Moreyra N° 380 Piso 11		Correo Electrónico: Servicioalcliente@cardif.com.pe
Distrito: San Isidro	Provincia: Lima	Departamento: Lima

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación Social/Razón Social: Crediscotia Financiera S.A		
RUC: 20255993225	Teléfono (s): 611-9900	
Dirección: Av. Paseo de la República N° 3587		Correo Electrónico: crediscotiaenlinea@crediscotia.com.pe
Distrito: San Isidro	Provincia: Lima	Departamento: Lima

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
Dirección del Asegurado:		Correo Electrónico:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
Relación con el Contratante:			

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE 5 (CINCO) PÁGINAS.

FIRMA DEL ASEGURADO
TITULAR

GERENTE GENERAL BNP PARIBAS CARDIF
COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS

FIRMA DEL ASEGURADO
ADICIONAL

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la firma de la presente cláusula, el Asegurado se somete a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan anteriormente y autoriza de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que sus datos personales sean usados para, además de ejecutar y administrar los contratos de seguros, coaseguros y/o reaseguros, realizar el envío de publicidad y/o contactarlo para ofrecerle los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de sus datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. El Asegurado podrá ejercer sus derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

FIRMA DEL ASEGURADO
TITULAR

FIRMA DEL ASEGURADO
ADICIONAL



EDAD		
Edad Mínima de Ingreso: 18 años	Edad Máxima de Ingreso: 69 años y 364 días	Edad Máxima de Permanencia: 79 años y 364 días

COBERTURAS PRINCIPALES	SUMA ASEGURADA	CONDICIONES DEL SEGURO
<p>1. Fallecimiento Cubre el fallecimiento por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.</p> <p>2. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente Cubre la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una Enfermedad o Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal invalidez sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.</p>	Saldo insoluto del crédito al momento del fallecimiento del asegurado o a la fecha en la que se determine la condición de invalidez total y permanente por la autoridad competente, lo que ocurra primero, hasta un monto máximo de S/500,000.00. En caso el asegurado contrate más de un crédito con la cobertura del Seguro Desgravamen Hipotecario, el monto máximo será aplicable al total de los créditos asegurados. La suma asegurada no incluye intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales.	Periodo de Carencia: No aplica Deducible: No aplica

COBERTURAS ADICIONALES	SUMA ASEGURADA	CONDICIONES DEL SEGURO
<p>3. Desamparo Súbito Familiar La Compañía pagará a los Beneficiarios hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado, si como consecuencia de un mismo Accidente fallece el Asegurado y su Cónyuge y/o Conviviente. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado.</p>	S/ 10,000.00	Periodo de Carencia: No aplica Deducible: No aplica

BENEFICIARIOS:
 Coberturas Principales: El Contratante.
 Cobertura Adicional: Herederos Legales del Asegurado.

VIGENCIA	Mientras el contrato del crédito objeto de la cobertura este vigente. (*)
Inicio de Vigencia	Desde el desembolso del crédito y suscripción de la Solicitud-Certificado, con previa aprobación de exámenes médicos en caso se requiera.
Fin de Vigencia	Ultimo día de vigencia del crédito, ya sea por finalización del cronograma o precancelación anticipada del crédito, o la fecha en la que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia lo que ocurra primero.

(*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea Mensual.

RENOVACIÓN:
Mensual de forma automática.

GASTOS ADMINISTRATIVOS: No aplica

PRÉSTAMO HIPOTECARIO / GARANTÍA HIPOTECARIA		
Prima Comercial (No aplica IGV)	Tasa 1: Para un asegurado 0.0299% del saldo insoluto del crédito.	Tasa 2: Para dos asegurados 0.0573% del saldo insoluto del crédito.
	Para Créditos mayores a S/ 170,000.00, luego de evaluar la DPS (Declaración Personal de Salud) y evaluación médica respectiva, se podrá aplicar un recargo del 50% o 100% de la Tasa 1 y Tasa 2, según se determine un mayor riesgo. Las tasas y primas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de Crediscotia Financiera S.A	
CRÉDITO MI VIVIENDA		
Prima Comercial (No aplica IGV)	Tasa 1: Para un asegurado 0.032% del saldo insoluto del crédito.	Tasa 2: Para dos asegurados 0.063% del saldo insoluto del crédito.
	Para Créditos mayores a S/ 170,000.00, luego de evaluar la DPS (Declaración Personal de Salud) y evaluación médica respectiva, se podrá aplicar un recargo del 50% o 100% de la Tasa 1 y Tasa 2, según se determine un mayor riesgo. Las tasas y primas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de Crediscotia Financiera S.A	

DESCRIPCIÓN GENERAL	MONTO / PORCENTAJE
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	No aplica



LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar: No aplica	Período de Gracia: El periodo de gracia es máximo 6 meses.	Interés moratorio: No aplica
Forma: La prima será cargada en la cuota a pagar del crédito, de acuerdo al cronograma del mismo	Fecha: De acuerdo a cronograma del crédito	

El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO

Indemnizar al(los) Beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro.

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES

1. Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente:
Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:
 - 1.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros.
 - 1.2. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
 - 1.3. Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA.
 - 1.4. Guerra externa, 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, sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga, 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.

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES

1. Desamparo Súbito Familiar:
Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:
 - 1.1. Guerra externa, 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, sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga, 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.

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro. Deberán comunicarlo a la Compañía, al correo atenciondeseguros@cardif.com.pe o al teléfono: (01) 615-5708 o a CREDISCOTIA FINANCIERA S.A a través de cualquiera de sus agencias y/o llamando a los teléfonos 611-9900.

En caso de Siniestro se deberán presentar los documentos que se detallan a continuación:

1. Para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural
 - a. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado.
 - b. Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, en caso de fallecimiento por enfermedad.
2. Para la Cobertura de Fallecimiento por Accidente
Adicionalmente a los Documentos Sustentatorios antes indicados para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural, en caso de Fallecimiento a consecuencia de un Accidente, deberán presentarse los siguientes documentos:
 - a. Copia simple del Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
3. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente
 - a. Historia Clínica completa foliada y fedateada del Asegurado, en caso de invalidez por enfermedad.
 - b. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por ESSALUD o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación o cualquier otra entidad autorizada para emitir dicho documento; o el Dictamen de Invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia).
 - c. Copia simple del Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
4. Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar por Accidente
Adicionalmente a los Documentos Sustentatorios para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad deberán presentarse los siguientes documentos:
 - a. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado y su Cónyuge.
 - b. Copia simple del Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibida los Documentos Sustentatorios establecidos en la Solicitud- Certificado, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días con el que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro luego de recibidos los Documentos Sustentatorios hasta que se presente la documentación adicional correspondiente. En caso de Siniestros en el extranjero, los documentos deberán estar legalizados por el Consulado peruano del país donde ocurrió el siniestro y validado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Perú; o de ser el caso, debidamente apostillados. En caso los documentos estén en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.



RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

1. La falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver la Póliza y/o Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante y/o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
2. Solicitud de Cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.
3. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario excepto en los casos de actos realizados para evitar el siniestro o atenuar sus consecuencias, por un deber de humanidad generalmente aceptado, por legítima defensa, estado de necesidad o cumplimiento de un deber legal.
4. Incumplimiento de las cargas del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario previstas en el numeral 15.2 y/o 15.4 del artículo 15° de las Cláusulas Generales de Contratación siempre que medie dolo o culpa inexcusable y haga perder el derecho a ser indemnizado y/o de la carga prevista en el numeral 15.3 del artículo 15° de las Cláusulas Generales de Contratación siempre que medie dolo o culpa inexcusable de forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma y lugar y medios utilizados para la celebración del presente Contrato.
5. La falta de aceptación del Contratante del ajuste de prima y/o de la Suma Asegurada prevista para cada cobertura propuesta por la Compañía en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del Contratante y/o Asegurado. La Compañía resolverá el Contrato de Seguro mediante comunicación dirigida al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendarios contados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendarios para que el Contratante se pronuncie sobre la aceptación o rechazo.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de terminación del Contrato de Seguro:

1. Cuando la Compañía pague la Suma Asegurada de las coberturas contempladas en esta Solicitud-Certificado.
2. Vencimiento de la vigencia de la Póliza y no proceda la renovación automática.
3. Cuando el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia, establecida en esta Solicitud-Certificado.
4. Por fallecimiento del Asegurado.
5. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado.
6. La cancelación o anulación del préstamo.

MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

La Compañía podrá modificar la prima, cobertura, moneda y demás condiciones de la Póliza, durante su vigencia, en caso lo considere necesario, previa aceptación por escrito del Contratante. La Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones efectuadas, sin perjuicio de comunicar a los Asegurados dichos cambios a través de cualquier medio indirecto contemplado en el artículo 18° de las Cláusulas Generales de Contratación. El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria. Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE

El Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios podrán presentar sus consultas o reclamos derivados de la presente Póliza al área de Servicio al Cliente de la Compañía, a través de los siguientes medios:

- La central telefónica de la Compañía: 615-5708.
- E-mail: atenciondeseguros@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe
- Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.

Para la atención del reclamo deberá presentarse, como mínimo, la siguiente información:

- Nombre completo del reclamante, fecha de reclamo, motivo del reclamo, detalle del reclamo.

El plazo para la atención de un reclamo no deberá exceder de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Cualquier diferencia existente entre la Compañía y el Asegurado y/o Contratante y/o Beneficiario y siempre y cuando la pretensión no exceda la suma de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) o su equivalente en moneda nacional, podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG).

Dirección: Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - Edificio Nacional, San Isidro

Teléfono: 421-0614

Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / <http://www.defaseg.com.pe>

Adicionalmente el Asegurado podrá acudir al Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).

Para solicitar orientación y/o formular denuncias, el Asegurado y/o Contratante y/o Beneficiario podrán comunicarse también con el Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las Partes declaran que es su voluntad que todos los conflictos o incertidumbres con relevancia legal que pudieran surgir con respecto a la interpretación, ejecución, cumplimiento y cualquier aspecto relativo a la existencia, validez, eficacia o caducidad de la Póliza, sea resuelto a través de la vía Judicial Ordinaria (Poder Judicial) de conformidad con lo dispuesto por el Código Procesal Civil.



TERRITORIALIDAD

Nacional e Internacional

IMPORTANTE

- La Póliza de Seguro de Grupo N° 7419210176 suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resumen en el presente documento. El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza del seguro de grupo a la Compañía, la cual, deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
- Para montos de créditos que superen lo establecido en las Condiciones Especiales aplicará el Cuestionario de DPS el cual prevalecerá sobre la Declaración de Salud contenida en el acápite de Declaraciones y Autorizaciones.
- La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que pudiera incurrir el comercializador durante la comercialización. Tratándose de un producto comercializado a través del canal de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Transparencia de Información y contratación con usuarios del Sistema Financiero.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiario al comercializador por aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Compañía.
- Los pagos efectuados por los Contratantes o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía.
- El presente Contrato de Seguros forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguro de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace:
<http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- El Asegurado manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria.
- El Asegurado declara que de manera previa a la contratación del seguro, ha tomado conocimiento de todas las Cláusulas Generales de Contratación, Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales y Resumen, de cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro, encontrándose en la página web de la Compañía las Cláusulas Generales de Contratación, Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Resumen aplicables al presente Contrato de Seguro.
- El Asegurado autoriza a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica a través del correo electrónico señalado en la Solicitud-Certificado, en caso la Compañía decida su utilización. Para tal efecto el Asegurado declara haber sido informado por la Compañía de la forma de envío de la Póliza por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguirá con las ventajas y los posibles riesgos asociados, conociendo de las medidas de seguridad que le corresponde aplicar. Asimismo declara que la forma en que la Compañía confirmará la recepción de la Póliza será mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo y que la autenticidad e integridad de la Póliza se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de la Compañía.
- El Asegurado declara haber sido informado que sus datos personales serán registrados en el banco de datos personales de Titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, para la preparación, celebración y ejecución del contrato de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar a favor del Asegurado y/o para la realización de encuestas de satisfacción. El tratamiento de los datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades a terceras empresas con las que la Compañía mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. En caso de no proporcionar los datos personales solicitados, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas. El Asegurado podrá ejercer sus derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de sus datos, llenando el formulario al que puede acceder a través de la página web antes mencionada y remitiéndolo a servicioalcliente@cardif.com.pe o de manera presencial en la dirección señalada en este punto, debiendo presentar y/o adjuntar copia de su Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley.
- El Asegurado declara conocer que el presente producto presenta obligaciones a su cargo, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- El Asegurado declara conocer que dentro de la vigencia del contrato de seguro, se encuentra obligado a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El Asegurado declara NO padecer, NO haber padecido, NO haber sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes Enfermedades: Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal, Derrame Cerebral, Enfermedad psiquiátrica, Esclerosis Múltiple, Lupus, Enfermedad Renal, Tuberculosis, Enfermedad Inmunológica, SIDA, Alzheimer, Hepatitis, Cirrosis, Enfermedades cardiológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declara NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.
- Mediante la suscripción de la presente Solicitud-Certificado, el Asegurado autoriza a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.



LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar: No aplica	Período de Gracia: El periodo de gracia es máximo 6 meses.	Interés moratorio: No aplica
Forma: La prima será cargada en la cuota a pagar del crédito, de acuerdo al cronograma del mismo	Fecha: De acuerdo a cronograma del crédito	

El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO

Indemnizar al(los) Beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro.

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES

- Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente:**
Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:
 - 1.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros.
 - 1.2. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
 - 1.3. Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA.
 - 1.4. Guerra externa, 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, sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga, 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.

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES

- Desamparo Súbito Familiar:**
Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:
 - 1.1. Guerra externa, 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, sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga, 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.

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro. Deberán comunicarlo a la Compañía, al correo atenciondeseguros@cardif.com.pe o al teléfono: (01) 615-5708 o a CREDISCOTIA FINANCIERA S.A a través de cualquiera de sus agencias y/o llamando a los teléfonos 611-9900.

En caso de Siniestro se deberán presentar los documentos que se detallan a continuación:

- Para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural
 - a. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado.
 - b. Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, en caso de fallecimiento por enfermedad.
- Para la Cobertura de Fallecimiento por Accidente
Adicionalmente a los Documentos Sustentatorios antes indicados para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural, en caso de Fallecimiento a consecuencia de un Accidente, deberán presentarse los siguientes documentos:
 - a. Copia simple del Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
- Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente
 - a. Historia Clínica completa foliada y fedateada del Asegurado, en caso de invalidez por enfermedad.
 - b. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por ESSALUD o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación o cualquier otra entidad autorizada para emitir dicho documento; o el Dictamen de Invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia).
 - c. Copia simple del Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
- Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar por Accidente
Adicionalmente a los Documentos Sustentatorios para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad deberán presentarse los siguientes documentos:
 - a. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado y su Cónyuge.
 - b. Copia simple del Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibida los Documentos Sustentatorios establecidos en la Solicitud- Certificado, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días con el que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro luego de recibidos los Documentos Sustentatorios hasta que se presente la documentación adicional correspondiente. En caso de Siniestros en el extranjero, los documentos deberán estar legalizados por el Consulado peruano del país donde ocurrió el siniestro y validado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Perú; o de ser el caso, debidamente apostillados. En caso los documentos estén en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.



RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

1. La falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver la Póliza y/o Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante y/o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
2. Solicitud de Cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.
3. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario excepto en los casos de actos realizados para evitar el siniestro o atenuar sus consecuencias, por un deber de humanidad generalmente aceptado, por legítima defensa, estado de necesidad o cumplimiento de un deber legal.
4. Incumplimiento de las cargas del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario previstas en el numeral 15.2 y/o 15.4 del artículo 15° de las Cláusulas Generales de Contratación siempre que medie dolo o culpa inexcusable y haga perder el derecho a ser indemnizado y/o de la carga prevista en el numeral 15.3 del artículo 15° de las Cláusulas Generales de Contratación siempre que medie dolo o culpa inexcusable de forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma y lugar y medios utilizados para la celebración del presente Contrato.
5. La falta de aceptación del Contratante del ajuste de prima y/o de la Suma Asegurada prevista para cada cobertura propuesta por la Compañía en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del Contratante y/o Asegurado. La Compañía resolverá el Contrato de Seguro mediante comunicación dirigida al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendarios contados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendarios para que el Contratante se pronuncie sobre la aceptación o rechazo.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de terminación del Contrato de Seguro:

1. Cuando la Compañía pague la Suma Asegurada de las coberturas contempladas en esta Solicitud-Certificado.
2. Vencimiento de la vigencia de la Póliza y no proceda la renovación automática.
3. Cuando el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia, establecida en esta Solicitud-Certificado.
4. Por fallecimiento del Asegurado.
5. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado.
6. La cancelación o anulación del préstamo.

MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

La Compañía podrá modificar la prima, cobertura, moneda y demás condiciones de la Póliza, durante su vigencia, en caso lo considere necesario, previa aceptación por escrito del Contratante. La Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones efectuadas, sin perjuicio de comunicar a los Asegurados dichos cambios a través de cualquier medio indirecto contemplado en el artículo 18° de las Cláusulas Generales de Contratación. El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria. Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE

El Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios podrán presentar sus consultas o reclamos derivados de la presente Póliza al área de Servicio al Cliente de la Compañía, a través de los siguientes medios:

- La central telefónica de la Compañía: 615-5708.
- E-mail: atenciondeseguros@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe
- Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.

Para la atención del reclamo deberá presentarse, como mínimo, la siguiente información:

- Nombre completo del reclamante, fecha de reclamo, motivo del reclamo, detalle del reclamo.

El plazo para la atención de un reclamo no deberá exceder de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Cualquier diferencia existente entre la Compañía y el Asegurado y/o Contratante y/o Beneficiario y siempre y cuando la pretensión no exceda la suma de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) o su equivalente en moneda nacional, podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG).

Dirección: Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - Edificio Nacional, San Isidro

Teléfono: 421-0614

Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / <http://www.defaseg.com.pe>

Adicionalmente el Asegurado podrá acudir al Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).

Para solicitar orientación y/o formular denuncias, el Asegurado y/o Contratante y/o Beneficiario podrán comunicarse también con el Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las Partes declaran que es su voluntad que todos los conflictos o incertidumbres con relevancia legal que pudieran surgir con respecto a la interpretación, ejecución, cumplimiento y cualquier aspecto relativo a la existencia, validez, eficacia o caducidad de la Póliza, sea resuelto a través de la vía Judicial Ordinaria (Poder Judicial) de conformidad con lo dispuesto por el Código Procesal Civil.



TERRITORIALIDAD

Nacional e Internacional

IMPORTANTE

- La Póliza de Seguro de Grupo N° 7419210176 suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resumen en el presente documento. El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza del seguro de grupo a la Compañía, la cual, deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
- Para montos de créditos que superen lo establecido en las Condiciones Especiales aplicará el Cuestionario de DPS el cual prevalecerá sobre la Declaración de Salud contenida en el acápite de Declaraciones y Autorizaciones.
- La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que pudiera incurrir el comercializador durante la comercialización. Tratándose de un producto comercializado a través del canal de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Transparencia de Información y contratación con usuarios del Sistema Financiero.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiario al comercializador por aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Compañía.
- Los pagos efectuados por los Contratantes o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía.
- El presente Contrato de Seguros forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguro de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace:
<http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- El Asegurado manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria.
- El Asegurado declara que de manera previa a la contratación del seguro, ha tomado conocimiento de todas las Cláusulas Generales de Contratación, Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales y Resumen, de cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro, encontrándose en la página web de la Compañía las Cláusulas Generales de Contratación, Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Resumen aplicables al presente Contrato de Seguro.
- El Asegurado autoriza a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica a través del correo electrónico señalado en la Solicitud-Certificado, en caso la Compañía decida su utilización. Para tal efecto el Asegurado declara haber sido informado por la Compañía de la forma de envío de la Póliza por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguirá con las ventajas y los posibles riesgos asociados, conociendo de las medidas de seguridad que le corresponde aplicar. Asimismo declara que la forma en que la Compañía confirmará la recepción de la Póliza será mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo y que la autenticidad e integridad de la Póliza se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de la Compañía.
- El Asegurado declara haber sido informado que sus datos personales serán registrados en el banco de datos personales de Titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, para la preparación, celebración y ejecución del contrato de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar a favor del Asegurado y/o para la realización de encuestas de satisfacción. El tratamiento de los datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades a terceras empresas con las que la Compañía mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. En caso de no proporcionar los datos personales solicitados, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas. El Asegurado podrá ejercer sus derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de sus datos, llenando el formulario al que puede acceder a través de la página web antes mencionada y remitiéndolo a servicioalcliente@cardif.com.pe o de manera presencial en la dirección señalada en este punto, debiendo presentar y/o adjuntar copia de su Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley.
- El Asegurado declara conocer que el presente producto presenta obligaciones a su cargo, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- El Asegurado declara conocer que dentro de la vigencia del contrato de seguro, se encuentra obligado a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El Asegurado declara NO padecer, NO haber padecido, NO haber sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes Enfermedades: Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal, Derrame Cerebral, Enfermedad psiquiátrica, Esclerosis Múltiple, Lupus, Enfermedad Renal, Tuberculosis, Enfermedad Inmunológica, SIDA, Alzheimer, Hepatitis, Cirrosis, Enfermedades cardiológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declara NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.
- Mediante la suscripción de la presente Solicitud-Certificado, el Asegurado autoriza a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.