

SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO FULL PROTECCION INDEPENDIENTES

N° Póliza: 4119190106	Código SBS: RG2084100084 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- San Isidro - Lima - Lima	Web: www.santanderconsumer.com.pe	Teléfono: (01) 611-9900
------------------	--	-----------------------------------	-------------------------

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> 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.

BENEFICIARIOS: Los beneficiarios designados o herederos legales se considerarán únicamente para la cobertura de Muerte Accidental por robo, asalto y/o secuestro. Persona(s) designada(s) por el Asegurado (A falta de designación serán los Herederos Legales).

NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	FECHA DE NAC.	Relación con el Asegurado	%

PLANES

PLANES	PLAN ESTÁNDAR
Prima Comercial:	S/ 16.02
Prima Comercial más IGV:	S/ 18.90

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 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 ACEPTA

- SI
 NO

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE SEIS (06) PAGINAS.

ASEGURADO
ESTE SEGURO ES OPCIONAL



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

SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO FULL PROTECCION INDEPENDIENTES

N° Póliza: 4119190106	Código SBS: RG2084100084 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- San Isidro - Lima - Lima	Web: www.santanderconsumer.com.pe	Teléfono: (01) 611-9900
------------------	--	-----------------------------------	-------------------------

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> 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.

BENEFICIARIOS: Los beneficiarios designados o herederos legales se considerarán únicamente para la cobertura de Muerte Accidental por robo, asalto y/o secuestro. Persona(s) designada(s) por el Asegurado (A falta de designación serán los Herederos Legales).

NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	FECHA DE NAC.	Relación con el Asegurado	%

PLANES

PLANES	PLAN ESTÁNDAR
Prima Comercial:	S/ 16.02
Prima Comercial más IGV:	S/ 18.90

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 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 ACEPTA

- SI
 NO

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE SEIS (06) PAGINAS.

ASEGURADO
ESTE SEGURO ES OPCIONAL



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

COBERTURA PRINCIPAL		USO INDEBIDO	
Suma Asegurada	Monto no reconocido por el Asegurado Para Tarjetas de Crédito o Débito de Santander Consumer: Hasta S/3,500 por evento. Para Tarjetas de Crédito de Otras Entidades Financieras: Hasta S/2,250 por evento. No incluye consumos con tarjetas adicionales. En caso las operaciones no reconocidas se encuentren bajo cobertura del seguro de Desgravamen Santander Consumer, la suma asegurada se aplicará al monto en exceso no cubierto por dicho seguro.		
Número de eventos a indemnizar por cobertura	4 eventos por año		
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización (solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura).	No aplica		
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización (solicitud de cobertura)). En este periodo no hay cobertura.	No aplica		
Beneficiarios	Asegurado		
COBERTURAS ADICIONALES		ROBO EN CAJERO ELECTRÓNICO-VENTANILLA	REPOSICIÓN DE DOCUMENTOS
Suma Asegurada	Monto robado Para Tarjetas de Crédito y Débito de Santander Consumer: Hasta S/3,000 por evento. Para Tarjetas de Crédito de Otras Entidades Financieras: Hasta S/2,000 por evento. No incluye tarjetas adicionales.		Costo de reposición de los documentos Hasta S/ 500 por evento.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	2 eventos por año		2 eventos por año
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización (solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura).	No aplica		No aplica
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización (solicitud de cobertura)). En este periodo no hay cobertura.	No aplica		No aplica
Beneficiarios	Asegurado		Asegurado
COBERTURAS ADICIONALES		MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO	RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE UN ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO
Suma Asegurada	S/ 10,000		Costo de la hospitalización S/ 200 por día, por un máximo de 30 días por evento.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	1 evento		2 eventos por año
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización (solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura).	No aplica		No aplica
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización (solicitud de cobertura)). En este periodo no hay cobertura.	No aplica		No aplica
Deducible	No aplica		1 día (24 horas) de hospitalización
Beneficiarios	Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado.		Asegurado
COBERTURAS ADICIONALES		COMPRA PROTEGIDA POR ROBO	FRAUDE POR INTERNET
Suma Asegurada	Valor de la Compra Para Tarjetas de Crédito y Débito de Santander Consumer Hasta S/3,000 por evento. Para Tarjetas de Crédito Otras Entidades Financieras: Hasta S/2,000 por evento.		Monto de la operación no reconocida Para Tarjetas de Crédito y Débito de Santander Consumer: Hasta S/500 por evento.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	1 evento por año		2 eventos por año
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización (solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura).	No aplica		No aplica
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización (solicitud de cobertura)). En este periodo no hay cobertura.	No aplica		No aplica
Beneficiarios	Asegurado		Asegurado

COBERTURAS ADICIONALES	INCAPACIDAD TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES
Suma Asegurada	S/800 por evento, siempre que cumplan al menos 15 días consecutivos de incapacidad.	S/800
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Ilimitado, siempre y cuando la antigüedad como independiente sea de 12 meses.	1 evento por enfermedad o procedimiento
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	No aplica
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización (solicitud de cobertura)). En este periodo no hay cobertura.	30 días. En caso a la fecha de contratación, tenga vigente el Seguro Cuota Protegida Independientes, el plazo se contará desde el inicio de vigencia de dicho seguro.	90 días. En caso a la fecha de contratación, tenga vigente el Seguro Cuota Protegida Independientes, el plazo se contará desde el inicio de vigencia de dicho seguro.
Beneficiarios	Asegurado	Asegurado

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Mensual (*)
(*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea mensual.

Inicio de Vigencia: Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado por parte del Asegurado; o, en caso de contratación previa del Seguro Tarjeta Protegida o Seguro Cuota Protegida – Independientes, al día siguiente del fin de vigencia de dicha póliza.

Fin de Vigencia: Fecha de terminación o resolución del contrato de seguro conforme a la póliza.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: 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.

Renovación automática
Sí NO

LUGAR, FORMA Y PLAZO DE PAGO

Lugar de Pago No aplica
Período 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.**

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.

DESCRIPCIÓN GENERAL

Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador

MONTO / PORCENTAJE

No aplica
No aplica
S/. 7.20

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

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la reclamación (solicitud de cobertura)?
<p>USO INDEBIDO Recibirás el pago de la suma asegurada si una persona no autorizada por ti realiza transacciones con tu Tarjeta Débito o Tarjeta de Crédito, a consecuencia de robo, hurto, pérdida, extravío, asalto y/o secuestro.</p> <p>IMPORTANTE: Debes notificar a la entidad financiera de manera inmediata una vez identifiques el hecho o te sea posible hacerlo y proceder a bloquear tu Tarjeta. En casos de robo, hurto, pérdida, extravío, asalto y/o secuestro, si estos fueran usados indebidamente, quedarás protegido hasta 24 horas antes de realizado el bloqueo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor. 2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro. 3. Pérdidas del dinero cuando se haya retirado con una tarjeta de crédito diferentes a la tuya amparada. 4. Actos negligentes que hayas cometido. 5. Reclamaciones falsas o fraudulentas que hayas efectuado. 6. Fraude por internet. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple de la denuncia policial en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar de ocurrencia. 3. Copia simple de la constancia emitida por la entidad financiera donde se identifique la fecha y hora del bloqueo. 4. Copia del documento donde se evidencien las transacciones realizadas con la Tarjeta.



COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la reclamación (solicitud de cobertura)?
<p>ROBO EN CAJERO ELECTRÓNICO – VENTANILLA</p> <p>Recibirás el pago de la suma asegurada en caso de ser víctima de un robo, en donde pierdas el dinero retirado de un cajero electrónico o ventanilla de una entidad financiera.</p> <p>Importante: El robo debe ocurrirle al titular de la tarjeta crédito o débito, máximo 2 horas siguientes al retiro del dinero.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor. 2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro. 3. Pérdidas del dinero cuando se haya retirado con una tarjeta de crédito diferentes a la tuya amparada. 4. Pérdidas de dinero que sean retirados por personas distintas a ti, cuando le proporciones tu clave a un tercero o cualquier otra información confidencial. 5. Hurto o extravío. 6. Actos negligentes que hayas cometido 7. Reclamaciones falsas o fraudulentas que hayas efectuado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple de la denuncia policial en la que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar en el cual ocurrió el robo. 3. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 4. Copia simple del voucher u otro documento emitido por la Entidad del Sistema Financiero donde figure la fecha, hora, monto y lugar del retiro de dinero.
<p>REPOSICIÓN DE DOCUMENTOS</p> <p>Recibirás el pago de la suma asegurada en caso de ser víctima de un robo, asalto y/o secuestro y pierdes tus documentos personales.</p> <p>Importante: Te cubrimos los siguientes documentos: D.N.I., carnet de extranjería, pasaporte, licencia de conducir, tarjeta de propiedad del carro.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor. 2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro. 3. Hurto o extravío. 4. Actos negligentes que hayas cometido. 5. Reclamaciones falsas o fraudulentas que hayas efectuado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple de la denuncia policial en la que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar de ocurrencia. 3. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 4. Copia simple de los comprobantes de gastos relacionados directamente con el trámite de expedición del duplicado de los documentos robados.
<p>MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO</p> <p>Si falleces a consecuencia directa de un robo, asalto y/o secuestro, tus beneficiarios designados o los de ley, recibirán el pago de la suma asegurada.</p> <p>IMPORTANTE: La muerte accidental por robo, asalto y/o secuestro deberá presentarse durante los 90 días siguientes a la ocurrencia de cualquiera de estos eventos.</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. Cuando el Asegurado esté bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. 3. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. 4. Copia simple de Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda. 5. Copia simple del Informe, Parte o Atestado Policial en caso corresponda.
<p>RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE UN ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO</p> <p>Recibirás el pago de la suma asegurada si dentro de la vigencia de este seguro eres internado en una clínica u hospital, como consecuencia de un robo, asalto y/ secuestro.</p> <p>IMPORTANTE: Solo se pagará una renta diaria por hospitalización hasta completar treinta (30) días. El periodo de hospitalización debe ser superior a 24 horas.</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. Cuando el Asegurado esté bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple de la historia clínica o epicrisis en la cual se evidencie los días de hospitalización y la causa de la misma. 3. Copia simple de la denuncia policial en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar de ocurrencia. 4. Copia simple del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso de haberse realizado.
<p>COMPRA PROTEGIDA POR ROBO</p> <p>Recibirás el pago del valor de tu compra realizada con la tarjeta hasta el límite asegurado en los siguientes casos: (i) Pierdas el bien y seas víctima de un robo; en este caso la cobertura estará vigente hasta máximo 48 horas después de su compra.</p> <p>IMPORTANTE: Para bienes adquiridos por medios electrónicos, la cobertura aplicará a partir del envío del bien.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor. 2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro. 3. Hurto o extravío. 4. Actos negligentes que hayas cometido. 5. Reclamaciones falsas o fraudulentas que hayas efectuado. <p>Quedan excluidos de esta cobertura los siguientes artículos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ipods, teléfonos celulares, agendas electrónicas. 2. Joyas, relojes, piedras preciosas. 3. Obras de arte, Mascotas y plantas. 4. Vehículos motorizados. 5. Artículos de segunda, dinero. 6. Artículos consumibles como bebidas y perezaderos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple de la denuncia policial en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar en el cual ocurrió el robo. 3. Copia simple del documento que sustente la compra realizada con la tarjeta.

COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la reclamación (solicitud de cobertura)?				
<p>FRAUDE POR INTERNET Recibirás el pago de la suma asegurada si una persona no autorizada por ti realiza compras fraudulentas vía Internet mediante el uso indebido de tu(s) Tarjetas(s).</p> <p>IMPORTANTE: Deberás notificar a la entidad financiera de manera inmediata una vez identifiques la compra fraudulenta. Tus Tarjetas estarán protegidas hasta dentro de los noventa (90) días anteriores a la fecha en que realizaste esta notificación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro. Actos negligentes que hayas cometido. Reclamaciones falsas o fraudulentas. Clonación de tu(s) Tarjetas(s) asegurada(s). 	<ol style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). Copia simple de la denuncia policial en la que conste la descripción de los hechos, el día y la hora de las compras fraudulentas vía Internet. Copia simple del estado de cuenta de la tarjeta. 				
<p>INCAPACIDAD TEMPORAL Recibirás el pago de la suma asegurada, si quedas incapacitado(a) temporalmente por Accidente y/o Enfermedad.</p> <p>• 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> <table border="1" data-bbox="44 918 632 1019"> <thead> <tr> <th>DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS</th> <th>NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 días</td> <td>Un solo pago</td> </tr> </tbody> </table> <p>• 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.</p>	DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR	15 días	Un solo pago	<ol style="list-style-type: none"> Licencia de maternidad o paternidad. Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental Enfermedades preexistentes. 	<ol style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 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					
<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cáncer maligno. Infarto agudo del miocardio (Infarto al corazón). Accidente cerebrovascular isquémico y/o hemorrágico (derrame cerebral). Insuficiencia Renal crónica total e irreversible de uno o ambos riñones que implique tratamiento asociado a hemodiálisis y/o diálisis peritoneal. Esclerosis múltiple. Cirugía de angioplastia coronaria o revascularización cardíaca. Trasplante de cualquiera de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas. 	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 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 (SOLICITUD DE 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 para dar respuesta al 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.

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 / <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 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: 615-5708/ 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.
- 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.
- 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>

COBERTURA PRINCIPAL		USO INDEBIDO	
Suma Asegurada	Monto no reconocido por el Asegurado Para Tarjetas de Crédito o Débito de Santander Consumer: Hasta S/3,500 por evento. Para Tarjetas de Crédito de Otras Entidades Financieras: Hasta S/2,250 por evento. No incluye consumos con tarjetas adicionales. En caso las operaciones no reconocidas se encuentren bajo cobertura del seguro de Desgravamen Santander Consumer, la suma asegurada se aplicará al monto en exceso no cubierto por dicho seguro.		
Número de eventos a indemnizar por cobertura	4 eventos por año		
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización (solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura).	No aplica		
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización (solicitud de cobertura)). En este periodo no hay cobertura.	No aplica		
Beneficiarios	Asegurado		
COBERTURAS ADICIONALES		ROBO EN CAJERO ELECTRÓNICO-VENTANILLA	REPOSICIÓN DE DOCUMENTOS
Suma Asegurada	Monto robado Para Tarjetas de Crédito y Débito de Santander Consumer: Hasta S/3,000 por evento. Para Tarjetas de Crédito de Otras Entidades Financieras: Hasta S/2,000 por evento. No incluye tarjetas adicionales.		Costo de reposición de los documentos Hasta S/ 500 por evento.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	2 eventos por año	2 eventos por año	2 eventos por año
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización (solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura).	No aplica	No aplica	No aplica
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización (solicitud de cobertura)). En este periodo no hay cobertura.	No aplica	No aplica	No aplica
Beneficiarios	Asegurado	Asegurado	Asegurado
COBERTURAS ADICIONALES		MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO	RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE UN ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO
Suma Asegurada	S/ 10,000	Costo de la hospitalización S/ 200 por día, por un máximo de 30 días por evento.	
Número de eventos a indemnizar por cobertura	1 evento	2 eventos por año	
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización (solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura).	No aplica	No aplica	
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización (solicitud de cobertura)). En este periodo no hay cobertura.	No aplica	No aplica	
Deducible	No aplica	1 día (24 horas) de hospitalización	
Beneficiarios	Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado.		Asegurado
COBERTURAS ADICIONALES		COMPRA PROTEGIDA POR ROBO	FRAUDE POR INTERNET
Suma Asegurada	Valor de la Compra Para Tarjetas de Crédito y Débito de Santander Consumer Hasta S/3,000 por evento. Para Tarjetas de Crédito Otras Entidades Financieras: Hasta S/2,000 por evento.		Monto de la operación no reconocida Para Tarjetas de Crédito y Débito de Santander Consumer: Hasta S/500 por evento.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	1 evento por año	2 eventos por año	2 eventos por año
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización (solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura).	No aplica	No aplica	No aplica
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización (solicitud de cobertura)). En este periodo no hay cobertura.	No aplica	No aplica	No aplica
Beneficiarios	Asegurado	Asegurado	Asegurado

COBERTURAS ADICIONALES	INCAPACIDAD TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES
Suma Asegurada	S/800 por evento, siempre que cumplan al menos 15 días consecutivos de incapacidad.	S/800
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Ilimitado, siempre y cuando la antigüedad como independiente sea de 12 meses.	1 evento por enfermedad o procedimiento
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	No aplica
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización (solicitud de cobertura)). En este periodo no hay cobertura.	30 días. En caso a la fecha de contratación, tenga vigente el Seguro Cuota Protegida Independientes, el plazo se contará desde el inicio de vigencia de dicho seguro.	90 días. En caso a la fecha de contratación, tenga vigente el Seguro Cuota Protegida Independientes, el plazo se contará desde el inicio de vigencia de dicho seguro.
Beneficiarios	Asegurado	Asegurado

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Mensual (*)
(*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea mensual.

Inicio de Vigencia: Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado por parte del Asegurado; o, en caso de contratación previa del Seguro Tarjeta Protegida o Seguro Cuota Protegida – Independientes, al día siguiente del fin de vigencia de dicha póliza.

Fin de Vigencia: Fecha de terminación o resolución del contrato de seguro conforme a la póliza.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: 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.

Renovación automática
Sí NO

LUGAR, FORMA Y PLAZO DE PAGO

Lugar de Pago No aplica
Período 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.**

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.

DESCRIPCIÓN GENERAL

Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador

MONTO / PORCENTAJE

No aplica
No aplica
S/. 7.20

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

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la reclamación (solicitud de cobertura)?
<p>USO INDEBIDO Recibirás el pago de la suma asegurada si una persona no autorizada por ti realiza transacciones con tu Tarjeta Débito o Tarjeta de Crédito, a consecuencia de robo, hurto, pérdida, extravío, asalto y/o secuestro.</p> <p>IMPORTANTE: Debes notificar a la entidad financiera de manera inmediata una vez identifiques el hecho o te sea posible hacerlo y proceder a bloquear tu Tarjeta. En casos de robo, hurto, pérdida, extravío, asalto y/o secuestro, si estos fueran usados indebidamente, quedarás protegido hasta 24 horas antes de realizado el bloqueo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro. Pérdidas del dinero cuando se haya retirado con una tarjeta de crédito diferentes a la tuya amparada. Actos negligentes que hayas cometido. Reclamaciones falsas o fraudulentas que hayas efectuado. Fraude por internet. 	<ol style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). Copia simple de la denuncia policial en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar de ocurrencia. Copia simple de la constancia emitida por la entidad financiera donde se identifique la fecha y hora del bloqueo. Copia del documento donde se evidencien las transacciones realizadas con la Tarjeta.



COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la reclamación (solicitud de cobertura)?
<p>ROBO EN CAJERO ELECTRÓNICO – VENTANILLA</p> <p>Recibirás el pago de la suma asegurada en caso de ser víctima de un robo, en donde pierdas el dinero retirado de un cajero electrónico o ventanilla de una entidad financiera.</p> <p>Importante: El robo debe ocurrirle al titular de la tarjeta crédito o débito, máximo 2 horas siguientes al retiro del dinero.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor. 2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro. 3. Pérdidas del dinero cuando se haya retirado con una tarjeta de crédito diferentes a la tuya amparada. 4. Pérdidas de dinero que sean retirados por personas distintas a ti, cuando le proporciones tu clave a un tercero o cualquier otra información confidencial. 5. Hurto o extravío. 6. Actos negligentes que hayas cometido 7. Reclamaciones falsas o fraudulentas que hayas efectuado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple de la denuncia policial en la que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar en el cual ocurrió el robo. 3. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 4. Copia simple del voucher u otro documento emitido por la Entidad del Sistema Financiero donde figure la fecha, hora, monto y lugar del retiro de dinero.
<p>REPOSICIÓN DE DOCUMENTOS</p> <p>Recibirás el pago de la suma asegurada en caso de ser víctima de un robo, asalto y/o secuestro y pierdes tus documentos personales.</p> <p>Importante: Te cubrimos los siguientes documentos: D.N.I., carnet de extranjería, pasaporte, licencia de conducir, tarjeta de propiedad del carro.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor. 2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro. 3. Hurto o extravío. 4. Actos negligentes que hayas cometido. 5. Reclamaciones falsas o fraudulentas que hayas efectuado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple de la denuncia policial en la que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar de ocurrencia. 3. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 4. Copia simple de los comprobantes de gastos relacionados directamente con el trámite de expedición del duplicado de los documentos robados.
<p>MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO</p> <p>Si falleces a consecuencia directa de un robo, asalto y/o secuestro, tus beneficiarios designados o los de ley, recibirán el pago de la suma asegurada.</p> <p>IMPORTANTE: La muerte accidental por robo, asalto y/o secuestro deberá presentarse durante los 90 días siguientes a la ocurrencia de cualquiera de estos eventos.</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. Cuando el Asegurado esté bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. 3. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. 4. Copia simple de Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda. 5. Copia simple del Informe, Parte o Atestado Policial en caso corresponda.
<p>RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE UN ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO</p> <p>Recibirás el pago de la suma asegurada si dentro de la vigencia de este seguro eres internado en una clínica u hospital, como consecuencia de un robo, asalto y/o secuestro.</p> <p>IMPORTANTE: Solo se pagará una renta diaria por hospitalización hasta completar treinta (30) días. El periodo de hospitalización debe ser superior a 24 horas.</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. Cuando el Asegurado esté bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple de la historia clínica o epicrisis en la cual se evidencie los días de hospitalización y la causa de la misma. 3. Copia simple de la denuncia policial en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar de ocurrencia. 4. Copia simple del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso de haberse realizado.
<p>COMPRA PROTEGIDA POR ROBO</p> <p>Recibirás el pago del valor de tu compra realizada con la tarjeta hasta el límite asegurado en los siguientes casos: (i) Pierdas el bien y seas víctima de un robo; en este caso la cobertura estará vigente hasta máximo 48 horas después de su compra.</p> <p>IMPORTANTE: Para bienes adquiridos por medios electrónicos, la cobertura aplicará a partir del envío del bien.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor. 2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro. 3. Hurto o extravío. 4. Actos negligentes que hayas cometido. 5. Reclamaciones falsas o fraudulentas que hayas efectuado. <p>Quedan excluidos de esta cobertura los siguientes artículos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ipods, teléfonos celulares, agendas electrónicas. 2. Joyas, relojes, piedras preciosas. 3. Obras de arte, Mascotas y plantas. 4. Vehículos motorizados. 5. Artículos de segunda, dinero. 6. Artículos consumibles como bebidas y perecederos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple de la denuncia policial en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar en el cual ocurrió el robo. 3. Copia simple del documento que sustente la compra realizada con la tarjeta.

COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la reclamación (solicitud de cobertura)?				
<p>FRAUDE POR INTERNET Recibirás el pago de la suma asegurada si una persona no autorizada por ti realiza compras fraudulentas vía Internet mediante el uso indebido de tu(s) Tarjetas(s).</p> <p>IMPORTANTE: Deberás notificar a la entidad financiera de manera inmediata una vez identifiques la compra fraudulenta. Tus Tarjetas estarán protegidas hasta dentro de los noventa (90) días anteriores a la fecha en que realizaste esta notificación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor. 2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro. 3. Actos negligentes que hayas cometido. 4. Reclamaciones falsas o fraudulentas. 5. Clonación de tu(s) Tarjetas(s) asegurada(s). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple de la denuncia policial en la que conste la descripción de los hechos, el día y la hora de las compras fraudulentas vía Internet. 3. Copia simple del estado de cuenta de la tarjeta. 				
<p>INCAPACIDAD TEMPORAL Recibirás el pago de la suma asegurada, si quedas incapacitado(a) temporalmente por Accidente y/o Enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 border="1" data-bbox="41 918 632 1019"> <thead> <tr> <th>DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS</th> <th>NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 días</td> <td>Un solo pago</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<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 de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple del Certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal y días de incapacidad emitido por el médico tratante. 3. Copia simple de la Historia clínica.
DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR					
15 días	Un solo pago					
<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> (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. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si ha sido diagnosticado por éstas enfermedades antes de ingresar al seguro. 2. En caso de cáncer maligno: Cáncer de piel no melanoma. 3. Policitemia, Trombocitemia Rubra Vera. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía (sólo aplica cuando la gestión sea presencial o buzón electrónico). 2. Copia simple de la Historia clínica. 3. Copia simple del Informe o Certificado que contenga el diagnóstico de la enfermedad y estudios que prueben el diagnóstico. 4. En caso de cáncer, adicionalmente, los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico. 				

PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA (SOLICITUD DE 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 para dar respuesta al 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.

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 / <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 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: 615-5708/ 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.
- 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.
- 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>