

SEGURO SCOTIA VIDA PLUS

CONDICIONES

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

1. COBERTURAS

1.1. FALLECIMIENTO

¿Qué te cubrimos? El(los) beneficiario(s) recibirá(n) el pago de la suma asegurada en caso fallecieras por cualquier causa según los términos establecidos en la Solicitud- Certificado.

- a. Período de Carencia: 90 días (aplica para cualquier tipo de fallecimiento)
- b. Deducible: No aplica
- c. Beneficiarios: Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado.

SUMA ASEGURADA	Plan 1: S/. 100,000.00
	Plan 2: S/. 200,000.00
	Plan 3: S/. 300,000.00
	Plan 4: S/. 400,000.00
	Plan 5: S/. 500,000.00
	Plan 6: S/. 750,000.00
	Plan 7: S/. 1,000,000.00

¿Qué NO te cubrimos?

Fallecimiento:

Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

1. 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.
2. 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.
3. Suicidio durante los primeros 12 meses de vigencia del seguro.
4. Enfermedades preexistentes.

SEGURO SCOTIA VIDA PLUS

CONDICIONES

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

1. COBERTURAS

1.2. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

¿Qué te cubrimos? Recibirás 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.

- a. Período de Carencia: 90 días
- b. Deducible: No aplica
- c. Beneficiarios: Asegurado

SUMA ASEGURADA

Plan 1: S/. 100,000.00
Plan 2: S/. 200,000.00
Plan 3: S/. 300,000.00
Plan 4: S/. 400,000.00
Plan 5: S/. 500,000.00
Plan 6: S/. 750,000.00
Plan 7: S/. 1,000,000.00

¿Qué NO te cubrimos?

Invalidez Total y Permanente:

Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

1. 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.
2. 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.
3. Enfermedades preexistentes.

SEGURO SCOTIA VIDA PLUS

2. VIGENCIA Mensual (*).

INICIO DE VIGENCIA	Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado por parte del Asegurado.
FIN DE VIGENCIA	Fecha de ocurrencia del siniestro que genere el pago de indemnización por cualquiera de las coberturas, o fecha de terminación o resolución del contrato de seguro.

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

3. RENOVACION DE LA PÓLIZA

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

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

LUGAR DE PAGO	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 Cuenta de Ahorro. 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.		

5. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA

1. Completar los documentos.
2. Remita la documentación por uno de los siguientes medios:
 - a) Whatsapp 960252578, donde también podrás conocer el estado del siniestro.
 - b) Oficinas del Contratante.
 - c) Oficinas de la Compañía.
 - d) Buzón: atenciondeseguros@cardif.com.peO comuníquese con nuestra línea de atención al cliente al 615-5718 en cada ciudad y/o a nivel nacional.
3. Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.

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

FALLECIMIENTO	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
<ol style="list-style-type: none">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 Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.5. Copia simple del Informe, Parte o Atestado policial, en caso corresponda.6. Copia simple de la Historia Clínica.	<ol style="list-style-type: none">1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.2. Copia simple del dictamen de calificación de invalidez.3. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.4. Copia simple de la Historia Clínica.

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.

SEGURO SCOTIA VIDA PLUS

6. 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 conocer que mis datos personales serán registrados en el banco de datos personales de titularidad de BNP Paribas Cardif S.A, 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 su 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. El detalle de la política aplicable para el tratamiento de sus datos personales y el ejercicio de sus derechos establecidos en la normativa sobre protección de datos personales puede revisarlo en dicha página web o en el certificado de seguro que reciba.
- 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.
- 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.

7. TERRITORIALIDAD

La póliza aplica para siniestros ocurridos dentro y fuera del territorio Nacional.

8. 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.

SEGURO SCOTIA VIDA PLUS

9. 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.

10. INSTANCIA PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

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.

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 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: 615-5718 / 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.
- BNP Paribas Cardif pone a su disposición una página web de Ecosistemas de Servicios y Beneficios adicionales a su seguro. Recibirá el link que lo direccionará a dicha plataforma. Dichos servicios son gratuitos y adicionales a su cobertura. Podrán ser prestados directamente por BNP Paribas Cardif 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 otros servicios con costo adicional. Para mayor información del detalle o cualquier cambio de los mismo, visite nuestra página web <http://bienvenidoatuseguro.pe/> Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.