



SOLICITUD - CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO EXTRALÍNEA

	SOLICITUD - CERTIF	-ICADO DEL 3E	GUKU DE I	JESGRAVAI	WEN IAP	GEIA DE CREI	JIIO EXIKAL	INEA
N°	N° Póliza: Soles: 74192401172		oles N° So	es N° Solicitud - Certificado:		Fecha de	Emisión:	
Datos de la compañía: BNP PARIBAS CARDIF S.A COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS			Datos del c	Datos del contratante/comercializador: CREDISCOTIA FINANCIERA S.A.				
RUC: 20513328819					RUC : 20255993225			
, ,				Dirección: Av. Paseo de la República N° 3587. San Isidro. Lima.				
	b: www.bnpparibascardif.com.pe os del asegurado	Teléfono: (01)	615-5700	Web: www.crediscotia.com.pe Teléfono: (01) 211 - 9000				
	nbre:		do Paterno:			Apellido Materno:		
	/CE:	Fecha	a Nacimiento):	Sexo: Teléfono:			
_	ección del Asegurado:							
	partamento:					Distrito:		
Nac	cionalidad:	Correo Electro	Correo Electrónico:			Relación con el Contratante: Cliente		
Eda	nd mínima de ingreso:	Edad máxin	na de ingres	0:		Edad máxima de permanencia (*):		ncia (*):
18 8	años	80 años, 11	meses y 29	días		85 años, 11 meses y 29 días		
(*)0	Cumplida la edad máxima de po	ermanencia y si	in necesida	d de aviso,	el Asegu	rado quedará a	utomáticame	nte sin cobertura
De	scripción del interés asegurado	Pagar la sur	ma asegurad	da en caso d	e siniestr	0		
V	Cobertura: ¿Qué cubrimos?					Exclusiones	s: ¿Qué NO cu	brimos?
	Fallecimiento							
	El fallecimiento del Asegurado po	or cualquier causa				1 Enfermeda	des preexister	ntes.
	•			extralinea al				
"	Suma Asegurada: Saldo Insoluto de la tarjeta de crédito extralínea al momento del fallecimiento del asegurado hasta un monto máximo de					2 Suicidio durante los primeros 24 meses de vigencia del seguro.		
ales	momento del fallecimiento del asegurado hasta un monto máximo de 45,000 \$USD o equivalente en moneda nacional (*).							
cj	Beneficiario: Contratante (*) La suma asegurada no incluye intereses moratorios ni gastos adicionales.				nalaa	3 Reacción o radiación nuclear.		
prin	(") La suma asegurada no inc	luye intereses mo	oratorios ni g	jastos adicio	naies.	4 Actos terroristas, conmociones civiles,		
as	Invalidez Total y Permanente					asonadas, disturbios, guerra declarada o no.		
Coberturas principales	La Invalidez Total y Permanente del Asegurado que presente una pérdida disminución física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de s capacidad de trabajo reconocida por las entidades competentes. En caso o				dida o de su	5 Terremoto, granizo, invendaval.	, erupción vol undación, des	lcánica, tsunami, slizamientos,
O	accidente, la invalidez debe manifestarse dentro de los dos (2) años siguientes a la ocurrencia del accidente.					vondavan		
	Suma Asegurada: Saldo Ins fecha en la que se determin	soluto de la tarjet	a de crédito	extralinea a	la			
	por la autoridad competente	e la condicion de è hasta un monto	máximo de	45.000 \$US	D o			
	equivalente en moneda nac	ional (*).		, ,	_ •			
	Beneficiario: Contratante	luva intercesa mu	aratariaa ni s	rootoo odioio	nalaa			
	(*) La suma asegurada no inc		Jialonos III g	jasios aulcio	nales.			
	Documentos Sustentarios para I ecimiento	a reclamacion:		Invalide	z Total v F	Permanente		
1.[1. Declaración del siniestro.						nente:	
2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo. 2. Copia simple del Dictamen o Certificado de Invalidez Total y								
3.0	Copia simple de la Historia Clínic	ca.				del Dictamen o (edido por las en		
4.(Copia simple del Informe Policia	il, Parte Policial d	o Atestado	(ESSAL	UD, hosp	oitales nacionale	es bajo la gest	ión del MINSA,
5.0	Policial, en caso se hubiera emitido. 5. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del INR, COMAFP o COMEC)							
Asegurado.								
Consentimiento tratamiento adicional de datos personales								
Solicito y autorizo de manera voluntaria que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones y								
Autorizaciones, la Compañía use mis datos personales para enviarme 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								
emi	presas según se detalla en la pág	ina web www.bnr	paribascard	f.com.pe. pa	ra los pro	pósitos antes se	ñalados.	No
DECLARO HABER LEÍDO. ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD - CERTIFICADO								

,

	CHONO DERNOCZ.
ASEGURADO	BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS





SOLICITUD - CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO EXTRALÍNEA

SOLICITOD - CENTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMIEN TARSETA DE CREDITO EXTRALINEA									
N	óliza: Soles: 74192401172		N° Solicitud - Certificado:		Fecha de	Emisión:			
Datos de la compañía: BNP PARIBAS CARDIF S.A COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS					Datos del contratante/comercializador: CREDISCOTIA FINANCIERA S.A.				
RI	JC: 20513328819			RUC:	20255993225				
Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro.			Direc	ción: Av. Pase	o de la Repúblic	a N° 3587. Sa	an Isidro. Lima.		
W	eb: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: (01)) 615-5700	Web:	www.credisco	tia.com.pe Te	eléfono: (01)	211 - 9000	
Da	Datos del asegurado								
	ombre:		Apellido Paterno:				Apellido Mater	rno:	
_	II/CE:	Fecha	a Nacimiento):	Sexo: Teléfono:				
_	rección del Asegurado:	<u> </u>							
	epartamento:		Provincia:		Distrito:				
Na	cionalidad:	Correo Electro	Correo Electrónico:		Relación con el Contratante:			el Contratante: Cliente	
Ec	lad mínima de ingreso:	Edad máxin	na de ingres	0:	Edad máxima de permanencia (*):		ncia (*):		
	años	80 años, 11	1 meses y 29	días		85 años, 11 meses y 29 días		as	
(*)	Cumplida la edad máxima de l	permanencia y si	in necesida	d de av	viso, el Asegu	rado quedará a	utomáticame	ente sin cobertura	
D	escripción del interés asegurado	Pagar la sur	ma asegurad	da en c	aso de siniestr	0			
	0.6.4					- Fuel adams	0 (NO	L.i.v. o	
V	Cobertura: ¿Qué cubrimos?					Exclusiones	: ¿Que NO cu	ibrimos?	
	Fallecimiento								
	El fallecimiento del Asegurado p	or cualquier causa	l.			1 Enfermedad	les preexiste	ntes.	
	Suma Asegurada: Saldo Ir	soluto de la tarjet	a de crédito	extralí	nea al	2 Suicidio dur	ante los prim	eros 24 meses de	
တ္သ	momento del fallecimiento	del asegurado ha	ista un mont	o máxi	mo de	vigencia del seguro.			
ae	momento del fallecimiento del asegurado hasta un monto máximo de 45,000 \$USD o equivalente en moneda nacional (*). Beneficiario: Contratante					3 Reacción o radiación nuclear.			
n ği	(*) La suma asegurada no incluye intereses moratorios ni gastos adiciona				adicionales	alos			
. <u>≅</u>					4 Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.				
ras	Invalidez Total y Permanente				The state of the s				
Coberturas principales	La Invalidez Total y Permane disminución física o intelectua	nte del Asegurado	o que prese	nte un	a pérdida o	5 Terremoto,	erupción vol	volcánica, tsunami, deslizamientos,	
용	capacidad de trabajo reconoci	ida por las entida	des compete	entes.	En caso de	vendaval.	illuacion, ue	Siizaiiiieiitos,	
	accidente, la invalidez debe	e manifestarse d	entro de la	os dos	s (2) años				
	siguientes a la ocurrencia del s		o do orádito	ovtrolí	200 a la				
	Suma Asegurada: Saldo Ir fecha en la que se determi	ine la condición de	a de Credito e invalidez to	extraiii ntal v n	ermanente				
	por la autoridad competent	te hasta un monto	máximo de	45,000	SUSD o				
	equivalente en moneda na	cional (*).							
	Beneficiario: Contratante (*) La suma asegurada no in	cluve intereses mo	oratorios ni d	raetos	adicionales				
=	()		oratorios ili g	justos	adicionales.				
_	Documentos Sustentarios para la reclamación:								
	llecimiento			In	validez Total y F	ermanente			
1.	 Declaración del siniestro. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de Aplican los documentos 1, 2, 3, 4 y adicionalmente:								
	contar con el mismo. 3 Copia simple del Dictamen o Certificado de Invalidez Total y 5. Copia simple del Dictamen o Certificado de Invalidez Total y								
3.	Copia simple de la Historia Clín	ica.	A						
4.	4. Copia simple de la l'historia Climica. 4. Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, en caso se hubiera emitido. Permanente expedido por las entidades competentes (ESSALUD, hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA,								
5. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del									
	Asegurado.								
Consentimiento tratamiento adicional de datos personales									
Solicito y autorizo de manera voluntaria que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones y									
productos de la Compañía v/o efectuar la transferencia nacional v/o internacional de mis datos personales a terceras									
en	empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. para los propósitos antes señalados.						No		
2									
ח	DECLARO HARER LEÍDO ACEPTADO Y RECIRIDO LA SOLICITUD - CERTIFICADO								

	Cherro DECRUSICE.
ASEGURADO	BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS





Vigencia: Mensual	Renovación: Automática	Inicio de vigencia: Desde la emisión de la solicitud-certificado y aceptación del Asegurado.				
Fin de vigencia: Fecha en que se determine la invalidez total y permanente del Asegurado o se verifique cualquiera de las causales de resolución o terminación del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.						
Prima	Prima Comercial (No apli Extralínea del Asegurado d Extralínea de S/19.90 por la	ca IGV): 3% del promedio de los saldos deudores diarios de la Tarjeta de Crédito urante el periodo de facturación. Aplica un tope máximo mensual por Tarjeta de Crédito a deuda en soles y/o su equivalente por la deuda en dólares según corresponda.				
Forma y Plazo de Pago	deudor.	ualmente en la facturación de la Tarjeta de Crédito Extralínea siempre que exista saldo edará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento la prima si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.				
Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura / consultas o reclamos:						
Teléfono: (01) 615-57	08	Oficina de la Compañia y Oficinas del Contratante.				

Teléfono: (01) 615-5708 Oficina de la Compañía y Oficinas del Contratante.

WhatsApp: 960 221 801 (Solo para solicitudes de cobertura) Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe

Territorialidad Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional e internacional.

Solución de contraversias

Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato de seguro. Adicionalmente podrá presentar sus denuncias o reclamos ante: La Defensoría del Asegurado/ Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI/ Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Declaraciones y autorizaciones

- Autorizo a la Compañía y a CrediScotia Financiera S.A. para que a través del WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, como correo electrónico o mensajes de textos, me contacten para suministrar información o gestionar algún proceso relacionado con el seguro.
- 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. 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 sus 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, las mismas que me han sido explicadas en detalle; así como declaro conocer el mecanismo y canales disponibles para consultarlas: Link: https://segur.pe/seguro6747 y/o escanea el QR con tu celular para obtener toda la información sobre las Cláusulas Generales de Contratación.
- 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.

Información Adicional

- El Asegurado puede solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud. El Contratante podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. La resolución operará de manera automática desde que la Compañía reciba el aviso.
- La Compañía podrá modificar las condiciones del seguro durante su vigencia previa aceptación por escrito del Contratante. 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. Los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía. Las comunicaciones cursadas por el 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. Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio, correo electrónico y/o celular del Asegurado. Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a disposición en: https://bnpparibascardif.com.pe/es/comprobantes-electronicos
- Este seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales.





Renovación: Automática Inicio de	vigencia: Desde la emisión de la solicitud-certificado y aceptación del Asegurado.					
Fin de vigencia: Fecha en que se determine la invalidez total y permanente del Asegurado o se verifique cualquiera de las causales de resolución o terminación del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.						
Prima Comercial (No aplica IGV): 3% del promedio de los saldos deudores diarios de la Textralínea del Asegurado durante el periodo de facturación. Aplica un tope máximo mensual por Tarje Extralínea de S/19.90 por la deuda en soles y/o su equivalente por la deuda en dólares según corresp						
Forma y Plazo de Pago La prima se cargará mensualmente en la facturación de la Tarjeta de Crédito Extralínea siempre que exista se deudor. El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencin del plazo para el pago de la prima si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.						
Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura / consultas o reclamos:						
8	Oficina de la Compañia y Oficinas del Contratante.					
1	e en que se determine la invalidez total n del Contrato de Seguro, lo que ocurra Prima Comercial (No aplica IGV): Extralínea del Asegurado durante el p Extralínea de S/19.90 por la deuda en La prima se cargará mensualmente deudor. El Contrato de seguro quedará exti del plazo para el pago de la prima s sobre el procedimiento de solicitud de					

Teléfono: (01) 615-5708 Oficina de la Compañia y Oficinas del Contratante.

WhatsApp: 960 221 801 (Solo para solicitudes de cobertura) Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe

Territorialidad Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional e internacional.

Solución de contraversias

Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato de seguro. Adicionalmente podrá presentar sus denuncias o reclamos ante: La Defensoría del Asegurado/ Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI/ Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Declaraciones y autorizaciones

- Autorizo a la Compañía y a CrediScotia Financiera S.A. para que a través del WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, como correo electrónico o mensajes de textos, me contacten para suministrar información o gestionar algún proceso relacionado con el seguro.
- 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. 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 sus 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, las mismas que me han sido explicadas en detalle; así como declaro conocer el mecanismo y canales disponibles para consultarlas: Link: https://segur.pe/seguro6747 y/o escanea el QR con tu celular para obtener toda la información sobre las Cláusulas Generales de Contratación.
- 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.

Información Adicional

- El Asegurado puede solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud. El Contratante podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. La resolución operará de manera automática desde que la Compañía reciba el aviso.
- La Compañía podrá modificar las condiciones del seguro durante su vigencia previa aceptación por escrito del Contratante. 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. Los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía. Las comunicaciones cursadas por el 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. Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio, correo electrónico y/o celular del Asegurado. Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a disposición en: https://bnpparibascardif.com.pe/es/comprobantes-electronicos
- Este seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales.