

SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO DE CUOTA PROTEGIDA - INDEPENDIENTES

N° Póliza: 5919190137	Código SBS: AE2085900083 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, Lima	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: (01) 615-5700
------------------	--	-------------------------------------	----------------------------

DATOS DEL CONTRATANTE: Financiera Santander Consumer S.A.

RUC: 20255993225	Dirección: Av. Paseo de la República N° 3587 Interior 4- San Isidro - Lima - Lima	Web: www.santanderconsumer.com.pe	Teléfono: (01) 611-9900
------------------	---	--------------------------------------	----------------------------

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica
DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
☐ DNI ☐ CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:		Correo Electrónico:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente titular de la tarjeta de crédito.	

EDAD

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	69 años y 364 días	74 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 de la suma asegurada en caso de siniestro.
--	---

PLANES	PLAN ESTÁNDAR
Prima Comercial:	S/ 12.62
Prima Comercial más IGV:	S/ 14.90

AUTORIZACIÓN DE CARGO (Todos los campos son obligatorios)

Número de Tarjeta de Crédito: _____
El pago de la prima es de acuerdo al plan elegido, con cargo en la Tarjeta de Crédito.

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la aceptación de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan anteriormente 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 ofrecermelos 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 ACEPTA

☐ SI
☐ NO

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE CUATRO (04) PÁGINAS.


GERENCIA DE OPERACIONES
BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
**ASEGURADO
ESTE SEGURO ES OPCIONAL**

SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO DE CUOTA PROTEGIDA - INDEPENDIENTES

N° Póliza: 5919190137	Código SBS: AE2085900083 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, Lima	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: (01) 615-5700
------------------	--	-------------------------------------	----------------------------

DATOS DEL CONTRATANTE: Financiera Santander Consumer S.A.

RUC: 20255993225	Dirección: Av. Paseo de la República N° 3587 Interior 4- San Isidro - Lima - Lima	Web: www.santanderconsumer.com.pe	Teléfono: (01) 611-9900
------------------	---	--------------------------------------	----------------------------

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica
DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
☐ DNI ☐ CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:	Correo Electrónico:	Celular:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente titular de la tarjeta de crédito.	

EDAD

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	69 años y 364 días	74 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 de la suma asegurada en caso de siniestro.
PLANES
PLAN ESTÁNDAR

Prima Comercial:	S/ 12.62
Prima Comercial más IGV:	S/ 14.90

AUTORIZACIÓN DE CARGO (Todos los campos son obligatorios)

Número de Tarjeta de Crédito: _____

El pago de la prima es de acuerdo al plan elegido, con cargo en la Tarjeta de Crédito.

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

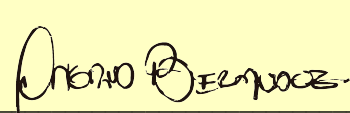
Mediante la aceptación de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan anteriormente y autorizo de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean usados para, además de ejecutar y administrar los contratos de seguros, coaseguros y/o reaseguros, realizar el envío de publicidad y/o contactarme para ofrecermelos 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 ACEPTA
☐ SI

☐ NO

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE CUATRO (04) PÁGINAS.

ASEGURADO
ESTE SEGURO ES OPCIONAL


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



COBERTURA PRINCIPAL	Incapacidad Temporal
Suma Asegurada	S/800 por evento, siempre que cumplan al menos 15 días consecutivos de incapacidad.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Ilimitado, siempre y cuando la antigüedad como independiente sea de 12 meses.
Periodo activo mínimo después de un siniestro (Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización. En este periodo no hay cobertura)	No aplica
Periodo de Carencia (Periodo de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización En este periodo no hay cobertura)	30 días
Beneficiarios	Asegurado

COBERTURA ADICIONAL	Enfermedades Graves
Suma Asegurada	S/800
Número de eventos a indemnizar por cobertura	1 evento por enfermedad
Periodo activo mínimo después de un siniestro (Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización. En este periodo no hay cobertura)	No aplica
Periodo de Carencia (Periodo de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización En este periodo no hay cobertura)	90 días
Beneficiarios	Asegurado

VIGENCIA DE LA PÓLIZA	Mensual (*)
Inicio de Vigencia	Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado por parte del Asegurado
Fin de Vigencia	Fecha de terminación o resolución del contrato de seguro según las cláusulas que se indican en esta Solicitud-Certificado
Renovación automática	SI ☒ NO ☐
RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA	El Contrato de seguros será renovado de manera mensual automáticamente. No obstante, en caso la Compañía decida no renovar la Póliza y/o Solicitud-Certificado, deberá comunicarlo al Contratante y/o Asegurado respectivamente, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios. Del mismo modo, en caso el Contratante y/o Asegurado decida no renovar la Póliza y/o Solicitud-Certificado, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía.

(*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aun cuando la vigencia de la Póliza sea mensual.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 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 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.
- 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.

LUGAR, FORMA Y PLAZO DE PAGO

Lugar de Pago	No aplica
Periodo de Gracia	No aplica
Forma y Plazo de Pago	El pago de la prima es de acuerdo al plan elegido, con cargo en la Tarjeta de 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	S/ 5. 68



COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la reclamación?				
INCAPACIDAD TEMPORAL • 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. <table><tr><th>DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS</th><th>NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR</th></tr><tr><td>15 días</td><td>Un solo pago</td></tr></table> • Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día 31 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.	DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR	15 días	Un solo pago	• Licencia de maternidad o paternidad. • Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desórdenes nerviosos o enfermedad mental. • Enfermedades preexistentes.	• Formulario de Declaración de Siniestro (Solo aplica cuando la gestión sea presencial). • 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.
DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR					
15 días	Un solo pago					
COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la reclamación?				
ENFERMEDADES GRAVES El pago de la suma asegurada, si dentro de la vigencia del seguro, eres diagnosticado por primera vez con algunas de las siguientes enfermedades graves o si te es practicado alguno de los siguientes procedimientos: (i) Cáncer maligno. (ii) Infarto agudo del miocardio (Infarto al corazón). (iii) Accidente cerebrovascular isquémico y/o hemorrágico (derrame cerebral). (iv) Insuficiencia Renal crónica total e irreversible de uno o ambos riñones que implique tratamiento asociado a hemodiálisis y/o diálisis peritoneal. (v) Esclerosis múltiple. (vi) Cirugía de angioplastia coronaria o revascularización cardíaca. (vii) Trasplante de cualquiera de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas. Estas cubierto si el diagnóstico de la enfermedad o el procedimiento ocurren a partir del día 91 desde el inicio de vigencia de este seguro.	• Si ha sido diagnosticado por éstas enfermedades antes de ingresar al seguro • En caso de cáncer maligno: Cáncer de piel no melanoma. • Policitemia, Trombocitemia Rubra Vera	• Formulario de Declaración de Siniestro (Solo aplica cuando la gestión sea presencial). • Copia simple de la Historia clínica. • Copia simple del Informe o Certificado que contenga el diagnóstico de la enfermedad y estudios que prueben el diagnóstico. • En caso de cáncer, adicionalmente, los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.				

PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA

1	2	3
Complete los documentos	Remita la documentación por uno de los siguientes medios: a) Whatsapp 960221801, donde también podrás conocer el estado del siniestro. b) Oficinas del Contratante. c) Oficinas de la Compañía. d) Buzón: atenciondeseguros@cardif.com.pe O comuníquese con nuestra línea de atención al cliente al 615-5708 en cada ciudad y/o a nivel nacional.	Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.
Plazo: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro		



TERRITORIALIDAD: La póliza aplica solo para siniestros ocurridos en el 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

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 / <http://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 Transparencia de Información y contratación con usuarios 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: 615-5708/ 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. 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". 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.
- 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.
- BNP Paribas Cardif pone a su disposición una página web, en la cual podrá utilizar su Ecosistema de servicios y beneficios que le ayudarán a disfrutar de manera más plena de su seguro. Podrá acceder al Ecosistema con el acceso que le será enviado a su correo electrónico y/o por mensaje de texto. Dichos servicios son gratuitos y adicionales a su cobertura y podrán ser prestados directamente o por terceros. Nos reservamos el derecho de incorporar nuevos servicios o modificar los servicios existentes en cualquier momento. Tenga en cuenta que dentro de la plataforma algunos proveedores podrán ofrecerle también servicios de paga. Para mayor información del detalle de los servicios o cualquier cambio de los mismos, visite nuestra página web www.bnpparibascardif.com.pe.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace:
<http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>


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



COBERTURA PRINCIPAL	Incapacidad Temporal
Suma Asegurada	S/800 por evento, siempre que cumplan al menos 15 días consecutivos de incapacidad.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Ilimitado, siempre y cuando la antigüedad como independiente sea de 12 meses.
Periodo activo mínimo después de un siniestro (Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización. En este periodo no hay cobertura)	No aplica
Periodo de Carencia (Periodo de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización En este periodo no hay cobertura)	30 días
Beneficiarios	Asegurado

COBERTURA ADICIONAL	Enfermedades Graves
Suma Asegurada	S/800
Número de eventos a indemnizar por cobertura	1 evento por enfermedad
Periodo activo mínimo después de un siniestro (Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización. En este periodo no hay cobertura)	No aplica
Periodo de Carencia (Periodo de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización En este periodo no hay cobertura)	90 días
Beneficiarios	Asegurado

VIGENCIA DE LA PÓLIZA	Mensual (*)
Inicio de Vigencia	Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado por parte del Asegurado
Fin de Vigencia	Fecha de terminación o resolución del contrato de seguro según las cláusulas que se indican en esta Solicitud-Certificado
Renovación automática	SI ☒ NO ☐
RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA	El Contrato de seguros será renovado de manera mensual automáticamente. No obstante, en caso la Compañía decida no renovar la Póliza y/o Solicitud-Certificado, deberá comunicarlo al Contratante y/o Asegurado respectivamente, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios. Del mismo modo, en caso el Contratante y/o Asegurado decida no renovar la Póliza y/o Solicitud-Certificado, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía.

(*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aun cuando la vigencia de la Póliza sea mensual.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
- 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 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. - 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.

LUGAR , FORMA Y PLAZO DE PAGO	
Lugar de Pago	No aplica
Periodo de Gracia	No aplica
Forma y Plazo de Pago	El pago de la prima es de acuerdo al plan elegido, con cargo en la Tarjeta de 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	S/ 5. 68



COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la reclamación?				
INCAPACIDAD TEMPORAL • 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. <table><tr><th>DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS</th><th>NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR</th></tr><tr><td>15 días</td><td>Un solo pago</td></tr></table> • Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día 31 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.	DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR	15 días	Un solo pago	• Licencia de maternidad o paternidad. • Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental. • Enfermedades preexistentes.	• Formulario de Declaración de Siniestro (Solo aplica cuando la gestión sea presencial). • 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.
DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR					
15 días	Un solo pago					
COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la reclamación?				
ENFERMEDADES GRAVES El pago de la suma asegurada, si dentro de la vigencia del seguro, eres diagnosticado por primera vez con algunas de las siguientes enfermedades graves o si te es practicado alguno de los siguientes procedimientos: (i) Cáncer maligno. (ii) Infarto agudo del miocardio (Infarto al corazón). (iii) Accidente cerebrovascular isquémico y/o hemorrágico (derrame cerebral). (iv) Insuficiencia Renal crónica total e irreversible de uno o ambos riñones que implique tratamiento asociado a hemodiálisis y/o diálisis peritoneal. (v) Esclerosis múltiple. (vi) Cirugía de angioplastia coronaria o revascularización cardíaca. (vii) Trasplante de cualquiera de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas. Estas cubierto si el diagnóstico de la enfermedad o el procedimiento ocurren a partir del día 91 desde el inicio de vigencia de este seguro.	• Si ha sido diagnosticado por éstas enfermedades antes de ingresar al seguro • En caso de cáncer maligno: Cáncer de piel no melanoma. • Policitemia, Trombocitemia Rubra Vera	• Formulario de Declaración de Siniestro (Solo aplica cuando la gestión sea presencial). • Copia simple de la Historia clínica. • Copia simple del Informe o Certificado que contenga el diagnóstico de la enfermedad y estudios que prueben el diagnóstico. • En caso de cáncer, adicionalmente, los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.				

PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA

1	2	3
Complete los documentos	Remita la documentación por uno de los siguientes medios: a) Whatsapp 960221801, donde también podrás conocer el estado del siniestro. b) Oficinas del Contratante. c) Oficinas de la Compañía. d) Buzón: atenciondeseguros@cardif.com.pe O comuníquese con nuestra línea de atención al cliente al 615-5708 en cada ciudad y/o a nivel nacional.	Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.

Plazo: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro



TERRITORIALIDAD: La póliza aplica solo para siniestros ocurridos en el 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

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 / <http://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 Transparencia de Información y contratación con usuarios 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: 615-5708/ 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. 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". 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.
- 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.
- BNP Paribas Cardif pone a su disposición una página web, en la cual podrá utilizar su Ecosistema de servicios y beneficios que le ayudarán a disfrutar de manera más plena de su seguro. Podrá acceder al Ecosistema con el acceso que le será enviado a su correo electrónico y/o por mensaje de texto. Dichos servicios son gratuitos y adicionales a su cobertura y podrán ser prestados directamente o por terceros. Nos reservamos el derecho de incorporar nuevos servicios o modificar los servicios existentes en cualquier momento. Tenga en cuenta que dentro de la plataforma algunos proveedores podrán ofrecerle también servicios de paga. Para mayor información del detalle de los servicios o cualquier cambio de los mismos, visite nuestra página web www.bnpparibascardif.com.pe.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace:
<http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>


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