



SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO DE VIDA DE PRÉSTAMO VEHICULAR

N° Póliza Soles: 7201220106 Dólares: 7201220207	Código SBS: VI2087200086 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	N° Solicitud -Certificado:	Fecha de Emisión:
---	---	----------------------------	-------------------

DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC: 20513328819	Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380, Piso 1, San Isidro	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: 615-5700
---------------------	---	-------------------------------------	-----------------------

DATOS DEL CONTRATANTE: SCOTIABANK PERÚ S.A.A.

RUC: 20100043140	Dirección: Dionisio Derteano N° 102, San Isidro, Lima	Web: www.scotiabank.com.pe	Teléfono (Lima): (01) 311-6000
---------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica

DATOS DEL ASEGURADO 1: TITULAR

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:	Correo Electrónico:	Teléfono:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente	

DATOS DEL ASEGURADO 2: CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL TITULAR

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:	Correo Electrónico:	Teléfono:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente	

EDAD

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	69 años y 364 días	79 años y 364 días, cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura.

PRIMA/PLANES	TITULAR <input type="checkbox"/>	TITULAR + CÓNYUGE O CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>
Prima Comercial:	3.14% del monto inicial del crédito, según cronograma original	6.28% del monto inicial del crédito, según cronograma original
Prima Comercial más IGV		

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO.

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2

GERENCIA DE OPERACIONES BNP PARIBAS CARDIF S.A.
COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la firma de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan en este documento y autorizo de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que mis 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 contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. Y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

ASEGURADO 1 ACEPTA: SI NO

ASEGURADO 2 ACEPTA: SI NO



SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO DE VIDA DE PRÉSTAMO VEHICULAR

N° Póliza Soles: 7201220106 Dólares: 7201220207	Código SBS: VI2087200086 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	N° Solicitud -Certificado:	Fecha de Emisión:
---	---	----------------------------	-------------------

DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC: 20513328819	Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380, Piso 1, San Isidro	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: 615-5700
---------------------	---	-------------------------------------	-----------------------

DATOS DEL CONTRATANTE: SCOTIABANK PERÚ S.A.A.

RUC: 20100043140	Dirección: Dionisio Derteano N° 102, San Isidro, Lima	Web: www.scotiabank.com.pe	Teléfono (Lima): (01) 311-6000
---------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica

DATOS DEL ASEGURADO 1: TITULAR

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
Dirección del Asegurado:	Correo Electrónico:		
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente		

DATOS DEL ASEGURADO 2: CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL TITULAR

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
Dirección del Asegurado:	Correo Electrónico:		
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente		

EDAD

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	69 años y 364 días	79 años y 364 días, cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura.

PRIMA/PLANES	TITULAR <input type="checkbox"/>	TITULAR + CÓNYUGE O CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>
Prima Comercial:	3.14% del monto inicial del crédito, según cronograma original	6.28% del monto inicial del crédito, según cronograma original
Prima Comercial más IGV		

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO.

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2

GERENCIA DE OPERACIONES BNP PARIBAS CARDIF S.A.
COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la firma de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan en este documento y autorizo de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que mis 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 contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. Y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

ASEGURADO 1 ACEPTA: SI NO

ASEGURADO 2 ACEPTA: SI NO

COBERTURAS PRINCIPALES	FALLECIMIENTO
Suma Asegurada	Monto inicial del crédito hasta US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional (según cronograma original), según la siguiente distribución: Contratante: Recibirá el saldo deudor del crédito al momento de la ocurrencia del siniestro. Se entiende como saldo deudor el monto adeudado sin considerar intereses ni moras ni otros gastos; Herederos legales: Recibirán el monto inicial del crédito (según cronograma original) menos el saldo deudor pagado al Contratante. El pago del siniestro se realizará en la moneda del crédito. En caso el (los) Asegurados hubieran contratado más de un Seguro de Desgravamen de Préstamo Vehicular, Seguro de Desgravamen con Devolución de Préstamo Vehicular y/o Seguro Vida de Préstamo Vehicular, se considerará como límite por el total de dichos seguros, la cobertura máxima de US\$ 150,000.00 por ambos asegurados.
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) En este periodo no hay cobertura.	No aplica
Deducible	No aplica
Beneficiarios	Durante la vigencia del crédito: El contratante y los herederos legales En caso de pre cancelación : Herederos legales

COBERTURAS ADICIONALES	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD	DESAMPARO SUBITO FAMILIAR
Suma Asegurada	Monto inicial del crédito hasta US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional (según cronograma original), según la siguiente distribución: Contratante: Recibirá el saldo deudor del crédito al momento de la ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente determinada por la autoridad competente a través del Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez. Se entiende como saldo deudor el monto adeudado sin considerar intereses ni moras ni otros gastos. Asegurado: Recibirá el monto inicial del crédito (según cronograma original) menos el saldo deudor pagado al Contratante. El pago del siniestro se realizará en la moneda del crédito. En caso el (los) Asegurados hubieran contratado más de un Seguro de Vida de Préstamos Vehiculares, se considerará como límite por el total de dichos seguros, la cobertura máxima de US\$ 150,000.00 por ambos asegurados.	US\$ 10,000.00 o su equivalente en moneda nacional. Límite: No aplica límite en caso de afiliación a más de un Seguro de Vida de Préstamos Vehiculares.
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) En este periodo no hay cobertura.	No aplica	No aplica
Deducible	No aplica	No aplica
Beneficiarios	Contratante y Asegurado. En caso el crédito estuviera cancelado al momento del siniestro, el Asegurado será el único beneficiario.	Herederos Legales

COBERTURAS ADICIONALES	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	INCAPACIDAD TEMPORAL
Suma Asegurada	<p>Aplica solo para dependientes. Monto equivalente a 1 cuota del cronograma original del crédito, hasta S/2,000.00 o su equivalente en dólares, que será pagado al contratante.</p> <p>En caso al momento del siniestro el crédito estuviera cancelado, la suma asegurada se pagará al asegurado. Del mismo modo, si el saldo deudor del crédito a pagar al contratante fuera menor a una cuota del cronograma original, el remanente se pagara al asegurado.</p> <p>En ningún caso la cuota del crédito incluye intereses ni moras ni otros gastos. Número máximo de eventos: 2 eventos al año.</p> <p>Antigüedad Laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 meses para personas con contrato laboral indefinido, con el mismo empleador. - 12 meses para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador. <p>Las coberturas Incapacidad Temporal y Desempleo Involuntario son excluyentes entre si. Se indemnizará de acuerdo a la situación laboral del asegurado al momento del siniestro.</p>	<p>Aplica solo para independientes. Monto equivalente a 1 cuota del cronograma original del crédito, hasta S/2,000.00 o su equivalente en dólares, que será pagado al contratante.</p> <p>En caso al momento del siniestro el crédito estuviera cancelado, la suma asegurada se pagará al asegurado. Del mismo modo, si el saldo deudor del crédito a pagar al contratante fuera menor a una cuota del cronograma original, el remanente se pagara al asegurado.</p> <p>En ningún caso la cuota del crédito no incluye intereses ni moras ni otros gastos. Número máximo de eventos: 2 eventos al año</p> <p>Periodo activo mínimo: 12 meses consecutivos.</p> <p>Las coberturas Incapacidad Temporal y Desempleo Involuntario son excluyentes entre si. Se indemnizará de acuerdo a la situación laboral del asegurado al momento del siniestro.</p>
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) En este periodo no hay cobertura.	60 días	60 días para enfermedad. No aplica para accidentes
Deducible	No aplica	No aplica
Beneficiarios	<p>Contratante y Asegurado. En caso el crédito estuviera cancelado al momento del siniestro, el Asegurado será el único beneficiario.</p>	<p>Contratante y Asegurado. En caso el crédito estuviera cancelado al momento del siniestro, el Asegurado será el único beneficiario.</p>

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: El mismo plazo del cronograma original del crédito o del nuevo cronograma, en caso de reprogramación (*)
(*)Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea Mensual.

INICIO DE VIGENCIA:
Desde la Suscripción de la Solicitud-Certificado y el pago de la prima.

FIN DE VIGENCIA:
Último día del cronograma original del crédito o de la fecha de fin de vigencia del crédito en caso de reprogramación, según corresponda; o la fecha en la que el (los) asegurado(s) cumpla(n) la edad máxima de permanencia o la fecha de fallecimiento del (los) asegurado(s), lo que suceda primero.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: No aplica.

Renovación automática: SI NO

PRIMA	
Lugar de Pago	Oficina del Contratante.
Forma y Plazo de Pago	<p>Pago único con cargo al Préstamo Vehicular.</p> <p>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.</p>

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE:	MONTO
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros	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



COBERTURAS PRINCIPALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>FALLECIMIENTO</p> <p>La Compañía pagará al Beneficiario de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud - Certificado, si el Asegurado fallece por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.</p> <p>En el caso de fallecimiento 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.</p> <p>La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia. 2. 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. 3. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; 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 de dicho combustible. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración del Siniestro 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 la Historia Clínica.
<p>COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?</p> <p>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:</p> <p>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.</p>	<p>EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia, salvo las excepciones que se establezcan en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado. 2. 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. 3. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; 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 de dicho combustible. 	<p>DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple de la Historia Clínica. 3. Copia simple del dictamen de calificación de invalidez.



COBERTURA ADICIONAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR: 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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; 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 de dicho combustible. 	<ol style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración de siniestros proporcionada por la Compañía. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de defunción del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) 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. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Informe Policial o Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
<p>DESEMPLEO INVOLUNTARIO: Recibirás el pago de la suma asegurada, cuando sin causa justa, tu empleador finalice tu contrato laboral y siempre que cumplas la Antigüedad Laboral establecida por la Compañía. Cubre la pérdida del trabajo que ocurra luego de 60 días desde el inicio de la vigencia de este seguro. Se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos, siempre y cuando este periodo no supere los 15 días calendario.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Renuncia. Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador. Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a 12 meses. Contrato de trabajo fuera del territorio nacional. Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa. Término del contrato durante el periodo de prueba. 	<ol style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. Copia simple de la carta de despido o de la constatación policial del despido. Copia simple de la liquidación de beneficios sociales por despido en la que se establezca la causal de despido. Copia simple de la certificación laboral en la que se establezca fecha de inicio y fin del contrato. Copia simple del contrato de trabajo, de contar con el mismo. Copia simple del certificado de aportes a las AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado
<p>INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recibirás el pago de la suma asegurada, si quedas incapacitado(a) temporalmente por Accidente y/o Enfermedad. El pago de la suma asegurada se realizará a partir del día 15 de incapacidad y equivaldrá a un número de cuotas, de acuerdo con la siguiente tabla (*). 	<ol style="list-style-type: none"> Licencia de maternidad o paternidad. Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental. Enfermedades preexistentes. 	<ol style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. Copia simple del Certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal y días de incapacidad emitido por el médico tratante. Copia simple de la Historia clínica.
<p>DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS</p>	<p>NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR</p>	
<p>15 días</p>	<p>Un solo pago de 1 cuotas</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día sesenta y uno (61) desde el inicio de vigencia de este seguro (**). Si sufre una recaída o una nueva incapacidad superior o adicional a la primera incapacidad, dentro de los primeros 90 días de esta, se consideran cubiertas dentro del periodo de la primera. 		



PASOS PARA REALIZAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

1	2	3
Complete los documentos	Remita la documentación por los siguientes medios: Compañía: - A través del correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe - A través de las oficinas de Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro. - A través del número de whatsapp +51 960 252 578 Socio: - A través de cualquier agencia de Scotiabank	Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.
Plazo: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro, de manera presencial, telefónica, por escrito o medio electrónico a través del SAC de la compañía de seguros o directamente con el contratante.		

TERRITORIALIDAD: La póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro y fuera del territorio nacional, con excepción de las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal que son exigibles solo en territorio nacional.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento.
- Declaro haber sido informado que mis datos personales serán registrados en el banco de datos personales de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, para la preparación, celebración y ejecución del contrato de seguro, así como de los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar a mi favor y/o para la realización de encuestas de satisfacción. El tratamiento de mis datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades a terceras empresas con las que la Compañía mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. En caso de no proporcionar los datos personales solicitados, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas. Podré ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de sus datos, llenando el formulario al que puedo acceder a través de la página web antes mencionada y remitiéndolo a servicioalcliente@cardif.com.pe o de manera presencial en la dirección señalada en este punto, debiendo presentar y/o adjuntar copia de mi Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley.
- Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro.
- Declaro 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, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.
- 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.

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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante o Asegurado, según se trate de un seguro individual o grupal, respectivamente, podrá ejercer su derecho de arrepentimiento para resolverlo sin expresión de causa ni penalidad, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias y que haya sido ofertado a través del uso de sistema a distancia o a través de comercializadores, incluyendo la banca seguros, dentro del plazo de quince (15) días calendarios computados desde la fecha de recepción de la Póliza o una nota de cobertura provisional, Solicitud-Certificado y/o Certificado. En caso el Contratante o Asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento, la Compañía quedará obligada a devolver la prima pagada, dentro de los 30 días calendario contados a partir de la comunicación realizada por el Contratante o Asegurado solicitando la aplicación de este derecho. El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Contratante o Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía o ante el comercializador, a través de los medios contemplados en el artículo 18° de las presentes Clausulas Generales de Contratación. El derecho de arrepentimiento no será exigible cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura.

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: 615-5700 / correo electrónico: servicioalcliente@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.
- El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro, mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. Asimismo, la Compañía, de forma voluntaria y sin expresión de causa podrá resolver el seguro, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios al Asegurado.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.

COBERTURAS PRINCIPALES	FALLECIMIENTO
Suma Asegurada	<p>Monto inicial del crédito hasta US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional (según cronograma original), según la siguiente distribución:</p> <p>Contratante: Recibirá el saldo deudor del crédito al momento de la ocurrencia del siniestro. Se entiende como saldo deudor el monto adeudado sin considerar intereses ni moras ni otros gastos;</p> <p>Herederos legales: Recibirán el monto inicial del crédito (según cronograma original) menos el saldo deudor pagado al Contratante. El pago del siniestro se realizará en la moneda del crédito.</p> <p>En caso el (los) Asegurados hubieran contratado más de un Seguro de Desgravamen de Préstamo Vehicular, Seguro de Desgravamen con Devolución de Préstamo Vehicular y/o Seguro Vida de Préstamo Vehicular, se considerará como límite por el total de dichos seguros, la cobertura máxima de US\$ 150,000.00 por ambos asegurados.</p>
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) En este periodo no hay cobertura.	No aplica
Deducible	No aplica
Beneficiarios	<p>Durante la vigencia del crédito: El contratante y los herederos legales En caso de pre cancelación : Herederos legales</p>

COBERTURAS ADICIONALES	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD	DESAMPARO SUBITO FAMILIAR
Suma Asegurada	<p>Monto inicial del crédito hasta US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional (según cronograma original), según la siguiente distribución:</p> <p>Contratante: Recibirá el saldo deudor del crédito al momento de la ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente determinada por la autoridad competente a través del Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez. Se entiende como saldo deudor el monto adeudado sin considerar intereses ni moras ni otros gastos.</p> <p>Asegurado: Recibirá el monto inicial del crédito (según cronograma original) menos el saldo deudor pagado al Contratante. El pago del siniestro se realizará en la moneda del crédito.</p> <p>En caso el (los) Asegurados hubieran contratado más de un Seguro de Vida de Préstamos Vehiculares, se considerará como límite por el total de dichos seguros, la cobertura máxima de US\$ 150,000.00 por ambos asegurados.</p>	<p>US\$ 10,000.00 o su equivalente en moneda nacional. Límite: No aplica límite en caso de afiliación a más de un Seguro de Vida de Préstamos Vehiculares.</p>
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) En este periodo no hay cobertura.	No aplica	No aplica
Deducible	No aplica	No aplica
Beneficiarios	<p>Contratante y Asegurado. En caso el crédito estuviera cancelado al momento del siniestro, el Asegurado será el único beneficiario.</p>	Herederos Legales

COBERTURAS ADICIONALES	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	INCAPACIDAD TEMPORAL
Suma Asegurada	<p>Aplica solo para dependientes. Monto equivalente a 1 cuota del cronograma original del crédito, hasta S/2,000.00 o su equivalente en dólares, que será pagado al contratante.</p> <p>En caso al momento del siniestro el crédito estuviera cancelado, la suma asegurada se pagará al asegurado. Del mismo modo, si el saldo deudor del crédito a pagar al contratante fuera menor a una cuota del cronograma original, el remanente se pagara al asegurado.</p> <p>En ningún caso la cuota del crédito incluye intereses ni moras ni otros gastos. Número máximo de eventos: 2 eventos al año.</p> <p>Antigüedad Laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 meses para personas con contrato laboral indefinido, con el mismo empleador. - 12 meses para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador. <p>Las coberturas Incapacidad Temporal y Desempleo Involuntario son excluyentes entre si. Se indemnizará de acuerdo a la situación laboral del asegurado al momento del siniestro.</p>	<p>Aplica solo para independientes. Monto equivalente a 1 cuota del cronograma original del crédito, hasta S/2,000.00 o su equivalente en dólares, que será pagado al contratante.</p> <p>En caso al momento del siniestro el crédito estuviera cancelado, la suma asegurada se pagará al asegurado. Del mismo modo, si el saldo deudor del crédito a pagar al contratante fuera menor a una cuota del cronograma original, el remanente se pagara al asegurado.</p> <p>En ningún caso la cuota del crédito no incluye intereses ni moras ni otros gastos. Número máximo de eventos: 2 eventos al año</p> <p>Periodo activo mínimo: 12 meses consecutivos.</p> <p>Las coberturas Incapacidad Temporal y Desempleo Involuntario son excluyentes entre si. Se indemnizará de acuerdo a la situación laboral del asegurado al momento del siniestro.</p>
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) En este periodo no hay cobertura.	60 días	60 días para enfermedad. No aplica para accidentes
Deducible	No aplica	No aplica
Beneficiarios	<p>Contratante y Asegurado. En caso el crédito estuviera cancelado al momento del siniestro, el Asegurado será el único beneficiario.</p>	<p>Contratante y Asegurado. En caso el crédito estuviera cancelado al momento del siniestro, el Asegurado será el único beneficiario.</p>

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: El mismo plazo del cronograma original del crédito o del nuevo cronograma, en caso de reprogramación (*)
(*)Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea Mensual.

INICIO DE VIGENCIA:
Desde la Suscripción de la Solicitud-Certificado y el pago de la prima.

FIN DE VIGENCIA:
Último día del cronograma original del crédito o de la fecha de fin de vigencia del crédito en caso de reprogramación, según corresponda; o la fecha en la que el (los) asegurado(s) cumpla(n) la edad máxima de permanencia o la fecha de fallecimiento del (los) asegurado(s), lo que suceda primero.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: No aplica.

Renovación automática: SI NO

PRIMA	
Lugar de Pago	Oficina del Contratante.
Forma y Plazo de Pago	<p>Pago único con cargo al Préstamo Vehicular.</p> <p>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.</p>

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE:	MONTO
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros	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



COBERTURAS PRINCIPALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>FALLECIMIENTO</p> <p>La Compañía pagará al Beneficiario de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud - Certificado, si el Asegurado fallece por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.</p> <p>En el caso de fallecimiento 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.</p> <p>La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia. 2. 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. 3. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; 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 de dicho combustible. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración del Siniestro 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 la Historia Clínica.
COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:</p> <p>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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia, salvo las excepciones que se establezcan en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado. 2. 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. 3. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; 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 de dicho combustible. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple de la Historia Clínica. 3. Copia simple del dictamen de calificación de invalidez.



COBERTURA ADICIONAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR: 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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; 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 de dicho combustible. 	<ol style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración de siniestros proporcionada por la Compañía. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de defunción del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) 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. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Informe Policial o Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
<p>DESEMPLEO INVOLUNTARIO: Recibirás el pago de la suma asegurada, cuando sin causa justa, tu empleador finalice tu contrato laboral y siempre que cumplas la Antigüedad Laboral establecida por la Compañía. Cubre la pérdida del trabajo que ocurra luego de 60 días desde el inicio de la vigencia de este seguro. Se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos, siempre y cuando este periodo no supere los 15 días calendario.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Renuncia. Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador. Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a 12 meses. Contrato de trabajo fuera del territorio nacional. Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa. Término del contrato durante el periodo de prueba. 	<ol style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. Copia simple de la carta de despido o de la constatación policial del despido. Copia simple de la liquidación de beneficios sociales por despido en la que se establezca la causal de despido. Copia simple de la certificación laboral en la que se establezca fecha de inicio y fin del contrato. Copia simple del contrato de trabajo, de contar con el mismo. Copia simple del certificado de aportes a las AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado
<p>INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recibirás el pago de la suma asegurada, si quedas incapacitado(a) temporalmente por Accidente y/o Enfermedad. El pago de la suma asegurada se realizará a partir del día 15 de incapacidad y equivaldrá a un número de cuotas, de acuerdo con la siguiente tabla (*). 	<ol style="list-style-type: none"> Licencia de maternidad o paternidad. Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental. Enfermedades preexistentes. 	<ol style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. Copia simple del Certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal y días de incapacidad emitido por el médico tratante. Copia simple de la Historia clínica.
<p>DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS</p>	<p>NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR</p>	
<p>15 días</p>	<p>Un solo pago de 1 cuotas</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día sesenta y uno (61) desde el inicio de vigencia de este seguro (**). Si sufre una recaída o una nueva incapacidad superior o adicional a la primera incapacidad, dentro de los primeros 90 días de esta, se consideran cubiertas dentro del periodo de la primera. 		



PASOS PARA REALIZAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

1	2	3
Complete los documentos	<p>Remita la documentación por los siguientes medios: Compañía: - A través del correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe - A través de las oficinas de Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro. - A través del número de whatsapp +51 960 252 578 Socio: - A través de cualquier agencia de Scotiabank</p>	Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.
<p>Plazo: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro, de manera presencial, telefónica, por escrito o medio electrónico a través del SAC de la compañía de seguros o directamente con el contratante.</p>		

TERRITORIALIDAD: La póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro y fuera del territorio nacional, con excepción de las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal que son exigibles solo en territorio nacional.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento.
- Declaro haber sido informado que mis datos personales serán registrados en el banco de datos personales de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, para la preparación, celebración y ejecución del contrato de seguro, así como de los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar a mi favor y/o para la realización de encuestas de satisfacción. El tratamiento de mis datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades a terceras empresas con las que la Compañía mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. En caso de no proporcionar los datos personales solicitados, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas. Podré ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de sus datos, llenando el formulario al que puedo acceder a través de la página web antes mencionada y remitiéndolo a servicioalcliente@cardif.com.pe o de manera presencial en la dirección señalada en este punto, debiendo presentar y/o adjuntar copia de mi Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley.
- Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro.
- Declaro 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, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.
- 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.

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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante o Asegurado, según se trate de un seguro individual o grupal, respectivamente, podrá ejercer su derecho de arrepentimiento para resolverlo sin expresión de causa ni penalidad, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias y que haya sido ofertado a través del uso de sistema a distancia o a través de comercializadores, incluyendo la banca seguros, dentro del plazo de quince (15) días calendarios computados desde la fecha de recepción de la Póliza o una nota de cobertura provisional, Solicitud-Certificado y/o Certificado

En caso el Contratante o Asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento, la Compañía quedará obligada a devolver la prima pagada, dentro de los 30 días calendario contados a partir de la comunicación realizada por el Contratante o Asegurado solicitando la aplicación de este derecho.

El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Contratante o Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía o ante el comercializador, a través de los medios contemplados en el artículo 18° de las presentes Clausulas Generales de Contratación. El derecho de arrepentimiento no será exigible cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura.



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: 615-5700 / correo electrónico: servicioalcliente@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.
- El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro, mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. Asimismo, la Compañía, de forma voluntaria y sin expresión de causa podrá resolver el seguro, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios al Asegurado.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.