

SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO DE VIDA DE PRÉSTAMO VEHICULAR

N° Póliza: Soles 7401200164 Dólares 7401200265	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 11. San Isidro	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: 615-5700
------------------	---	----------------------------------	--------------------

DATOS DEL CONTRATANTE: Scotiabank Perú S.A.A

RUC: 20100043140	Web: www.scotiabank.com.pe	Teléfono(s): Lima: (01) 311-6000/Provincia: 0-801-1-6000
Dirección: Dionisio Derteano N° 102, San Isidro, Lima		

DATOS DEL ASEGURADO 1: TITULAR

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:		Teléfono:
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:
Dirección del Asegurado:		Teléfono:
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.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Pagar la suma asegurada en caso de siniestro.

Monto inicial del crédito:

PRIMA / PLANES	PLAN TITULAR <input type="checkbox"/>	PLAN TITULAR + CÓNYUGE - CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>
Prima Comercial	2.89% del monto inicial del crédito	5.78% del monto inicial del crédito
Prima Comercial más IGV		

CONSENTIMIENTO PARA EL 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

ASEGURADO 2

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

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2

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

SBK-DVEH-01/20 Página 1 de 6



COBERTURA PRINCIPAL	FALLECIMIENTO
Suma Asegurada	Monto inicial del crédito hasta US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional, 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 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.
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	Contratante y Herederos Legales. En caso el crédito estuviera cancelado al momento del siniestro, los Herederos Legales del Asegurado serán los únicos beneficiarios.

COBERTURAS ADICIONALES	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR
Suma Asegurada	Monto inicial del crédito hasta US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional, 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 menos el saldo deudor pagado al Contratante. El pago del siniestro se realizara 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. El pago de la cobertura es independiente por cada póliza de Vida de Préstamos Vehiculares contratada por el (los) 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	No aplica
Deducible	No aplica	No aplica
Beneficiarios	Contratante y Asegurado. En caso el crédito estuviera cancelado al momento del siniestro, los Herederos Legales del Asegurado serán los únicos beneficiarios.	Herederos Legales.

COBERTURAS ADICIONALES	INCAPACIDAD TEMPORAL	DESEMPLEO INVOLUNTARIO
Suma Asegurada	Aplica solo para independientes. Monto equivalente a 1 cuota del cronograma original del crédito, hasta S/2,000.00 o su equivalente en dolares, que sera pagado al contratante. <ul style="list-style-type: none"> 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. En ningún caso la cuota del crédito incluye intereses ni moras ni otros gastos generados por incumplimiento de pago de la cuota en la fecha pactada en el cronograma del crédito. Número máximo de eventos: 2 eventos al año Periodo activo mínimo: 12 meses consecutivos como trabajador independiente. El pago de la cobertura se realizará a partir de la demostración de al menos 15 días consecutivos de incapacidad. Las coberturas incapacidad temporal y desempleo involuntario son excluyentes entre si. Se indemnizara de acuerdo a la situación laboral del asegurado al momento del siniestro. 	Aplica solo para dependientes. Monto equivalente a 1 cuota del cronograma original del crédito, hasta S/2,000.00 o su equivalente en dolares, que sera pagado al contratante. <ul style="list-style-type: none"> 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. En ningún caso la cuota del crédito incluye intereses ni moras ni otros gastos generados por incumplimiento de pago de la cuota en la fecha pactada en el cronograma del crédito. Número máximo de eventos: 2 eventos al año. Las coberturas incapacidad temporal y desempleo involuntario son excluyentes entre si. Se indemnizara de acuerdo a la situación laboral del asegurado al momento del siniestro. Antigüedad Laboral: <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



SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO DE VIDA DE PRÉSTAMO VEHICULAR

N° Póliza: Soles 7401200164 Dólares 7401200265	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 11. San Isidro	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: 615-5700
------------------	---	----------------------------------	--------------------

DATOS DEL CONTRATANTE: Scotiabank Perú S.A.A

RUC: 20100043140	Web: www.scotiabank.com.pe	Teléfono(s): Lima: (01) 311-6000/Provincia: 0-801-1-6000
Dirección: Dionisio Derteano N° 102, San Isidro, Lima		

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.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Pagar la suma asegurada en caso de siniestro.

Monto inicial del crédito:

PRIMA / PLANES

	PLAN TITULAR <input type="checkbox"/>	PLAN TITULAR + CÓNYUGE - CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>
Prima Comercial	2.89% del monto inicial del crédito	5.78% del monto inicial del crédito
Prima Comercial más IGV		

CONSENTIMIENTO PARA EL 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

ASEGURADO 2

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

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2

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



COBERTURA PRINCIPAL	FALLECIMIENTO
Suma Asegurada	Monto inicial del crédito hasta US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional, 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 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.
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	Contratante y Herederos Legales. En caso el crédito estuviera cancelado al momento del siniestro, los Herederos Legales del Asegurado serán los únicos beneficiarios.

COBERTURAS ADICIONALES	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR
Suma Asegurada	Monto inicial del crédito hasta US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional, 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 menos el saldo deudor pagado al Contratante. El pago del siniestro se realizara 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. El pago de la cobertura es independiente por cada póliza de Vida de Préstamos Vehiculares contratada por el (los) 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	No aplica
Deducible	No aplica	No aplica
Beneficiarios	Contratante y Asegurado. En caso el crédito estuviera cancelado al momento del siniestro, los Herederos Legales del Asegurado serán los únicos beneficiarios.	Herederos Legales.

COBERTURAS ADICIONALES	INCAPACIDAD TEMPORAL	DESEMPLEO INVOLUNTARIO
Suma Asegurada	Aplica solo para independientes. Monto equivalente a 1 cuota del cronograma original del crédito, hasta S/2,000.00 o su equivalente en dolares, que sera pagado al contratante. <ul style="list-style-type: none"> 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. En ningún caso la cuota del crédito incluye intereses ni moras ni otros gastos generados por incumplimiento de pago de la cuota en la fecha pactada en el cronograma del crédito. Número máximo de eventos: 2 eventos al año Periodo activo mínimo: 12 meses consecutivos como trabajador independiente. El pago de la cobertura se realizará a partir de la demostración de al menos 15 días consecutivos de incapacidad. Las coberturas incapacidad temporal y desempleo involuntario son excluyentes entre si. Se indemnizara de acuerdo a la situación laboral del asegurado al momento del siniestro. 	Aplica solo para dependientes. Monto equivalente a 1 cuota del cronograma original del crédito, hasta S/2,000.00 o su equivalente en dolares, que sera pagado al contratante. <ul style="list-style-type: none"> 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. En ningún caso la cuota del crédito incluye intereses ni moras ni otros gastos generados por incumplimiento de pago de la cuota en la fecha pactada en el cronograma del crédito. Número máximo de eventos: 2 eventos al año. Las coberturas incapacidad temporal y desempleo involuntario son excluyentes entre si. Se indemnizara de acuerdo a la situación laboral del asegurado al momento del siniestro. Antigüedad Laboral: <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

COBERTURAS ADICIONALES	INCAPACIDAD TEMPORAL	DESEMPLEO INVOLUNTARIO
Periodo de Carencia (Periodo de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura.	60 días para enfermedad. No aplica para accidentes	60 días
Deducible	No aplica	No aplica
Beneficiarios	Contratante y Asegurado. Durante la vigencia del préstamo: El contratante. En caso el crédito estuviera cancelado a la fecha del siniestro o si existiera remanente luego de pagar al Contratante: El Asegurado.	Contratante y Asegurado. Durante la vigencia del préstamo: El contratante. En caso el crédito estuviera cancelado a la fecha del siniestro o si existiera remanente luego de pagar al Contratante: El Asegurado.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: El mismo plazo del cronograma original del crédito.	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 la fecha en la que el (los) asegurados cumplan la edad máxima de permanencia o la fecha de fallecimiento de el (los) asegurados.
RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA : No aplica.	Renovación automática SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	

PRIMA	
Lugar de Pago	Oficina del Contratante
Período de Gracia	No aplica
Forma y Plazo de Pago	Pago único con cargo al crédito. El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

DESCRIPCIÓN GENERAL	MONTO / PORCENTAJE
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	No aplica

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
<ul style="list-style-type: none"> Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento. La Compañía confirmará la recepción de la Póliza mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo. Declaro 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 mis 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.

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
FALLECIMIENTO El beneficiario recibirá el pago de la suma asegurada en caso usted falleciera por cualquier causa según los términos establecidos en la presente Solicitud - Certificado.	<ol style="list-style-type: none"> Actos delictivos en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes. Enfermedades preexistentes. 	<ol style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. 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. Actos delictivos en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. 2. Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes. 3. Enfermedades preexistentes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del dictamen de calificación de invalidez. 3. Copia simple de la Historia Clínica.
<p>DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR</p> <p>La Compañía pagará a los Beneficiarios hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud- Certificado y 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"> 1. 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. 2. 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. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de defunción del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente. 3. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. 4. 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. 5. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Informe Policial o Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
<p>INCAPACIDAD 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 (*). 		
<p>DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS</p> <p>15 días</p>	<p>NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR</p> <p>Un solo pago de 1 cuota</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. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Licencia de maternidad o paternidad. 2. Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental. 3. Enfermedades preexistentes. <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 3. Copia simple del Certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal y días de incapacidad emitido por el médico tratante. 4. Copia simple de la Historia clínica.

(*) Los 15 días de incapacidad pueden ser generados por enfermedad o accidente.
 (**) El periodo de carencia aplica solo en caso de enfermedad.

COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>DESEMPLEO INVOLUNTARIO</p> <p>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.</p> <p>Cubre la pérdida del trabajo que ocurra luego de 60 días desde el inicio de la vigencia de este seguro.</p> <p>Se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos, siempre y cuando este periodo no supere quince (15) días calendario.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renuncia. 2. Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador. 3. Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a doce (12) meses. 4. Contrato de trabajo fuera del territorio nacional. 5. Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa. 6. Término del contrato durante el periodo de prueba. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 3. Copia simple de la carta de despido o de la constatación policial del despido. 4. Copia simple de la liquidación de beneficios sociales por despido en la que se establezca la causal de despido. 5. Copia simple de la certificación laboral en la que se establezca fecha de inicio y fin del contrato. 6. Copia simple del contrato de trabajo, de contar con el mismo. 7. Copia simple del certificado de aportes a las AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado.

PASOS PARA REALIZAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

1	2	3
<p>Complete los documentos</p>	<p>Remita la documentación por los siguientes medios:</p> <p>Compañía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A través del correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe - A través de las oficinas de Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro. <p>Socio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A través de cualquier agencia de Scotiabank. 	<p>Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.</p>
<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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Usted podrá dejar sin efecto la contratación del seguro, dentro del plazo de quince (15) días calendarios de recibir la Solicitud-Certificado y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios previstos para la celebración del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima pagada, dentro de los 30 días calendario de ejercido el derecho de arrepentimiento.

IMPORTANTE: Este derecho no aplica cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura o beneficios.

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.

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Usted podrá acudir a:

- Defensoría del Asegurado (siempre que el monto del reclamo no exceda la suma de US\$ 50,000.00) Dirección: Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - Edificio Nacional, San Isidro/Teléfono: 421-0614/Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / www.defaseg.com.pe
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud.
- La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que pudiera incurrir el comercializador durante la comercialización. Tratándose de un producto comercializado a través del canal de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario al comercializador por aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Compañía.
- Los pagos efectuados por los Contratantes o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía.
- Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio y/o correo electrónico del Asegurado.
- El Asegurado y/o Beneficiario podrá presentar sus consultas o reclamos derivados del seguro, a través de los siguientes medios: Teléfono: 615-5718 / correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.
- El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro, mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. Asimismo, la Compañía, de forma voluntaria y sin expresión de causa podrá resolver el seguro, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días 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.

COBERTURAS ADICIONALES	INCAPACIDAD TEMPORAL	DESEMPLEO INVOLUNTARIO
Periodo de Carencia (Periodo de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura.	60 días para enfermedad. No aplica para accidentes	60 días
Deducible	No aplica	No aplica
Beneficiarios	Contratante y Asegurado. Durante la vigencia del préstamo: El contratante. En caso el crédito estuviera cancelado a la fecha del siniestro o si existiera remanente luego de pagar al Contratante: El Asegurado.	Contratante y Asegurado. Durante la vigencia del préstamo: El contratante. En caso el crédito estuviera cancelado a la fecha del siniestro o si existiera remanente luego de pagar al Contratante: El Asegurado.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: El mismo plazo del cronograma original del crédito.	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 la fecha en la que el (los) asegurados cumplan la edad máxima de permanencia o la fecha de fallecimiento de el (los) asegurados.
RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA : No aplica.	Renovación automática SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	

PRIMA	
Lugar de Pago	Oficina del Contratante
Periodo de Gracia	No aplica
Forma y Plazo de Pago	Pago único con cargo al crédito. El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

DESCRIPCIÓN GENERAL	MONTO / PORCENTAJE
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	No aplica

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
<ul style="list-style-type: none"> Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento. La Compañía confirmará la recepción de la Póliza mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo. Declaro 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 mis 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.

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
FALLECIMIENTO El beneficiario recibirá el pago de la suma asegurada en caso usted falleciera por cualquier causa según los términos establecidos en la presente Solicitud - Certificado.	<ol style="list-style-type: none"> Actos delictivos en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes. Enfermedades preexistentes. 	<ol style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. 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. Actos delictivos en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. 2. Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes. 3. Enfermedades preexistentes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del dictamen de calificación de invalidez. 3. Copia simple de la Historia Clínica. 	
<p>DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR</p> <p>La Compañía pagará a los Beneficiarios hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud- Certificado y 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"> 1. 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. 2. 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. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de defunción del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente. 3. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. 4. 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. 5. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Informe Policial o Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda. 	
<p>INCAPACIDAD 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 (*). 			
<p>DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS</p>	<p>NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licencia de maternidad o paternidad. 2. Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental. 3. Enfermedades preexistentes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 3. Copia simple del Certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal y días de incapacidad emitido por el médico tratante. 4. Copia simple de la Historia clínica.
<p>15 días</p>	<p>Un solo pago de 1 cuota</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. 			

(*) Los 15 días de incapacidad pueden ser generados por enfermedad o accidente.

(**) El periodo de carencia aplica solo en caso de enfermedad.

COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>DESEMPLEO INVOLUNTARIO</p> <p>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.</p> <p>Cubre la pérdida del trabajo que ocurra luego de 60 días desde el inicio de la vigencia de este seguro.</p> <p>Se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos, siempre y cuando este periodo no supere quince (15) días calendario.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renuncia. 2. Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador. 3. Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a doce (12) meses. 4. Contrato de trabajo fuera del territorio nacional. 5. Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa. 6. Término del contrato durante el periodo de prueba. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 3. Copia simple de la carta de despido o de la constatación policial del despido. 4. Copia simple de la liquidación de beneficios sociales por despido en la que se establezca la causal de despido. 5. Copia simple de la certificación laboral en la que se establezca fecha de inicio y fin del contrato. 6. Copia simple del contrato de trabajo, de contar con el mismo. 7. Copia simple del certificado de aportes a las AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado.

PASOS PARA REALIZAR LA SOLICITUD DE COBERTURA		
1	2	3
<p>Complete los documentos</p>	<p>Remita la documentación por los siguientes medios:</p> <p>Compañía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A través del correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe - A través de las oficinas de Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro. <p>Socio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A través de cualquier agencia de Scotiabank. 	<p>Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.</p>
<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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO
Usted podrá dejar sin efecto la contratación del seguro, dentro del plazo de quince (15) días calendarios de recibir la Solicitud-Certificado y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios previstos para la celebración del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima pagada, dentro de los 30 días calendario de ejercido el derecho de arrepentimiento.
IMPORTANTE: Este derecho no aplica cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura o beneficios.

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.

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS
Usted podrá acudir a:

- Defensoría del Asegurado (siempre que el monto del reclamo no exceda la suma de US\$ 50,000.00) Dirección: Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - Edificio Nacional, San Isidro/Teléfono: 421-0614/Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / www.defaseg.com.pe
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud.
- La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que pudiera incurrir el comercializador durante la comercialización. Tratándose de un producto comercializado a través del canal de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario al comercializador por aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Compañía.
- Los pagos efectuados por los Contratantes o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía.
- Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio y/o correo electrónico del Asegurado.
- El Asegurado y/o Beneficiario podrá presentar sus consultas o reclamos derivados del seguro, a través de los siguientes medios: Teléfono: 615-5718 / correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.
- El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro, mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. Asimismo, la Compañía, de forma voluntaria y sin expresión de causa podrá resolver el seguro, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días 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.