

Fecha:
HOJA RESUMEN DE PRÉSTAMOS PERSONALES
Detalle del Producto que deseo
Todas las categorías Prestabono / Todas las categorías de Descuento por Planilla

 T.E.A. Fija (Compensatoria) Promocional por el monto solicitado: % Referencial ^a

 T.C.E.A. Tasa de Costo Efectivo Anual % Referencial

 T.E.A. Fija (Compensatoria) Convencional: Será la TEA Fija Promocional + hasta 8% ^b
Todas las categorías Libre Disponibilidad

 T.E.A. Fija (Compensatoria) Promocional por el monto solicitado: % Referencial

 T.C.E.A. Tasa de Costo Efectivo Anual % Referencial

En caso de incumplimiento de pago ^c	Soles	Dólares
Tasa de Interés Moratoria Nominal Anual	11.78%	9.45%

Datos del préstamo		
Moneda: S/ <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/>	Seguro de Vida Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Desea adquirir el Seguro Protección de Pagos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Importe Máximo del Crédito Solicitado	Cuotas Dobles ^d Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Julio <input type="checkbox"/> Diciembre <input type="checkbox"/> Julio y Diciembre <input type="checkbox"/>	Cantidad Máxima de cuotas: <input type="text"/>
Importe Máximo a Financiar (*):	Cuota Cero ^e Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mes(es) <input type="text"/>	Fecha de Primer Vencimiento aproximado: / /
-Monto Máximo de Cuota Referencial ^e :	Total Intereses compensatorio referenciales: <input type="text"/>	- Periodo de gracia máximo 60 días. En el caso de DXP aplica la fecha de vencimiento de la institución. - Periodicidad de pago cada 30 días.
		Cuenta Sueldo: Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>

Comisiones: Categoría Servicios Asociados al crédito
Denominación: Envío físico de Estado de Cuenta Comisión: Envío físico de Estado de Cuenta: S/ 11.00 / US\$ 4.00 (S/ 13.20)
Denominación: Evaluación de Póliza de Seguro Endosada Comisión: Estudio de Pólizas Endosadas ^f : US\$ 50.00 (S/ 165.00)

Gasto de Seguro Asociados al crédito	
Seguro de Vida ^{g, h, i} : Titular <input type="checkbox"/> Titular + Conyuge <input type="checkbox"/>	Seguro Protección de Pagos ^j : 4% (incluye IGV y Derechos de Emisión)

Tipo de cambio referencial 3.30. Se utilizará el Tipo de cambio vigente al momento de la transacción

(*) Incluye el Monto Solicitado, Seguro de Vida y Seguro de Protección de Pagos, de ser el caso. El cliente conoce y acepta que el Banco, de acuerdo a la calificación crediticia, puede aprobar y desembolsar un importe menor al solicitado, en cuyo caso, dicho importe quedará definido por la suma que se desembolse y conste en el cronograma definitivo que será remitido al Cliente de acuerdo a lo elegido en la presente solicitud. El Seguro de Protección de Pagos es opcional, aplica en caso el cliente lo solicite.

(a) T.E.A. Fija de promoción para Cliente con pago de remuneraciones en Scotiabank.

(b) T.E.A. Fija que registrará desde el momento que el Cliente deja de recibir el pago de sus remuneraciones en Scotiabank.

(c) En caso de incumplimiento del pago según las condiciones pactadas, se procede a realizar el reporte, con la calificación correspondiente, a la Central de Riesgos y el Banco cobrará la Tasa de Interés Moratoria Nominal Anual máxima calculada conforme a lo estipulado en la Circular N° 0008-2021-BCRP. Esta tasa está sujeta a una actualización semestral establecida por el Banco Central de Reserva del Perú, la cual será publicada en nuestra página web y tarifarios.

En este documento todos los campos deben llenarse de forma obligatoria.

- (d) Las cuotas dobles serán cobradas a solicitud del cliente en los meses de julio y diciembre (aplica sólo para trabajadores dependientes). No aplica para Categoría Descuento por Planilla.
- (e) El Monto Definitivo de la cuota mensual se comunicará al momento del desembolso. El Banco determinará por evaluación crediticia incluso que no se otorgue el financiamiento a EL CLIENTE.
- (f) No aplica, para el endoso de un Seguro de Vida o Desgravamen, en reemplazo del Seguro de Vida/Desgravamen comercializado por Scotiabank. Solo aplica para los seguros sobre bienes que se den en garantía del crédito. Los requisitos solicitados por Scotiabank para realizar el endoso de un Seguro de Vida/Desgravamen se encuentran publicados en la página Web.
- (g) Seguro de Vida de Préstamos Personales (Libre Disponibilidad, Prestabono y Descuento por Planilla – Empleados del Grupo Scotiabank): Financiado, se adiciona al capital solicitado. BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros es la compañía de Seguros que emite la Póliza en Soles N° 7401200158 y la Póliza en Dólares N° 7401200259. Tarifa titular: 3.30% y Tarifa titular + Cónyuge: 6.60%. Cobertura Principal: Fallecimiento Natural o Accidental el límite de esta cobertura será de hasta US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional. No aplica periodo de carencia ni deducibles. Coberturas Adicionales: a) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente, el límite de esta cobertura será de hasta US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional. No aplica periodo de carencia ni deducibles. b) Desamparo Súbito Familiar, el límite será de hasta US\$ 10,000.00 o su equivalente en moneda nacional. No aplica periodo de carencia ni deducibles. c) Desempleo Involuntario (Aplica para trabajadores dependientes) o Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente (Aplica para trabajadores independientes), el límite de esta cobertura será al valor de una cuota del préstamo de hasta S/ 2,000.00 o su equivalente en dólares como máximo por evento presentado. Se cubrirán como máximo dos eventos por año. Antigüedad laboral para acceder a la cobertura de Desempleo Involuntario: 6 meses para personas con contrato indefinido, con el mismo empleador o 12 meses para personas con contrato laboral a plazo fijo, con el mismo empleador. Periodo activo mínimo para acceder a la cobertura Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente: 12 meses consecutivos como trabajador independiente. Periodo de carencia: 60 días para la cobertura de Desempleo Involuntario y de Incapacidad Temporal por Enfermedad. No aplica para la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidentes. Deducibles: 14 días para la cobertura de Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente. No aplica para la cobertura de Desempleo Involuntario.
- (h) Seguro de Vida de Préstamos Personales (Descuento por Planilla – Clientes): Financiado, se adiciona al capital solicitado. BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros es la compañía de Seguros que emite la Póliza en Soles N° 7401200160 y la Póliza en Dólares N° 7401200261. Tarifa titular: 2.98% y Tarifa titular + Cónyuge: 5.96%. Cobertura Principal: Fallecimiento Natural o Accidental el límite de esta cobertura será de hasta US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional. No aplica periodo de carencia ni deducibles. Coberturas Adicionales: a) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente, el límite de esta cobertura será de hasta US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional. No aplica periodo de carencia ni deducibles. b) Desamparo Súbito Familiar, el límite será de hasta US\$ 10,000.00 o su equivalente en moneda nacional. No aplica periodo de carencia ni deducibles.
- (i) Para ambas pólizas: Edad mínima para contratar el seguro: 18 años. Edad máxima de ingreso al seguro: 69 años y 364 días. Edad máxima de permanencia del afiliado al seguro: 79 años y 364 días. Las edades de ingreso y permanencia mencionadas anteriormente aplican solo para el Seguro de Vida y son condiciones de la compañía de seguros, no aplican para la adquisición del préstamo personal, ni para la permanencia del cliente con dicho producto financiero. En caso de reclamos, EL CLIENTE puede comunicarse con BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros al teléfono: 615-5718, visitar sus oficinas en Av. Canaval y Moreyra 380, piso 11, San Isidro, en el horario de atención, de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm, escribir al correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe o en la página web: www.bnpparibascardif.com.pe. Las condiciones y exclusiones del seguro se encuentran en la Solicitud-Certificado del seguro de vida, en www.scotiabank.com.pe y en www.bnpparibascardif.com.pe.
- (j) Financiado, se adiciona al capital solicitado. Compañía de Seguros: BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros / Póliza de seguro N° 5901160127 en soles y N° 5901160227 dólares americanos. Prima de 4.00% aplicada sobre el monto del préstamo. Coberturas: (a) desempleo involuntario (trabajadores dependientes); (b) incapacidad temporal (trabajadores independientes); (c) matrimonio; (d) nacimiento de un hijo; (e) titulación del asegurado o de un hijo; y (f) cobertura de enfermedades graves.

SCOTIABANK PERÚ S.A.A. pondrá a disposición del CLIENTE el Certificado de No Adeudo al día siguiente hábil de haberse efectuado la cancelación total de obligaciones. Ello podrá estar disponible en cualquier agencia y oficina a nivel nacional. Asimismo, EL CLIENTE pondrá solicitar la constancia de no adeudo parcial correspondiente a la cancelación individual de su Crédito, sin perjuicio de que existan otras obligaciones impagas, en las agencias y oficinas o a través de los canales que se ponga a su disposición.

En este documento todos los campos deben llenarse de forma obligatoria.

El Cliente y el Banco firman o aprueba este documento en señal de aceptación de la presente Hoja Resumen, la misma que ha sido entregada en la forma solicitada. Asimismo el Cliente declara que los datos proporcionados en el documento son verídicos y autorizan al Banco a verificarlos cuando lo estime conveniente.

Provincia de _____ el _____ de _____ de 20_____

Firmas:

					
Representante del Banco Firma de Giovanni Scarsi	Representante del Banco Firma de Lucas Fernández	Firma y sello del Representante de venta	Firma del Cliente 1 - Titular	Firma del Cliente 2 (Cónyuge si hubiera)	V°B° y sello Gerencia de la unidad y/o VP (aplica para préstamos de colaboradores Grupo Scotiabank)

De uso Interno:

Canal de Venta: FFVV Interna _____ FFVV Externa _____
 Empresa / Unidad de Venta _____ (En caso de FFVV externa indica Empresa y Ciudad)
 Código de Proveedor Responsable _____

En este documento todos los campos deben llenarse de forma obligatoria.