

SOLICITUD – CERTIFICADO DEL SEGURO DE VIDA DE PRÉSTAMOS PERSONALES

N° Póliza: Soles 7419210177	Código SBS: N° VI2087200086 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	N° Certificado:	Fecha de Emisión:
--------------------------------	--	-----------------	-------------------

DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC: 20513328819	Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: 615-5700
------------------	---	---	-----------------------

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 TITULAR

Nombre:		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
DNI/CE:		Fecha Nacimiento:		Sexo:	
Dirección del Asegurado:		Correo Electrónico:			
Distrito:		Provincia:		Departamento:	
Nacionalidad:		Relación con el Contratante: Cliente.		Monto inicial del crédito:	

EDAD

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	80 años y 364 días	85 años y 364 días, cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Pagar la suma asegurada en caso de siniestro.

PLANES	Prima Comercial
De S/ 0.00 hasta S/ 20,000.00	6.50% del monto inicial del crédito
De S/ 20,001.00 hasta S/ 25,000.00	6.00% del monto inicial del crédito
De S/ 25,001.00 hasta S/ 30,000.00	5.50% del monto inicial del crédito
De S/ 30,001.00 hasta S/ 150,000.00	5.00% del monto inicial del crédito

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la firma de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan en este documento y autorizo de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que mis 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 contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. Y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

ASEGURADO

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE CUATRO (4) PÁGINAS.

ASEGURADO

GERENTE GENERAL BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS



SOLICITUD – CERTIFICADO DEL SEGURO DE VIDA DE PRÉSTAMOS PERSONALES

N° Póliza: Soles 7419210177	Código SBS: N° VI2087200086 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	N° Certificado:	Fecha de Emisión:
--------------------------------	--	-----------------	-------------------

DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC: 20513328819	Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: 615-5700
------------------	---	---	-----------------------

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 TITULAR

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:	Correo Electrónico:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente.	Monto inicial del crédito:

EDAD

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	80 años y 364 días	85 años y 364 días, cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Pagar la suma asegurada en caso de siniestro.

PLANES

PLANES	Prima Comercial
De S/ 0.00 hasta S/ 20,000.00	6.50% del monto inicial del crédito
De S/ 20,001.00 hasta S/ 25,000.00	6.00% del monto inicial del crédito
De S/ 25,001.00 hasta S/ 30,000.00	5.50% del monto inicial del crédito
De S/ 30,001.00 hasta S/ 150,000.00	5.00% del monto inicial del crédito

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la firma de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan en este documento y autorizo de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que mis 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 contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. Y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

ASEGURADO

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE CUATRO (4) PÁGINAS.

ASEGURADO

GERENTE GENERAL BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS



COBERTURAS	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
Suma Asegurada	<p>Monto inicial del crédito hasta S/ 150,000.00 (según cronograma original del crédito).</p> <p>Contratante: Recibirá el saldo deudor del crédito al momento de la ocurrencia del siniestro. Se entiende como saldo deudor el monto adeudado sin considerar intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales.</p> <p>Herederos legales: Recibirán el monto inicial del crédito (según cronograma original del crédito) menos el saldo deudor pagado al Contratante.</p> <p>El pago del siniestro se realizará en la moneda del crédito.</p> <p>En caso de que el Asegurado hubiera contratado más de un Seguro de Vida de Préstamos Personales, se considerará como límite por el total de dichos seguros, la cobertura máxima de S/600,000.00 por asegurado.</p>	<p>Monto inicial del crédito hasta S/. 150,000.00 (según cronograma original del crédito).</p> <p>Contratante: Recibirá el saldo deudor del crédito al momento de la ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente determinada por la autoridad competente a través del Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez. Se entiende como saldo deudor el monto adeudado sin considerar intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales.</p> <p>Asegurado: Recibirá el monto inicial del crédito (según cronograma original del crédito) menos el saldo deudor pagado al Contratante.</p> <p>El pago del siniestro se realizará en la moneda del crédito.</p> <p>En caso de que el Asegurado hubiera contratado más de un Seguro de Vida de Préstamos Personales, se considerará como límite por el total de dichos seguros, la cobertura máxima de S/600,000.00 por asegurado.</p>
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) En este periodo no hay cobertura.	No aplica	No aplica
Deducible	No aplica	No aplica
Beneficiarios	<p>Contratante: Saldo Insoluto.</p> <p>Herederos: Diferencia entre el Capital Inicial y el Saldo Insoluto.</p> <p>En caso de pago/cancelación anticipada del préstamo se realiza el pago de la suma asegurada solamente a sus Herederos legales.</p>	<p>Contratante: Saldo Insoluto.</p> <p>Asegurado: Diferencia entre el Capital Inicial y el Saldo Insoluto.</p> <p>En caso de pago/cancelación anticipada del préstamo se realiza el pago de la suma asegurada al Asegurado</p>

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: El mismo plazo del crédito.

Inicio de Vigencia: Desde la Suscripción de la Solicitud-Certificado y el pago de la prima

Fin de Vigencia: último día del cronograma original del crédito o de fecha de la cancelación del crédito en caso de reprogramación, según corresponda, o la fecha en la que el (los) asegurados cumplan la edad máxima de permanencia o la fecha de fallecimiento del (los) asegurados, lo que suceda primero.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: No aplica

Renovación automática SÍ NO

PRIMA

Lugar de Pago

Oficina del Contratante.

Forma y Plazo de Pago

Pago único con cargo al crédito. **El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendario 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 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

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento. La Compañía confirmará la recepción de la Póliza mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo.
- Declaro haber sido informado que mis 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 seguro, así como de los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar a mi favor y/o para la realización de encuestas de satisfacción.



DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- El tratamiento de mis 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. Podré ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de mis datos, llenando el formulario al que puedo 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 mi Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley.
- Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro.
- Declaro 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, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.
- Autorizo 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.

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>Fallecimiento: Los beneficiarios recibirán el pago de la suma asegurada en caso usted falleciera por cualquier causa según los términos establecidos en la presente Solicitud-Certificado.</p>	<p>1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguro. 2. Actos delictivos en los que participe, directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. 3. Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.</p>	<p>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. 3. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. 4. Copia simple de la Historia Clínica.</p>
<p>Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente: Los beneficiarios recibirán el pago de la suma asegurada, si dentro de la vigencia del seguro eres diagnosticado con una invalidez total y permanente a consecuencia directa de un accidente o enfermedad. Esta invalidez deberá estar sustentada en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia), 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.</p>		<p>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple de la Historia Clínica. 3. Copia simple del dictamen de calificación de invalidez.</p>

PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA (SOLICITUD DE COBERTURA)

1	2	3
<p>Complete los documentos.</p>	<p>Remita la documentación por los siguientes medios: Compañía: - A través del correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe - A través de las oficinas de Av. Canaval y Moreyra 380 Piso 11. San Isidro. Socio: - A cualquier agencia de Crediscotia Financiera</p>	<p>Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.</p>
<p>Plazo: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro, de manera presencial, telefónica, por escrito o medio electrónico a través del Servicio al Cliente (SAC) de la compañía de seguros o directamente con el contratante.</p>		

TERRITORIALIDAD: La póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro y fuera del territorio nacional.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Usted podrá dejar sin efecto la contratación del seguro, dentro del plazo de quince (15) días calendario de recibir la Solicitud - Certificado y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios previstos para la celebración del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima pagada, dentro de los 30 días calendario de ejercido el derecho de arrepentimiento
IMPORTANTE: Este derecho no aplica cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura o beneficios.



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 calendario 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

Usted podrá acudir a:

- Defensoría del Asegurado (siempre que el monto del reclamo no exceda la suma de US\$ 50,000.00) Dirección: Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - Edificio Nacional, San Isidro/Teléfono: 421-0614/Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / www.defaseg.com.pe
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

- El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud.
- 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 Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero. Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado y/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.
- Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio y/o correo electrónico del Asegurado.
- El Asegurado y/o Beneficiario podrá presentar sus consultas o reclamos derivados del seguro, a través de los siguientes medios: Teléfono: 615-5708 / correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.
- El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro, mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. Asimismo, la Compañía, de forma voluntaria y sin expresión de causa podrá resolver el seguro, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendario al Asegurado.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.



COBERTURAS	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
Suma Asegurada	<p>Monto inicial del crédito hasta S/ 150,000.00 (según cronograma original del crédito).</p> <p>Contratante: Recibirá el saldo deudor del crédito al momento de la ocurrencia del siniestro. Se entiende como saldo deudor el monto adeudado sin considerar intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales.</p> <p>Herederos legales: Recibirán el monto inicial del crédito (según cronograma original del crédito) menos el saldo deudor pagado al Contratante.</p> <p>El pago del siniestro se realizará en la moneda del crédito.</p> <p>En caso de que el Asegurado hubiera contratado más de un Seguro de Vida de Préstamos Personales, se considerará como límite por el total de dichos seguros, la cobertura máxima de S/600,000.00 por asegurado.</p>	<p>Monto inicial del crédito hasta S/. 150,000.00 (según cronograma original del crédito).</p> <p>Contratante: Recibirá el saldo deudor del crédito al momento de la ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente determinada por la autoridad competente a través del Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez. Se entiende como saldo deudor el monto adeudado sin considerar intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales.</p> <p>Asegurado: Recibirá el monto inicial del crédito (según cronograma original del crédito) menos el saldo deudor pagado al Contratante.</p> <p>El pago del siniestro se realizará en la moneda del crédito.</p> <p>En caso de que el Asegurado hubiera contratado más de un Seguro de Vida de Préstamos Personales, se considerará como límite por el total de dichos seguros, la cobertura máxima de S/600,000.00 por asegurado.</p>
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) En este periodo no hay cobertura.	No aplica	No aplica
Deducible	No aplica	No aplica
Beneficiarios	<p>Contratante: Saldo Insoluto.</p> <p>Herederos: Diferencia entre el Capital Inicial y el Saldo Insoluto.</p> <p>En caso de pago/cancelación anticipada del préstamo se realiza el pago de la suma asegurada solamente a sus Herederos legales.</p>	<p>Contratante: Saldo Insoluto.</p> <p>Asegurado: Diferencia entre el Capital Inicial y el Saldo Insoluto.</p> <p>En caso de pago/cancelación anticipada del préstamo se realiza el pago de la suma asegurada al Asegurado</p>

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: El mismo plazo del crédito.

Inicio de Vigencia: Desde la Suscripción de la Solicitud-Certificado y el pago de la prima

Fin de Vigencia: último día del cronograma original del crédito o de fecha de la cancelación del crédito en caso de reprogramación, según corresponda, o la fecha en la que el (los) asegurados cumplan la edad máxima de permanencia o la fecha de fallecimiento del (los) asegurados, lo que suceda primero.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: No aplica

Renovación automática SÍ NO

PRIMA

Lugar de Pago

Oficina del Contratante.

Forma y Plazo de Pago

Pago único con cargo al crédito. **El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendario 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 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

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento. La Compañía confirmará la recepción de la Póliza mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo.
- Declaro haber sido informado que mis 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 seguro, así como de los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar a mi favor y/o para la realización de encuestas de satisfacción.

CLIENTE



DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- El tratamiento de mis 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. Podré ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de mis datos, llenando el formulario al que puedo 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 mi Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley.
- Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro.
- Declaro 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 cardíológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.
- Autorizo 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.

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>Fallecimiento: Los beneficiarios recibirán el pago de la suma asegurada en caso usted falleciera por cualquier causa según los términos establecidos en la presente Solicitud-Certificado.</p>	<p>1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguro. 2. Actos delictivos en los que participe, directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. 3. Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.</p>	<p>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. 3. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. 4. Copia simple de la Historia Clínica.</p>
<p>Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente: Los beneficiarios recibirán el pago de la suma asegurada, si dentro de la vigencia del seguro eres diagnosticado con una invalidez total y permanente a consecuencia directa de un accidente o enfermedad. Esta invalidez deberá estar sustentada en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia), 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.</p>		<p>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple de la Historia Clínica. 3. Copia simple del dictamen de calificación de invalidez.</p>

PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA (SOLICITUD DE COBERTURA)

1	2	3
<p>Complete los documentos.</p>	<p>Remita la documentación por los siguientes medios: Compañía: - A través del correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe - A través de las oficinas de Av. Canaval y Moreyra 380 Piso 11. San Isidro. Socio: - A cualquier agencia de Crediscotia Financiera</p>	<p>Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.</p>
<p>Plazo: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro, de manera presencial, telefónica, por escrito o medio electrónico a través del Servicio al Cliente (SAC) de la compañía de seguros o directamente con el contratante.</p>		

TERRITORIALIDAD: La póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro y fuera del territorio nacional.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Usted podrá dejar sin efecto la contratación del seguro, dentro del plazo de quince (15) días calendario de recibir la Solicitud - Certificado y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios previstos para la celebración del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima pagada, dentro de los 30 días calendario de ejercido el derecho de arrepentimiento
IMPORTANTE: Este derecho no aplica cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura o beneficios.



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 calendario 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

Usted podrá acudir a:

- Defensoría del Asegurado (siempre que el monto del reclamo no exceda la suma de US\$ 50,000.00) Dirección: Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - Edificio Nacional, San Isidro/Teléfono: 421-0614/Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / www.defaseg.com.pe
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

- El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud.
- 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 Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero. Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado y/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.
- Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio y/o correo electrónico del Asegurado.
- El Asegurado y/o Beneficiario podrá presentar sus consultas o reclamos derivados del seguro, a través de los siguientes medios: Teléfono: 615-5708 / correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.
- El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro, mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. Asimismo, la Compañía, de forma voluntaria y sin expresión de causa podrá resolver el seguro, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendario al Asegurado.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.