



**SOLICITUD – CERTIFICADO DEL SEGURO DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO**

Nro de Póliza: 7401190136 soles / 7401190237 dólares	Código SBS: N° VI2087400078 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	Nro. 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 380, piso 11		Correo Electrónico: servicioalcliente@cardif.com.pe
Distrito: San Isidro	Provincia: Lima	Departamento: Lima

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Denominación Social / Razón Social: Scotiabank Perú S.A.A.		RUC: 20100043140
Teléfono (Lima): (01) 311-6000	Teléfono (Provincia): 0-801-1-6000	Web: <a href="https://www.scotiabank.com.pe">https://www.scotiabank.com.pe</a>
Dirección: Dionisio Derteano N° 102	Distrito: San Isidro	Provincia: Lima
		Departamento: Lima

**DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS:** No aplica

**DATOS DEL ASEGURADO**



Nombres y Apellidos

DNI/CE	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono
Dirección del Asegurado		E-mail	
Distrito	Provincia	Departamento	Nacionalidad

**EDAD**

Edad Mínima de Ingreso: 18 años	Edad Máxima de Ingreso: 69 años, 11 meses y 29 días	Edad Máxima de Permanencia: 79 años, 11 meses y 29 días
---------------------------------	---	---

PLAN	Clásica	Smart	Oro	Platinum	Black	Signature	Infinite
Prima	Comercial	Comercial	Comercial	Comercial	Comercial	Comercial	Comercial
Clientes	S/4.90	S/5.90	S/5.50	S/5.90	S/6.00	S/6.00	S/6.00

**COBERTURAS PRINCIPALES**

**1. Fallecimiento**  
Cubre el fallecimiento por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.  
En el caso de Muerte por Accidente 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.

**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.  
Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones", regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

**SUMA ASEGURADA**

Saldo insoluto 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 100,000.00 USD o su equivalente en moneda nacional.

**CONDICIONES DEL SEGURO**

Periodo de Carencia: No aplica / Deducible: No aplica / Número máximo de eventos: 1 evento.

COBERTURAS ADICIONALES	SUMA ASEGURADA	CONDICIONES DEL SEGURO
<b>3. Muerte Accidental</b> La Compañía pagará a los Beneficiarios de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. 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.	S/. 4,000.00	<b>Periodo de carencia:</b> No aplica / <b>Deducible:</b> No aplica / <b>Periodo activo mínimo y Antigüedad laboral:</b> No aplica / <b>Número máximo de eventos:</b> 1 evento
<b>4. Desamparo Súbito Familiar</b> La Compañía pagará a los Beneficiarios hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-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.	S/. 40,000.00	<b>Periodo de carencia:</b> No aplica / <b>Deducible:</b> No aplica / <b>Periodo activo mínimo y Antigüedad laboral:</b> No aplica / <b>Número máximo de eventos:</b> 1 eventos

**BENEFICIARIO:**

Coberturas Principales: El Contratante

Coberturas Adicionales: Herederos Legales.

VIGENCIA	Mensual(*)
Inicio de Vigencia	Desde la contratación de la Tarjeta de Crédito. La cobertura se mantendrá vigente en tanto el Asegurado registre saldo deudor en la Tarjeta de Crédito.**
Fin de Vigencia	Último día de vigencia del contrato de la tarjeta de crédito o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia o se verifique cualquiera de las causales de terminación del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.

(\*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos.

(\*\*) La Solicitud- Certificado iniciará vigencia a las 12.00 horas de la aceptación de la misma y pago de la prima. Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un Siniestro entre el período de la aceptación de la Solicitud y el pago de la primera prima, la Compañía cubrirá el pago del Siniestro, devengándose la prima debida.

**RENOVACIÓN: Mensual de forma automática**
**GASTOS ADMINISTRATIVOS: No aplica**

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**
**Forma:** La prima se cargará mensualmente en la facturación de la tarjeta de crédito de Scotiabank Perú S.A.A designada, siempre que exista saldo deudor.

**Fecha:** Plazo establecido en el estado de cuenta correspondiente.

<b>Interés Moratorio:</b> No aplica	<b>Periodo de Gracia:</b> No aplica	<b>Lugar:</b> No aplica
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------

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 Beneficiario en caso de siniestro.

**EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES Y ADICIONALES**

Esta póliza no cubre los siniestros relacionados con o a consecuencia de: 1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros. 2. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro. 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.	<b>COBERTURAS QUE APLICAN</b>  <b>Coberturas Principales</b> 1. Fallecimiento 2. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente
---	--



**SOLICITUD – CERTIFICADO DEL SEGUO DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO**

Nro de Póliza: 7401190136 soles / 7401190237 dólares	Código SBS: N° VI2087400078 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	Nro. 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 380, piso 11		Correo Electrónico: servicioalcliente@cardif.com.pe
Distrito: San Isidro	Provincia: Lima	Departamento: Lima

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Denominación Social / Razón Social: Scotiabank Perú S.A.A.		RUC: 20100043140
Teléfono (Lima): (01) 311-6000	Teléfono (Provincia): 0-801-1-6000	Web: https://www.scotiabank.com.pe
Dirección: Dionisio Derteano N° 102	Distrito: San Isidro	Provincia: Lima
		Departamento: Lima

**DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS:** No aplica

**DATOS DEL ASEGURADO**



Nombres y Apellidos

DNI/CE	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono
Dirección del Asegurado		E-mail	
Distrito	Provincia	Departamento	Nacionalidad

**EDAD**

Edad Mínima de Ingreso: 18 años	Edad Máxima de Ingreso: 69 años, 11 meses y 29 días	Edad Máxima de Permanencia: 79 años, 11 meses y 29 días
---------------------------------	---	---

PLAN	Clásica	Smart	Oro	Platinum	Black	Signature	Infinite
Prima	Comercial	Comercial	Comercial	Comercial	Comercial	Comercial	Comercial
Clientes	S/4.90	S/5.90	S/5.50	S/5.90	S/6.00	S/6.00	S/6.00

**COBERTURAS PRINCIPALES**

**1. Fallecimiento**  
Cubre el fallecimiento por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.  
En el caso de Muerte por Accidente 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.

**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.  
Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones", regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

**SUMA ASEGURADA**

Saldo insoluto 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 100,000.00 USD o su equivalente en moneda nacional.

**CONDICIONES DEL SEGUO**

Periodo de Carencia: No aplica / Deducible: No aplica / Número máximo de eventos: 1 evento.



COBERTURAS ADICIONALES	SUMA ASEGURADA	CONDICIONES DEL SEGURO
<b>3. Muerte Accidental</b> La Compañía pagará a los Beneficiarios de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. 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.	S/. 4,000.00	<b>Periodo de carencia:</b> No aplica / <b>Deducible:</b> No aplica / <b>Periodo activo mínimo y Antigüedad laboral:</b> No aplica / <b>Número máximo de eventos:</b> 1 evento
<b>4. Desamparo Súbito Familiar</b> La Compañía pagará a los Beneficiarios hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-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.	S/. 40,000.00	<b>Periodo de carencia:</b> No aplica / <b>Deducible:</b> No aplica / <b>Periodo activo mínimo y Antigüedad laboral:</b> No aplica / <b>Número máximo de eventos:</b> 1 eventos

**BENEFICIARIO:**

Coberturas Principales: El Contratante

Coberturas Adicionales: Herederos Legales.

VIGENCIA	Mensual(*)
Inicio de Vigencia	Desde la contratación de la Tarjeta de Crédito. La cobertura se mantendrá vigente en tanto el Asegurado registre saldo deudor en la Tarjeta de Crédito.**
Fin de Vigencia	Último día de vigencia del contrato de la tarjeta de crédito o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia o se verifique cualquiera de las causales de terminación del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.

(\*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos.

(\*\*) La Solicitud- Certificado iniciará vigencia a las 12.00 horas de la aceptación de la misma y pago de la prima. Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un Siniestro entre el período de la aceptación de la Solicitud y el pago de la primera prima, la Compañía cubrirá el pago del Siniestro, devengándose la prima debida.

**RENOVACIÓN: Mensual de forma automática**

**GASTOS ADMINISTRATIVOS: No aplica**

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**

**Forma:** La prima se cargará mensualmente en la facturación de la tarjeta de crédito de Scotiabank Perú S.A.A designada, siempre que exista saldo deudor.

**Fecha:** Plazo establecido en el estado de cuenta correspondiente.

**Interés Moratorio:** No aplica

**Periodo de Gracia:** No aplica

**Lugar:** No aplica

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 Beneficiario en caso de siniestro.

**EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES Y ADICIONALES**

Esta póliza no cubre los siniestros relacionados con o a consecuencia de:

1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros.
2. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
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.

**COBERTURAS QUE APLICAN**

- Coberturas Principales**
1. Fallecimiento
  2. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente



EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES Y ADICIONALES	COBERTURAS QUE APLICAN
<p>4. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.</p> <p>5. 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.</p> <p>6. Viajes en algún medio de transporte aéreo no regular o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas los Vehículos de carga.</p> <p>7. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/litro o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/litro por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Coberturas Principales</u></p> <p>1. Fallecimiento 2. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente</p> <p style="text-align: center;"><u>Coberturas Adicionales</u></p> <p>1. Muerte Accidental 2. Desamparo Súbito Familiar</p>

**AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA**

Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro: Treinta (30) días calendarios de ocurrido el Siniestro. Deberán comunicarlo a la Compañía o a SCOTIABANK a través de cualquiera de sus agencias y/o llamando a los teléfonos detallados a continuación: en Lima al (01) 311-6000 y en provincia al 0- 801-1-6000. Los documentos físicos para sustentar el siniestro deben ser presentados en cualquiera de las oficinas de SCOTIABANK.

En caso de siniestro se deberán presentar los documentos que se detallan a continuación:	Coberturas Principales				Coberturas Adicionales	
	Fallecimiento por Muerte Natural	Fallecimiento por Muerte Accidental	Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Invalidez Total y Permanente por Accidente	Muerte Accidental	Desamparo Súbito Familiar
a. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.	X	X	X	X	X	X
b. Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.	X	X			X	X
c. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado.	X	X			X	X
d. Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, en caso de ser necesaria.	X	X	X	X		
e. Copia simple del Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.		X		X	X	X
f. Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.		X			X	X
g. Copia simple del resultado del examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.				X		
h. Original y/o certificado de reproducción notarial (copia legalizable) del Testimonio del Acta de la Sucesión Intestada o Testamento en Escritura Pública, según corresponda, con la respectiva Partida Registral emitida por los Registros Públicos en donde figure la Anotación Definitiva de su inscripción, en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.					X	X
i. Original y/o certificado de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por ESSALUD o COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia) o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSAL o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.			X	X		
j. Copia Simple del Documento de Identidad del cónyuge o conviviente, de contar con el mismo.						X



En caso de siniestro se deberán presentar los documentos que se detallan a continuación:	Coberturas Principales				Coberturas Adicionales	
	Fallecimiento por Muerte Natural	Fallecimiento por Muerte Accidental	Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Invalidez Total y Permanente por Accidente	Muerte Accidental	Desamparo Súbito Familiar
k. Copia simple del Acta de Defunción del cónyuge o conviviente.						X
l. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Defunción del cónyuge o conviviente.						X
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 recibidos 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.
5. 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.
6. 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 de la Tarjeta de Crédito.

### 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: (01) 615-5718.
- E-mail: [atenciondeseguros@cardif.com.pe](mailto:atenciondeseguros@cardif.com.pe) / Página web: [www.bnpparibascardif.com.pe](http://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](mailto: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](http://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 Servicio 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**

La Póliza es exigible respecto de los Sinistros ocurridos dentro y fuera del territorio nacional.

### **IMPORTANTE**

- La Póliza de Seguro de Grupo N° 7401190136 soles / 7401190237 dólares suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resumen 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.
- 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.

### **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, a 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 seguro, así como de los contratos 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](http://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 [atenciondeseguros@cardif.com.pe](mailto:atenciondeseguros@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.

**DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE SEIS (6) PAGINAS.**

---

**ASEGURADO**

---

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

#### **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](http://www.bnpparibascardif.com.pe). El Asegurado podrá ejercer sus derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

---

**ASEGURADO**





### **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](mailto: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](http://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 Servicio 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**

La Póliza es exigible respecto de los Sinistros ocurridos dentro y fuera del territorio nacional.

### **IMPORTANTE**

- La Póliza de Seguro de Grupo N° 7401190136 soles / 7401190237 dólares suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resumen 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.
- 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.

### **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, a 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 seguro, así como de los contratos 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](http://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 [atenciondeseguros@cardif.com.pe](mailto:atenciondeseguros@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.

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE SEIS (6) PAGINAS.



---

ASEGURADO

---

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

#### 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](http://www.bnpparibascardif.com.pe). El Asegurado podrá ejercer sus derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

---

ASEGURADO