

SEGURO CUOTA PROTEGIDA - INDEPENDIENTE

CONDICIONES

Este seguro es para ti, por favor ten en cuenta que sólo te cubriremos los siguientes eventos:

1. COBERTURAS

1.1. INCAPACIDAD TEMPORAL

¿Qué te cubrimos? Recibirás el pago de la suma asegurada, si quedas incapacitado(a) temporalmente por Accidente y/o Enfermedad.

El pago de la suma asegurada se realizará a partir del día 15 de incapacidad y equivaldrá a un número de cuotas, de acuerdo con la siguiente tabla.

DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR
15 días	Un solo pago de 4 cuotas

- Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día 90 desde el inicio de vigencia de este seguro
- Si sufre una recaída o una nueva incapacidad superior o adicional a la primera incapacidad, dentro de los primeros 90 días de esta, se consideran cubiertas dentro del periodo de la primera

- a. Período de Carencia: 30 días
- b. Deducible: No aplica
- c. Período activo mínimo después de un siniestro : No Aplica
- d. Numero de eventos: Ilimitado, Siempre y cuando la antigüedad como independiente sea de 12 meses.

SUMA ASEGURADA Plan Estandar: S/1,200
Plan Afluyente: S/2,400

¿Qué NO te cubrimos?

- Licencia de maternidad o paternidad.
- Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental.
- Enfermedades preexistentes.

SEGURO CUOTA PROTEGIDA - INDEPENDIENTE

CONDICIONES

Este seguro es para ti, por favor ten en cuenta que sólo te cubriremos los siguientes eventos:

1. COBERTURAS

1.2. ENFERMEDADES GRAVES:

¿Qué te cubrimos? El pago de la suma asegurada, si dentro de la vigencia del seguro, eres diagnosticado por primera vez con algunas de las siguientes enfermedades graves o si te es practicado alguno de los siguientes procedimientos:

- (i) Cáncer maligno.
- (ii) Infarto agudo del miocardio (Infarto al corazón).
- (iii) Accidente cerebrovascular isquémico y/o hemorrágico (derrame cerebral).
- (iv) Insuficiencia Renal crónica total e irreversible de uno o ambos riñones que implique tratamiento asociado a hemodiálisis y/o diálisis peritoneal.
- (v) Esclerosis múltiple.
- (vi) Cirugía de angioplastia coronaria o revascularización cardíaca.
- (vii) Trasplante de cualquiera de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas.

Estas cubierto si el diagnóstico de la enfermedad o el procedimiento ocurren a partir del día noventa (90) desde el inicio de vigencia de este seguro

- a. Período de Carencia: 90 días
- b. Deducible: No aplica
- c. Período activo mínimo después de un siniestro : No aplica
- d. Numero de eventos: 1 evento

SUMA	Plan Estandar: S/1,200
ASEGURADA	Plan Afluyente: S/2,400

¿Qué NO te cubrimos?

Enfermedades Graves:

1. Si ha sido diagnosticado por éstas enfermedades antes de ingresar al seguro
2. En caso de cáncer maligno: Cancer de piel no melanoma.
3. Policitemia, Trombocitemia Rubra Vera

SEGURO CUOTA PROTEGIDA - INDEPENDIENTE

CONDICIONES

Este seguro es para ti, por favor ten en cuenta que sólo te cubriremos los siguientes eventos:

1. COBERTURAS

1.3. MUERTE ACCIDENTAL:

¿Qué te cubrimos?

Si mueres como consecuencia directa de un accidente, tus beneficiarios designados o los de ley, recibirán el pago del valor asegurado.

La muerte del asegurado deberá presentarse al momento del accidente o durante los 90 días siguientes a la ocurrencia del accidente.

- a. Período de Carencia: No Aplica
- b. Deducible: No aplica
- c. Período activo mínimo después de un siniestro : No aplica
- d. Numero de eventos: 1 evento

**SUMA
ASEGURADA** S / 1,000

¿Qué NO te cubrimos?

- 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.
- 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.

SEGURO CUOTA PROTEGIDA - INDEPENDIENTE

2. EL BENEFICIARIO

Para coberturas Incapacidad temporal y Enfermedades Graves El asegurado
Para cobertura Muerte Accidental Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado

3. VIGENCIA Mensual (*).

INICIO DE VIGENCIA Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado por parte del Asegurado

FIN DE VIGENCIA Fecha de terminación o resolución del contrato de seguro según las cláusulas que se indican en esta Solicitud-Certificado.

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

4. RENOVACION

El Contrato de seguros será renovado de manera mensual automáticamente. No obstante, en caso la Compañía decida no renovar la Póliza y/o Solicitud-Certificado, deberá comunicarlo al Contratante y/o Asegurado respectivamente, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios. Del mismo modo, en caso el Contratante y/o Asegurado decida no renovar la Póliza y/o Solicitud-Certificado, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios

5. LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA

LUGAR No aplica

PERIODO DE GRACIA No aplica

FORMA Y PLAZO DE PAGO El pago de la prima es de acuerdo al plan elegido, con cargo en la Tarjeta de Crédito o Débito. 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.

6. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA

1	2	3
Complete los documentos	Remita la documentación por los siguientes medios: <ul style="list-style-type: none">- A través de las oficinas de la Compañía y oficinas del Contratante- Para declarar o conocer el estado de un siniestro, escribanos a la línea de atención de WhatsApp 960 252 578 o comuníquese con resolución del caso. nuestras líneas de atención al cliente en cada ciudad y o a nivel nacional.	Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.

Plazo: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro, de manera presencial, telefónica, por escrito o medio electrónico a través del SAC de la compañía de seguros o directamente con el contratante

SEGURO CUOTA PROTEGIDA - INDEPENDIENTE

INCAPACIDAD TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES	MUERTE ACCIDENTAL
<ul style="list-style-type: none">a. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.b. Copia simple del Certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal y días de incapacidad emitido por el médico tratante.c. Copia simple de la Historia clínica.	<ul style="list-style-type: none">a. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.b. Copia simple de la Historia clínica.c. Copia simple del Informe o Certificado que contenga el diagnóstico de la enfermedad y estudios que prueben el diagnóstico.d. En caso de cáncer, adicionalmente, los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none">a. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.b. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.c. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios.

7. 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.

8. INSTANCIA PARA RECLAMOS Y/O RENUNCIA

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 / <http://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.

9. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Usted podrá dejar sin efecto la contratación del seguro, dentro del plazo de quince (15) días calendarios 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



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Seguros
para un mundo
en evolución

SEGURO CUOTA PROTEGIDA - INDEPENDIENTE

10. TERRITORIALIDAD

La póliza aplica solo para siniestros ocurridos en el territorio Nacional.

11. INFORMACIÓN ADICIONAL

- 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 Transparencia de Información y contratación con usuarios 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: 615-5718 / correo electrónico: atencióndeseguros@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 calendarios 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.

BNP Paribas Cardif pone a su disposición una página web, en la cual podrá utilizar su Ecosistema de servicios y beneficios que le ayudarán a disfrutar de manera más plena de su seguro. Podrá acceder al Ecosistema con el acceso que le será enviado a su correo electrónico y/o por mensaje de texto. Dichos servicios son gratuitos y adicionales a su cobertura y podrán ser prestados directamente o por terceros. Nos reservamos el derecho de incorporar nuevos servicios o modificar los servicios existentes en cualquier momento. Tenga en cuenta que dentro de la plataforma algunos proveedores podrán ofrecerle también servicios de paga. Para mayor información del detalle de los servicios o cualquier cambio de los mismos, visite nuestra página web www.bnpparibascardif.com.pe.

Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace:
<http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>

SEGURO CUOTA PROTEGIDA - INDEPENDIENTE

12. 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. 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.
- 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.