BNP PARIBAS CARDIF

Santander Consumer

SOLICITUD-CERTIFICADO DEL SEGURO DESGRAVAMEN DE PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS Y CRÉDITOS MI VIVIENDA

N° Póliza: 74432401181	Código SBS: VI2087400106	Moneda: Soles	N° Solicitud-Certificado:	Fecha de Emisión:
DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS			**DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR:** FINANCIERA SANTANDER CONSUMER S.A.	
RUC: 20513328819			**RUC:** 20255993225	
Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 10, oficina 1002. San Isidro			**Dirección:** Av. Paseo de la República N°3587. San Isidro, Lima.Lima	
Web: www.bnpparibascardif.com.pe	**Teléfono:** (01) 615-5700		**Web:** www.santanderconsumer.com.pe	**Teléfono:** (01) 611-9900

DATOS DEL ASEGURADO 1: TITULAR

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

DATOS DEL ASEGURADO 2: CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL TITULAR (SIEMPRE Y CUANDO PARTICIPE DEL CRÉDITO)

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

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.

Cobertura: ¿Qué cubrimos?

Cobertura Principal

Fallecimiento:

El fallecimiento del Asegurado por cualquier causa.

Invalidez Total y Permanente:

La Invalidez Total y Permanente del Asegurado que presente una pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo reconocida por las entidades competentes.

- Suma Asegurada: Saldo insoluto del préstamo al momento del fallecimiento del asegurado o a la fecha en la que se determine la condición de invalidez total y permanente por la autoridad competente, lo que ocurra primero, hasta un monto máximo de S/500,000.00 por el total de créditos asegurados. La suma asegurada no incluye intereses moratorios ni gastos adicionales.
- Beneficiario: El Contratante

Exclusiones: ¿Qué NO cubrimos?

1. **Enfermedades preexistentes.**
2. **Suicidio durante los primeros 24 meses de vigencia del seguro.**
3. **Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.**

Documentos Sustentarios para la reclamación:

Fallecimiento	Invalidez Total y Permanente
1. Declaración del siniestro. **2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.** **3. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.** **4. Copia simple de la Historia Clínica.** **5. Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, en caso se hubiera emitido**	**Adicional a los documentos 1, 2, 4 y 5:** **6. Copia simple del Dictamen o Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por las entidades competentes (ESSALUD,hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA, INR, COMAFP o COMEC).**

Territorialidad	Nacional e Internacional

Consentimiento tratamiento adicional de datos personales

Solicito y autorizo de manera **voluntaria** que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones y Autorizaciones, la Compañía use mis datos personales para enviarme 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. para los propósitos antes señalados.

Sí ☐
No ☐

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

BNP PARIBAS CARDIF

Santander Consumer

SOLICITUD-CERTIFICADO DEL SEGURO DESGRAVAMEN DE PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS Y CRÉDITOS MI VIVIENDA

N° Póliza: 74432401181	Código SBS: VI2087400106	Moneda: Soles	N° Solicitud-Certificado:	Fecha de Emisión:
DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS			**DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR:** FINANCIERA SANTANDER CONSUMER S.A.	
RUC: 20513328819			**RUC:** 20255993225	
Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 10, oficina 1002. San Isidro			**Dirección:** Av. Paseo de la República N°3587. San Isidro, Lima.Lima	
Web: www.bnpparibascardif.com.pe	**Teléfono:** (01) 615-5700		**Web:** www.santanderconsumer.com.pe	**Teléfono:** (01) 611-9900

DATOS DEL ASEGURADO 1: TITULAR

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

DATOS DEL ASEGURADO 2: CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL TITULAR (SIEMPRE Y CUANDO PARTICIPE DEL CRÉDITO)

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

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.

Cobertura: ¿Qué cubrimos?

Cobertura Principal

Fallecimiento:

El fallecimiento del Asegurado por cualquier causa.

Invalidez Total y Permanente:

La Invalidez Total y Permanente del Asegurado que presente una pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo reconocida por las entidades competentes.

- Suma Asegurada: Saldo insoluto del préstamo al momento del fallecimiento del asegurado o a la fecha en la que se determine la condición de invalidez total y permanente por la autoridad competente, lo que ocurra primero, hasta un monto máximo de S/500,000.00 por el total de créditos asegurados. La suma asegurada no incluye intereses moratorios ni gastos adicionales.
- Beneficiario: El Contratante

Exclusiones: ¿Qué NO cubrimos?

1. **Enfermedades preexistentes.**
2. **Suicidio durante los primeros 24 meses de vigencia del seguro.**
3. **Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.**

Documentos Sustentarios para la reclamación:

Fallecimiento	Invalidez Total y Permanente
1. Declaración del siniestro. **2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.** **3. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.** **4. Copia simple de la Historia Clínica.** **5. Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, en caso se hubiera emitido**	**Adicional a los documentos 1, 2, 4 y 5:** **6. Copia simple del Dictamen o Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por las entidades competentes (ESSALUD,hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA, INR, COMAFP o COMEC).**

Territorialidad	Nacional e Internacional

Consentimiento tratamiento adicional de datos personales

Solicito y autorizo de manera **voluntaria** que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones y Autorizaciones, la Compañía use mis datos personales para enviarme 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. para los propósitos antes señalados.

Sí ☐
No ☐

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

CLIENTE

VIGENCIA	Mensual con renovación automática hasta el último día del cronograma del préstamo.		
Renovación: Automática	**Inicio de vigencia:** Desde la emisión del certificado y aceptación del Asegurado.		
Fin de vigencia: Último día del cronograma original del crédito o fecha de la cancelación del crédito en caso de reprogramación, según corresponda, o cualquiera de las causales de resolución o terminación del Contrato de Seguro, lo que suceda primero.			
Prima	No aplica IGV	Plan Individual	Plan Mancomunado (Dos Asegurados)
PRÉSTAMO HIPOTECARIO/GARANTÍA HIPOTECARIA (**)		0.0299% del saldo insoluto del crédito	0.0573% del saldo insoluto del crédito
CRÉDITOS MI VIVIENDA (**)		0.032% del saldo insoluto del crédito	0.063% del saldo insoluto del crédito
(**) Para Créditos mayores a S/ 170,000.00 y asegurados mayores de 51 años, luego de evaluar la DPS (Declaración Personal de Salud) y evaluación médica respectiva, se podrá aplicar un recargo del 50% o 100% de la Tasa 1 y Tasa 2, según se determine un mayor riesgo. Las tasas y primas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de la Entidad Financiera			
Forma y Plazo de Pago	Pago mensual conforme al cronograma del préstamo. 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.		
Canales de orientación sobre el procedimiento de la solicitud de cobertura/ consultas o reclamos:			
Teléfono: (01) 615-5708		Oficina de la Compañía y del Contratante.	
WhatsApp: 960221801 (Solo para solicitudes de cobertura)		Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe	

Solución de contraversias

Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato de seguro. Adicionalmente podrá presentar sus denuncias o reclamos ante: La Defensoría del Asegurado/ Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI/ Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Declaraciones y autorizaciones

- Autorizo a la Compañía y al Contratante para que a través del WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, como correo electrónico o mensajes de textos, me contacten para suministrar información o gestionar algún proceso relacionado con el seguro.
- Autorizo al Contratante a cargar la prima del seguro en cualquiera de las cuentas donde mantenga saldo acreedor.
- 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 380. Piso 10, oficina 1002. 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, las mismas que me han sido explicadas en detalle; así como declaro conocer el mecanismo y canales disponibles para consultarlas: Link: https://segur.pe/seguro67552 y/o escanea QR con tu celular para obtener toda la información sobre las Clausulas Generales de Contratación.
- 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.

Información Adicional

- El Asegurado puede solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud. El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. La resolución operará de manera automática desde que la Compañía reciba el aviso.
- La Compañía podrá modificar las condiciones del seguro durante su vigencia previa aceptación por escrito del Contratante. 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 banca seguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero. Los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía. Las comunicaciones cursadas por el 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. Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio, correo electrónico y/o celular del Asegurado. Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a disposición en: http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html
- Este seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales.

VIGENCIA	Mensual con renovación automática hasta el último día del cronograma del préstamo.		
Renovación: Automática	**Inicio de vigencia:** Desde la emisión del certificado y aceptación del Asegurado.		
Fin de vigencia: Último día del cronograma original del crédito o fecha de la cancelación del crédito en caso de reprogramación, según corresponda, o cualquiera de las causales de resolución o terminación del Contrato de Seguro, lo que suceda primero.			
Prima	No aplica IGV	Plan Individual	Plan Mancomunado (Dos Asegurados)
PRÉSTAMO HIPOTECARIO/GARANTÍA HIPOTECARIA (**)		0.0299% del saldo insoluto del crédito	0.0573% del saldo insoluto del crédito
CRÉDITOS MI VIVIENDA (**)		0.032% del saldo insoluto del crédito	0.063% del saldo insoluto del crédito
(**) Para Créditos mayores a S/ 170,000.00 y asegurados mayores de 51 años, luego de evaluar la DPS (Declaración Personal de Salud) y evaluación médica respectiva, se podrá aplicar un recargo del 50% o 100% de la Tasa 1 y Tasa 2, según se determine un mayor riesgo. Las tasas y primas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de la Entidad Financiera			
Forma y Plazo de Pago	Pago mensual conforme al cronograma del préstamo. 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.		
Canales de orientación sobre el procedimiento de la solicitud de cobertura/ consultas o reclamos:			
Teléfono: (01) 615-5708		Oficina de la Compañía y del Contratante.	
WhatsApp: 960221801 (Solo para solicitudes de cobertura)		Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe	

Solución de contraversias

Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato de seguro. Adicionalmente podrá presentar sus denuncias o reclamos ante: La Defensoría del Asegurado/ Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI/ Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Declaraciones y autorizaciones

- Autorizo a la Compañía y al Contratante para que a través del WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, como correo electrónico o mensajes de textos, me contacten para suministrar información o gestionar algún proceso relacionado con el seguro.
- Autorizo al Contratante a cargar la prima del seguro en cualquiera de las cuentas donde mantenga saldo acreedor.
- 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 380. Piso 10, oficina 1002. 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, las mismas que me han sido explicadas en detalle; así como declaro conocer el mecanismo y canales disponibles para consultarlas: Link: https://segur.pe/seguro67552 y/o escanea QR con tu celular para obtener toda la información sobre las Clausulas Generales de Contratación.
- 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.

Información Adicional

- El Asegurado puede solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud. El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. La resolución operará de manera automática desde que la Compañía reciba el aviso.
- La Compañía podrá modificar las condiciones del seguro durante su vigencia previa aceptación por escrito del Contratante. 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 banca seguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero. Los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía. Las comunicaciones cursadas por el 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. Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio, correo electrónico y/o celular del Asegurado. Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a disposición en: http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html
- Este seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales.