

SOLICITUD-CERTIFICADO (SC) SEGURO PROTECCIÓN DE PAGOS

Póliza Soles: 5901160127 <input type="checkbox"/>	Código SBS Soles: RG2085910001 / Dólares: RG2085920002 "Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias"	N° Solicitud-Certificado:	Fecha de Emisión:
Póliza Dólares: 5901160227 <input type="checkbox"/>			

DATOS DEL CONTRATANTE

Scotiabank Peru S.A.A.	RUC: 20100043140
Dirección: Dionisio Derteano N° 102 – San Isidro – Lima - Lima	Email: coo@scotiabank.com.pe Teléfono:(01)311-6000

DATOS DE LA COMPAÑÍA

BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	RUC: 20513328819	Email: servicioalcliente@cardif.com.pe
Av. Canaval y Moreyra Nro. 380 Piso 11 – San Isidro – Lima - Lima	Teléfono: (01) 615-1700 / Fax: (01) 615-1721	

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección:	Teléfono:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Relación con el Contratante: Cliente	Nacionalidad:	Antigüedad: Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/>
Email:	Ocupación:	
Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/>	Trabajador Independiente <input type="checkbox"/>	
Trabajo Actual (Razón Social):		

EDAD: Mínima de Ingreso: 18 años / Máxima de Ingreso: 69 años y 364 días / Máxima de Permanencia: 74 años y 364 días

COBERTURAS PRINCIPALES
Desempleo Involuntario (Trabajadores Dependientes) e Incapacidad Temporal (Trabajadores Independientes, miembros de las fuerzas armadas, policiales, trabajadores del sector público, jubilados)
COBERTURAS ADICIONALES
Cobertura de Matrimonio, cobertura de Nacimiento de un Hijo, cobertura de Titulación del Asegurado o de un Hijo y cobertura de Enfermedades Graves
BENEFICIARIO
Para la Cobertura Principal Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal:


- * Mientras se encuentre vigente el préstamo: El beneficiario será el Asegurado y el Contratante
- * Cancelado el préstamo: El beneficiario será el Asegurado

Para las Coberturas Adicionales: El beneficiario será el Asegurado.

PRIMA (Tasa aplicada sobre el Préstamo)	MONTO / PORCENTAJE
Prima Comercial	3.39%
Prima Comercial más IGV	4.00%

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	19.30% + IGV de la prima comercial

BONIFICACIONES/ PREMIOS/ BENEFICIOS: Sí aplica

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE DIEZ (10) PÁGINAS.

ASEGURADO
"ESTE SEGURO ES OPCIONAL"
GERENTE DE DIVISIÓN DE OPERACIONES Y SISTEMAS
BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS
Para uso interno (no llenar)

Registro	Agencia	Firma y Sello del Funcionario
----------	---------	-------------------------------

COBERTURA PRINCIPAL	SUMA ASEGURADA	CONDICIONES DEL SEGURO
1. Desempleo involuntario (Trabajadores Dependientes)	Hasta 6 cuotas equivalentes al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 1,500.00 soles por cada cuota, indemnizables por cada 30 días de desempleo. En caso de préstamos en dólares, se pagará la cuota equivalente en soles de acuerdo al tipo de cambio publicado por la SBS en la fecha de pago.	Periodo de carencia: 60 días / Deducible: No aplica / Antigüedad laboral y Periodo activo mínimo: 180 días para personas con contrato laboral indefinido con el mismo empleador y 365 días para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador / Número máximo de eventos: 2 eventos por cada 365 días computados desde el inicio de vigencia del Seguro Forma de pago: Por cada 30 días de desempleo involuntario justificado del Asegurado: (i) Si el préstamo está vigente, se pagará una cuota al Contratante y otra al Asegurado. (ii) Cancelado el préstamo, la cuota doble será pagada al Asegurado. El pago de la cuota doble se realizará por cada mes de desempleo involuntario justificado del Asegurado. El pago de cada cuota se realizará a solicitud del Asegurado.
2. Incapacidad Temporal (Trabajadores Independientes, miembros de las fuerzas armadas, policiales, trabajadores del sector público y jubilados)	Hasta 6 cuotas equivalentes al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 1,500.00 soles por cada cuota, indemnizables por cada 30 días de incapacidad temporal. En caso de préstamos en dólares, se pagará la cuota equivalente en soles de acuerdo al tipo de cambio publicado por la SBS en la fecha de pago.	Periodo de carencia por enfermedad: 60 días / Periodo de carencia por accidente: No aplica / Deducible: No aplica / Periodo activo mínimo: 365 días / Número máximo de eventos cubiertos: 1 evento por cada 365 días computados desde el inicio de vigencia del Seguro Forma de pago: Para el primer pago se realizará a partir de la demostración de 20 días consecutivos de incapacidad temporal, los otros pagos se realizarán demostrando 30 días adicionales continuos de incapacidad: (i) Si el préstamo está vigente, se pagará una cuota al Contratante y otra al Asegurado. (ii) Cancelado el préstamo: La cuota doble será pagada al Asegurado. El pago de la cuota doble se realizará a partir de la demostración de 20 días consecutivos de incapacidad temporal, los siguientes pagos de las cuotas restantes, se realizarán demostrando 30 días adicionales continuos de incapacidad por cada cuota.
COBERTURAS ADICIONALES	SUMA ASEGURADA	CONDICIONES DEL SEGURO
3. Cobertura de Matrimonio	2 cuotas equivalentes al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 1,500 soles por cada cuota. En caso de préstamos en dólares, se pagará la cuota equivalente en soles de acuerdo al tipo de cambio publicado por la SBS en la fecha de pago.	Periodo de carencia: 90 días / Deducible: No aplica / Número máximo de eventos: 1 evento por cada 365 días Forma de pago: Pago único al asegurado
4. Cobertura de Nacimiento de un Hijo	1 cuota equivalente al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 1,500 soles por cada cuota. En caso de préstamos en dólares, se pagará la cuota equivalente en soles de acuerdo al tipo de cambio publicado por la SBS en la fecha de pago.	Periodo de Carencia: 9 meses / Deducible: No aplica / Número máximo de eventos: 2 eventos por cada 365 días, se considera el nacimiento de un hijo como un evento Forma de pago: Pago único al asegurado
5. Cobertura de Titulación del Asegurado o de un Hijo	1 cuota equivalente al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 1,500 soles por cada cuota. Se pagará la cuota equivalente en soles de acuerdo al tipo de cambio publicado por la SBS en la fecha de pago.	Periodo de Carencia: 90 días / Deducible: No aplica / Número máximo de eventos: 2 eventos por cada 365 días Forma de pago: Pago único al asegurado
6. Cobertura de Enfermedades Graves	5 cuotas equivalente al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 1,500 soles	Periodo de Carencia: 90 días / Deducible: 30 días de sobrevivencia / Número máximo de eventos: 2 evento por la vigencia del préstamo / Forma de Pago: Pago único al asegurado

	por cada cuota. Se pagará la cuota equivalente en soles de acuerdo al tipo de cambio publicado por la SBS en la fecha de pago.	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar: Oficinas del Contratante	Forma: Pago único con cargo al Préstamo
----------------------------------------	------------------------------------------------

Fecha: En la fecha de desembolso del Préstamo	Interés Moratorio: No aplica	Periodo de Gracia: No aplica
------------------------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

VIGENCIA	El seguro tendrá la vigencia del plazo original del Contrato de Préstamo.
-----------------	---------------------------------------------------------------------------

Inicio de Vigencia	Desde el desembolso del Préstamo.
---------------------------	-----------------------------------

Fin de Vigencia	12.00 horas del último día de vigencia o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.
------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RENOVACIÓN: No aplica	GASTOS ADMINISTRATIVOS: No aplica
------------------------------	------------------------------------------

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURABLE:

Pagar a los Beneficiarios las cuotas equivalentes a las cuotas del préstamo en caso de siniestros.

DEFINICIONES

Antigüedad Laboral: Período de tiempo determinado en el presente documento, durante el cual, el Asegurado deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de Desempleo Involuntario.

Causas Justas de Despido: Causas de despido relacionadas con la capacidad o conducta del trabajador. Son causas justas de despido relacionadas con la capacidad del trabajador:

- * Las deficiencias físicas, intelectuales, mentales o sensoriales sobrevenidas cuando, realizados los ajustes razonables correspondientes, impiden el desempeño de sus tareas, siempre que no exista un puesto vacante al que el trabajador pueda ser transferido y que no implique riesgos para su seguridad y salud o la de terceros.
- * El rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo condiciones similares.
- * La negativa injustificada del trabajador a someterse a examen médico previamente convenido o establecido por Ley, determinantes de la relación laboral, o a cumplir las medidas profilácticas o curativas prescritas por el médico para evitar enfermedades o accidentes.

Son causas justas de despido relacionadas con la conducta del trabajador: La comisión de falta grave, la condena penal por delito doloso, la inhabilitación del trabajador.

Contrato de Trabajo Sujeto a Modalidad: Comprende los contratos de naturaleza temporal, de naturaleza accidental y los de obra o servicios establecidos en la normatividad laboral vigente.

Período Activo Mínimo: Es el período de tiempo que debe transcurrir para que el Asegurado indemnizado en razón de alguna de las coberturas del seguro, pueda invocar nuevamente el derecho a gozar de la indemnización bajo esa misma cobertura.

Para la cobertura de Desempleo Involuntario deberá cumplirse adicionalmente con la Antigüedad Laboral establecida en el presente documento.

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES
1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO (APLICABLE SOLO A TRABAJADORES DEPENDIENTES):

La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada, de acuerdo a lo establecido en la Solicitud- Certificado, en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario y siempre y cuando cumpla con la Antigüedad Laboral establecida en la Solicitud-Certificado.

El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en la Solicitud-Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en situación de Desempleo Involuntario. Reinsertado el Asegurado a la actividad laboral, con contrato de trabajo suscrito con un empleador, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones por parte de la Compañía. Habrá lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Desempleo Involuntario, si el Asegurado reincide en un estado de Desempleo Involuntario y siempre y cuando haya transcurrido el Período Activo Mínimo señalado en la Solicitud-Certificado, que se computa desde el cese del último estado de Desempleo Involuntario.

El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en la Solicitud- Certificado.

2. INCAPACIDAD TEMPORAL:

La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada de acuerdo a lo establecido en la Solicitud- Certificado, en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Incapacidad Temporal.

El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en la Solicitud- Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Temporal. Habrá lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Incapacidad Temporal, si el Asegurado reincide en estado de Incapacidad Temporal y siempre y cuando haya transcurrido el Período Activo Mínimo señalado en la Solicitud- Certificado, que se computa desde el cese del último estado de Incapacidad Temporal y siempre que esta nueva Incapacidad Temporal sea por una causa distinta y no originada por la Enfermedad o Accidente que originó la Incapacidad Temporal ya indemnizada. El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en la Solicitud- Certificado.

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS ADICIONALES

1. COBERTURA DE MATRIMONIO:

La Compañía, pagará al Asegurado, la Suma Asegurada establecida en el presente documento en el evento que se produzca el Matrimonio Civil del Asegurado. El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especifican en el presente documento.

2. COBERTURA DE NACIMIENTO DE UN HIJO:

La Compañía, pagará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en el presente documento, en el evento que se produzca el nacimiento de un hijo del Asegurado. El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especifican en el presente documento.

3. COBERTURA DE TITULACION DEL ASEGURADO O DE UN HIJO:

La Compañía, pagará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en el presente documento, en el evento que se produzca la Titulación del Asegurado o de un hijo del Asegurado. El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especifican en el presente documento.

4. COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES:

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada señalada en el presente documento, en caso se le diagnosticara por primera vez al Asegurado alguna de las Enfermedades Graves que se detallan a continuación:

Cáncer Primario: Es aquel cáncer que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de este seguro. Se entiende por Cáncer, a la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la leucemia.

Infarto al Miocardio: Necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva por la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, que no permite la nutrición a la zona afectada y por tanto produce la necrosis. Esta cobertura se encuentra limitada a los casos de infarto extenso o los diagnosticados según los Códigos I.21, I.21.1, I.21.2, I.21.3 del Código Internacional de Enfermedades CIE10.

Accidente Cerebro Vascular o Vascular Encefálico: Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y generan daño irreversible y permanente de tejido cerebral. Incluye las hemorragias intracraneanas, embolia de una fuente extracraneal que duren más de 24 horas y un déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.

Enfermedad a las Coronarias que requiera cirugía: Se refiere a la enfermedad que requiera de cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento, estenosis o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo, técnicas con láser u otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

Insuficiencia Renal Crónica: Enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones y/o de la función renal, como consecuencia de la cual se hace necesario regularmente la diálisis renal. El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especifican en el presente documento.

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES**1. COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO:**

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

- 1.1. Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.
- 1.2. Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad.
- 1.3. Causales de extinción del contrato de trabajo: fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, cumplimiento de la condición resolutoria y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad, invalidez absoluta permanente y jubilación.
- 1.4. Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público.
- 1.5. Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a un año.
- 1.6. Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa.

2. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

- 2.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia.
- 2.2. A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legítima defensa.
- 2.3. Suicidio o intento de suicidio y/o lesiones autoinfligidas intencionalmente estando en su sano juicio o no.
- 2.4. Lumbago o citalgia.
- 2.5. Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado.
- 2.6. A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de

origen psiquiátrico o psicológico, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol.

2.7. Enfermedades y/o Accidentes por el cual el Asegurado haya recibido una indemnización bajo esta Póliza.

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES

1. COBERTURA DE MATRIMONIO:

La Compañía no cubrirá los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

1.1. Fraude del Asegurado.

1.2. Matrimonio religioso.

2. COBERTURA DE NACIMIENTO DE UN HIJO:

La Compañía no cubrirá los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

2.1. Fraude del Asegurado.

3. COBERTURA DE TITULACIÓN DEL ASEGURADO O DE UN HIJO:

La Compañía no cubrirá los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

3.1. Fraude del Asegurado.

3.2. Terminación de carreras técnicas menores de tres (3) años.

4. COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES:

La Compañía no cubrirá los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

4.1. Intento de suicidio o autolesión, lesiones auto inferidas, ya sea en estado de cordura o demencia.

4.2. Consumo frecuente de bebidas alcohólicas, adicción al alcohol, alcoholismo, así como el consumo de drogas, estupefacientes, barbitúricos, sustancias alucinógenas y otras análogas.

4.3. Síndrome Inmunológico Deficiencia 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 como el VIH, SCRS o SIDA .

4.4. Respecto a la cobertura de Cáncer Primario, están excluidos:

4.4.1. Los melanomas superficiales (SSM) cuyo índice de Breslow es inferior a 0,70 mm con un índice de Clark de nivel I.

4.4.2. Los tumores "vaso-celulares" de la piel.

4.4.3. Cualquier tumor denominado "in-situ" o no invasor (que no haya sobrepasado los límites del tejido original), salvo el cáncer de mama in-situ en su forma lobular, que está cubierto.

4.4.4. Los tumores malignos asociados al VIH.

4.4.5. Los tumores de la próstata (excepto si grado de Gleason >6 que sea a un nivel clínica T2N0M0.

4.4.6. Leucemia lymphothic cronic excepto si alcanzo el nivel A de la prueba de Bidet.

4.4.7. El cáncer de piel, a excepción del melanoma maligno.

4.5. Respecto de las Enfermedades de las coronarias que requieran cirugía, están excluidos:

4.5.1. La angioplastia de globo.

4.5.2. Técnicas con láser.

4.5.3. Otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

4.6. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión por dicho combustible.

4.7. Enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura, o a la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza, así como el diagnóstico de enfermedades durante el Periodo de Carencia.

4.8. Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.

4.9. Enfermedades o defectos congénitos.

4.10. Intoxicación o encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

4.11. Hernias y sus consecuencias.

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro: Treinta (30) días calendarios de la ocurrencia del Siniestro a través de las oficinas de la Compañía de Seguros y/o oficinas del Contratante, por escrito o vía telefónica.

Lugar para presentar la Solicitud de Cobertura y Documentos Sustentatorios: Oficina de la Compañía y/o Oficina del Contratante.

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

1. PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

PARA EL PRIMER PAGO:

1.1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.

1.2. Copia simple de la liquidación de beneficios sociales y constancia del pago.

- 1.3. Certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en su defecto constatación policial por despido de facto o hecho.
- 1.4. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Convenio de Cese por Mutuo Disenso y/o de la liquidación de beneficios sociales que evidencie el pago de una indemnización, en caso corresponda.
- 1.5. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la liquidación de beneficios sociales por despido y constancia del pago, en caso corresponda. Se verificará el pago de 1.5 remuneraciones por cada año trabajado (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinado) más los beneficios de ley.
- 1.6. Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- 1.7. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Trabajo.
- 1.8. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Contrato de Trabajo (de ser solicitado por la Compañía).
- 1.9. Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito (de corresponder).

PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PAGOS:

- 1.10. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- 1.11. Declaración Jurada del Asegurado declarando encontrarse en situación de Desempleo.
- 1.12. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado de aportaciones a la AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado.

2. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:

PARA EL PRIMERA PAGO:

- 2.1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- 2.2. Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- 2.3. Copia fedateada de la Historia Clínica del Asegurado.
- 2.4. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado y Pronóstico, Días de descanso, Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención, Médico tratante, Fechas de atención.
- 2.5. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del informe médico completo (debe incluir Copia del Informe sucinto (resumen) de la historia clínica).
- 2.6. Declaración Jurada que indique su situación de Trabajador de Independiente de corresponder.
- 2.7. Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito (de corresponder).

PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PAGOS:

- 2.8. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- 2.9. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado y Pronóstico, Días de descanso, Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención, Médico tratante, Fechas de atención.

3. COBERTURA DE MATRIMONIO: Se deberá presentar los siguientes Documentos Sustentatorios:

- 3.1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- 3.2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- 3.3. Copia certificada del Acta de Matrimonio.
- 3.4. Copia del Estado de Cuenta del Préstamo.

4. COBERTURA DE NACIMIENTO DE UN HIJO: Se deberá presentar los siguientes Documentos Sustentatorios:

- 4.1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- 4.2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- 4.3. Copia certificada del Acta de nacimiento del hijo del Asegurado.
- 4.4. Copia simple del Estado de Cuenta del Préstamo.

5. COBERTURA DE TITULACIÓN DEL ASEGURADO O DE UN HIJO: Se deberá presentar los siguientes Documentos Sustentatorios:

- 5.1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- 5.2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- 5.3. Copia certificada del Acta de nacimiento del hijo del Asegurado, en caso la Compañía lo requiera.
- 5.4. Copia certificada del Título Académico otorgado por la Institución Educativa.
- 5.5. Copia simple del Estado de Cuenta del Préstamo.

6. COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES: En caso de Siniestro se deberá presentar los siguientes Documentos Sustentatorios:

- 6.1. Formulario de declaración de Siniestro proporcionado por la Compañía.

- 6.2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- 6.3. Copia fedateada de la Historia Clínica del Asegurado.
- 6.4. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Informe médico en el que se detalle el diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo, fecha de inicio de la enfermedad o fecha del Accidente, tratamientos, evolución, estado actual del Asegurado.
- 6.5. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado, relacionados con la Enfermedad.

Adicionalmente a lo antes referido, para los siguientes casos deberá de considerarse lo siguiente:

➤ **INFARTO AL MIOCARDIO:**

- 6.6. Electrocardiograma positivo para infarto miocárdico.
- 6.7. Enzimas cardíacas positivas para infarto miocárdico.
- 6.8. Ecocardiograma, holter, cateterismo cardíaco, pruebas de perfusión miocárdica u otros (a solicitud de la Compañía).

➤ **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV):**

- 6.9. Documento(s) que sustente(n) la hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.

➤ **CÁNCER:**

- 6.10. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Examen histopatológico o anátomo patológico original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar en caso lo estime conveniente documentación adicional necesaria para continuar la evaluación del Siniestro.

En caso la Compañía requiera documentación adicional para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibidos los Documentos Sustentatorios señalados en el presente documento, 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 Seguros:

1. La falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver la Póliza y/o Solicitud-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. Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas.
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.
4. Incumplimiento de las cargas del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario previstas en el numeral 17.2 y/o 17.4 del artículo 17° de las Condiciones Generales siempre que medie dolo o culpa inexcusable y haga perder el derecho a ser indemnizado y/o de la carga prevista en el numeral 17.3 del artículo 17° de las Condiciones Generales 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 medios utilizados para la celebración del presente Contrato.
6. De forma voluntaria y sin expresión de causa por la Compañía, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios al Contratante.
7. 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.

La resolución del Contrato de Seguros en los supuestos señalados en los numerales 2, 3 y 4 operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Contratante. En el caso de un Seguro Grupal, la resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Asegurado, sin perjuicio de la comunicación que hará la Compañía al Contratante.

En el supuesto señalado en el numeral 1 la Compañía tiene derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. En los demás supuestos corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

La devolución de la prima en el supuesto señalado en el numeral 5 será efectuada por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que le es requerida por escrito por el Contratante y/o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados en las Condiciones Generales. En los demás supuestos y siempre y cuando corresponda la devolución de primas será efectuado de manera automática por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que opera la resolución del Contrato de Seguros.

En los supuestos señalados en los numerales 1, 5, 6 y 7 y de tratarse de un Seguro Grupal, el Contratante comunicará a los Asegurados la resolución del Contrato de Seguros.

En el caso de un Seguro Grupal, las causales de resolución que aplicarán al Asegurado respecto del Certificado serán las previstas en los numerales 1 al 7.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

1. Vencimiento de la vigencia de la Póliza y no proceda la renovación automática.
2. Cuando el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia, establecida en la Solicitud- Certificado.
3. Por fallecimiento del Asegurado.
4. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado.

La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguros por cualquiera de las causales señaladas sin necesidad de un aviso previo, simultáneo o posterior al Contratante y/o Asegurado.

En el caso de un Seguro Grupal, las causales de terminación que aplicarán al Asegurado respecto del Certificado serán las previstas en los numerales 1 al 4.

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 20° de las Condiciones Generales. 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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento para resolver el Contrato de Seguro sin expresión de causa ni penalidad dentro del plazo de quince (15) días calendarios computados desde la fecha de recepción de la Solicitud- Certificado o una nota de cobertura provisional, en los casos que el ofrecimiento del Contrato de Seguro se efectúe fuera de los locales comerciales de la Compañía o de quienes se encuentran autorizados a operar como corredores o de la oferta realizada a través de promotores de ventas. En estos casos, la Compañía quedará obligada a devolver la prima en caso ésta hubiera sido pagada, dentro de los 30 días calendarios de ejercido el derecho de arrepentimiento.

El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios previstos para la celebración del presente Contrato. El derecho de arrepentimiento no será exigible cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

Las principales obligaciones del Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios son las siguientes:

1. Pagar la prima en las fechas establecidas en la Solicitud-Certificado.
- Adicionalmente, son cargas del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, las siguientes:
2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en la Solicitud-Certificado.
 3. Brindar y facilitar la información requerida por la Compañía para la evaluación y aceptación del Siniestro.
 4. Informar a la Compañía en caso exista una agravación del riesgo asegurado.
 5. Otras establecidas en las Cláusulas Adicionales.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 2 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro en el caso de culpa inexcusable. En caso de culpa leve, la Compañía podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que haya sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del Siniestro. La sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 4 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado y es causal de resolución del Contrato de Seguros, salvo que: la agravación del riesgo no haya influido en la ocurrencia del Siniestro y/o sobre la medida de la prestación a cargo de la Compañía; la Compañía no ejerza el derecho a resolver o proponer una modificación al Contrato de Seguros en un plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo; la Compañía conozca la agravación del riesgo, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

Se perderá el derecho a ser indemnizado, quedando relevada la Compañía de cualquier responsabilidad, si el Asegurado, Beneficiarios o terceros que actúen en su representación, actúan fraudulentamente, exageran los daños o emplean medios falsos para probarlos.

En caso hubiera más de un Beneficiario, la pérdida del derecho a ser indemnizado no afectará a aquel Beneficiario que actúe de buena fe.

ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE

El Asegurado podrá 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 Servicio al Cliente de la Compañía (01) 615-5701 estará a disposición de los Asegurados de Lunes a Viernes de 08:00 a 21:00 horas, Sábado y Domingos de 09:00 a 21:00 horas / Fax Cardif: (01) 615-1721

Horario de Atención Presencial: De lunes a viernes de 09:00 a 13:00 hrs, y de 15:00 a 18:00 hrs

E-mail: servicioalcliente@cardif.com.pe / Página web: 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 y 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 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, Lima – Perú / Telefax: 421-0614 / Correo electrónico: 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)

Para solicitar orientación y/o formular denuncias, el Asegurado y/o Beneficiario podrá comunicarse también con la Plataforma de Atención al Usuario 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

Para las coberturas de Desempleo Involuntario, Matrimonio, Nacimiento de un Hijo, Titulación del Asegurado o de un Hijo y Enfermedades Graves: Son exigibles respecto los Siniestros que ocurran dentro del territorio nacional. Para la cobertura de Incapacidad Temporal: Son exigibles respecto los Siniestros que ocurran dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE

* La Póliza de Seguro de Grupo N° 5901160127 y 5901160227 suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resumen en el presente documento. La información proporcionada es parcial. 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. En este sentido, se entiende que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por la Compañía.

* Los pagos efectuados por los Contratantes o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía en la fecha de realización del pago.

* Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace:

<http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>

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 Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro, encontrándose en la página web de la Compañía las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales aplicables al presente Contrato de Seguro.
- * El Asegurado autoriza a la Compañía, el envío de la Póliza y/o Certificado 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 y/o Certificado 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 conocer la Política de Protección de Datos Personales de la Compañía establecida en las Condiciones Generales. En tal sentido, el Asegurado es 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, incluyendo sus datos sensibles, para la preparación, celebración y ejecución del contrato de seguros, así como gestionar y administrar la relación contractual que mantiene con la Compañía, ejecutar los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar la Compañía a favor del Asegurado, incluyendo la realización de encuestas de satisfacción sobre los alcances de los productos y/o servicios de la Compañía. El tratamiento de los datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades detalladas en este párrafo, a las empresas que forman parte del Grupo Económico al que pertenece la Compañía y/o de terceros con los que mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará permanentemente en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. En caso de no proporcionar los datos personales antes solicitados, la Compañía no podrá realizar a favor del Asegurado las finalidades antes indicadas. El Asegurado podrá ejercer los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales, llenando el formulario al que puede acceder a través de la página web antes si 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 su Documento de Identidad y de ser el caso, la documentación que acredite su representación legal. Los datos personales proporcionados serán conservados durante la vigencia de la relación contractual celebrada con el Contratante y/o Asegurado, más el plazo establecido por la legislación vigente. Vencido este plazo los datos personales serán suprimidos, anonimizados o disociados.
- * 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.