

**SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO ONCOLÓGICO PLUS**

N° Póliza: 64192101106

Código SBS: AE2086400087

Nro. Solicitud-Certificado:

Fecha de Emisión:

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

RUC: 20513328819

Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro

Web: [www.bnpparibascardif.com.pe](http://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

Web:

<https://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:                                        | Teléfono:           |                   |  |
| Dirección del Asegurado: |                   |                                              | Correo Electrónico: |                   |  |
| Distrito:                |                   | Provincia:                                   | Departamento:       |                   |  |
| Nacionalidad:            |                   | Relación con el Contratante: Cliente Titular |                     |                   |  |

**EDAD**

| Edad Mínima de Ingreso | Edad Máxima de Ingreso | Edad Máxima de Permanencia |
|------------------------|------------------------|----------------------------|
| 18 años                | 64 años y 364 días     | 69 años y 364 días         |

**PLAN CLÁSICO**
**PRIMA**

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Prima Comercial:        | S/5.29  |
| Prima Comercial más IGV | S/18.90 |

**BENEFICIARIOS:** Los beneficiarios designados se consideran únicamente para la cobertura de Muerte Accidental. A falta de designación serán los Herederos Legales.

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

**AUTORIZACIÓN DE CARGO (Todos los campos son obligatorios)**

Número de Tarjeta de Crédito o Cuenta de Ahorro:

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

**CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Mediante la firma de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan 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](http://www.bnpparibascardif.com.pe). Y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

**ACEPTO** ☐ **NO ACEPTO** ☐
**DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO**
**ASEGURADO**
  
**GERENTE GENERAL BNP PARIBAS CARDIF S.A.  
COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS**

## SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO ONCOLÓGICO PLUS

N° Póliza: 64192101106

Código SBS: AE2086400087

Nro. Solicitud-Certificado:

Fecha de Emisión:

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

RUC: 20513328819

Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro

Web: [www.bnpparibascardif.com.pe](http://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

Web:

<https://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 |                     |

## EDAD

| Edad Mínima de Ingreso | Edad Máxima de Ingreso | Edad Máxima de Permanencia |
|------------------------|------------------------|----------------------------|
| 18 años                | 64 años y 364 días     | 69 años y 364 días         |

## PLAN CLÁSICO

## PRIMA

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Prima Comercial:        | S/5.29  |
| Prima Comercial más IGV | S/18.90 |

**BENEFICIARIOS:** Los beneficiarios designados se consideran únicamente para la cobertura de Muerte Accidental. A falta de designación serán los Herederos Legales.

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

## AUTORIZACIÓN DE CARGO (Todos los campos son obligatorios)

Número de Tarjeta de Crédito o Cuenta de Ahorro: \_\_\_\_\_

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

## CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la firma de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan 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](http://www.bnpparibascardif.com.pe). Y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

ACEPTO ☐ NO ACEPTO ☐

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO

ASEGURADO

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

**DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO** Indemnizar al asegurado/beneficiarios en caso de siniestros.

| COBERTURAS                                                                                                                                                    | PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                           | ADICIONAL                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                               | PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER                                                                                                                                                                                        | MUERTE ACCIDENTAL                                                         |
| Suma Asegurada                                                                                                                                                | De 18 a 40 años: S/20,000<br>De 41 a 50 años: S/15,000<br>De 51 a 65 años: S/8,000<br>La suma asegurada a cubrir en caso de siniestro, será definida, de acuerdo a la edad de ingreso al momento de la suscripción. | S/5,000                                                                   |
| Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la reclamación de indemnización. En este periodo no hay cobertura) | 90 días                                                                                                                                                                                                             | No aplica                                                                 |
| Deducibles                                                                                                                                                    | No aplica                                                                                                                                                                                                           | No aplica                                                                 |
| Beneficiarios                                                                                                                                                 | Asegurado                                                                                                                                                                                                           | Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado. |

|                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA:</b> Mensual (*)<br>(*)Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aun cuando la vigencia de la Póliza sea Mensual. | <b>INICIO DE VIGENCIA:</b><br>Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado. | <b>FIN DE VIGENCIA:</b><br>Fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia o se verifique cualquiera de las causales de terminación del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA :</b> Mensual                                                                                                                                     |                                                                                 | <b>Renovación automática:</b> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>En caso la Compañía decida no renovar el contrato de seguros, 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 el contrato de seguros deberá comunicarlo por escrito a la Compañía. |

| PRIMA                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lugar de Pago         | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Período de Gracia:    | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Forma y Plazo de Pago | La prima se cargará mensualmente en la facturación de la tarjeta de Crédito o cuenta de ahorros, de acuerdo al plazo establecido en el estado de cuenta correspondiente.<br><b>El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.</b> |

| 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/5.29             |

| DECLARACIÓN DE SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>El Asegurado declara lo siguiente:</b><br>No ha sido diagnosticado o tratado o padece o sospecha padecer o va a recibir tratamiento o ha recibido indicación para exámenes médicos para descarte de: Cáncer, enfermedad oncológica, tumor, leucemia, linfoma, displasia del cuello uterino, melanoma, virus del papiloma humano, epitelomas, tumor mamario, prostatitis crónica, hipertrofia prostática, pancreatitis aguda, hepatitis B o C, cirrosis, anemia perniciosa, poliposis gástrica, pólipo en el colon, colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, esófago de barrett, reflujo esofágico, lupus o esclerosis múltiple, SIDA, VIH, mononucleosis infecciosa. |



## 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](http://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](mailto: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.

| COBERTURAS PRINCIPALES<br>¿Qué te cubrimos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | EXCLUSIONES<br>¿Que no te cubrimos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS<br>¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER</b><br>Recibirás el pago de la suma asegurada, en caso seas diagnosticado clínicamente por primera vez con un cáncer maligno (independiente de su localización o etapa) dentro de la vigencia de este seguro.<br><br>El diagnóstico debe ser realizado por un médico licenciado en Perú, confirmado por una biopsia o examen diagnóstico que certifique positivamente la presencia del cáncer maligno. | 1. Cuando se te haya diagnosticado el cáncer maligno antes de ingresar a este seguro. Así mismo, no se cubrirán las metástasis originadas a partir de un cáncer diagnosticado antes del inicio de la vigencia de este seguro.<br>2. Cánceres o tumores diagnosticados como benignos o pre malignos.<br>3. Todo cáncer de piel maligno diferente al Melanoma.<br>4. Policitemia Vera, Trombocitemia esencial, condilomas planos, displasias. | 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía<br>2. Copia simple del Certificado médico y exámenes médicos que sustenten el diagnóstico de cáncer (biopsia y/o radiografías, etc., según corresponda).<br>3. Copia simple del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico tratante. |

| COBERTURAS ADICIONALES<br>¿Qué te cubrimos?                                                                                                                                                                                                                                                                                           | EXCLUSIONES<br>¿Que no te cubrimos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS<br>¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MUERTE ACCIDENTAL</b><br><br>Si mueres como consecuencia directa de un accidente, tus beneficiarios designados o los de ley, recibirán el pago del valor asegurado.<br><br><b>IMPORTANTE:</b> La muerte del asegurado deberá presentarse al momento del accidente o durante los 180 días siguientes a la ocurrencia del accidente. | 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.<br>2. Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes. | 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.<br>2. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.<br>3. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios.<br>4. Copia simple del Informe, Parte o Atestado Policial, en caso corresponda. |

## PASOS PARA REALIZAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

| 1                        | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3                                                                 |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Complete los documentos. | Remita la documentación por los siguientes medios:<br>Compañía:<br>- A Tráves del canal de WhatsApp: 960 221 801.<br>- A través del correo electrónico: <a href="mailto:atenciondeseguros@cardif.com.pe">atenciondeseguros@cardif.com.pe</a><br>- A través de las oficinas de Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro.<br>Socio:<br>- A través de cualquier agencia del contratante | Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso. |

Plazo: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro, de manera presencial, telefónica, por escrito o medio electrónico a través del Servicio al Cliente (SAC) de la compañía de seguros o directamente con el contratante.



**TERRITORIALIDAD:** La Póliza es exigible respecto de los Sinistros ocurridos dentro del 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 13° 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 salvo que hayan transcurrido cinco (5) años de renovación continua e ininterrumpida, en cuyo caso se mantendrán, como mínimo, las coberturas originalmente contratadas, pudiéndose modificar las demás condiciones del contrato.

#### **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](mailto: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](http://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.
- 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.
- Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio y/o correo electrónico del 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 de Ecosistemas de Servicios y Beneficios adicionales a su seguro. Recibirá el link que lo direccionará a dicha plataforma. Dichos servicios son gratuitos y adicionales a su cobertura. Podrán ser prestados directamente por BNP Paribas Cardif o por terceros. Nos reservamos el derecho de incorporar nuevos servicios o modificar los existentes en cualquier momento. Tenga en cuenta que dentro de la plataforma algunos proveedores podrán ofrecerle también otros servicios con costo adicional.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.

**DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO** Indemnizar al asegurado/beneficiarios en caso de siniestros.

| COBERTURAS                                                                                                                                                    | PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                           | ADICIONAL                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                               | PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER                                                                                                                                                                                        | MUERTE ACCIDENTAL                                                         |
| Suma Asegurada                                                                                                                                                | De 18 a 40 años: S/20,000<br>De 41 a 50 años: S/15,000<br>De 51 a 65 años: S/8,000<br>La suma asegurada a cubrir en caso de siniestro, será definida, de acuerdo a la edad de ingreso al momento de la suscripción. | S/5,000                                                                   |
| Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la reclamación de indemnización. En este periodo no hay cobertura) | 90 días                                                                                                                                                                                                             | No aplica                                                                 |
| Deducibles                                                                                                                                                    | No aplica                                                                                                                                                                                                           | No aplica                                                                 |
| Beneficiarios                                                                                                                                                 | Asegurado                                                                                                                                                                                                           | Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado. |

|                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA:</b> Mensual (*)<br>(*)Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aun cuando la vigencia de la Póliza sea Mensual. | <b>INICIO DE VIGENCIA:</b><br>Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado. | <b>FIN DE VIGENCIA:</b><br>Fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia o se verifique cualquiera de las causales de terminación del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA :</b> Mensual                                                                                                                                     |                                                                                 | <b>Renovación automática:</b> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>En caso la Compañía decida no renovar el contrato de seguros, 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 el contrato de seguros deberá comunicarlo por escrito a la Compañía. |

| PRIMA                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lugar de Pago         | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Período de Gracia:    | No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Forma y Plazo de Pago | La prima se cargará mensualmente en la facturación de la tarjeta de Crédito o cuenta de ahorros, de acuerdo al plazo establecido en el estado de cuenta correspondiente.<br><b>El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.</b> |

| 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/5.29             |

| DECLARACIÓN DE SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>El Asegurado declara lo siguiente:</b><br>No ha sido diagnosticado o tratado o padece o sospecha padecer o va a recibir tratamiento o ha recibido indicación para exámenes médicos para descarte de: Cáncer, enfermedad oncológica, tumor, leucemia, linfoma, displasia del cuello uterino, melanoma, virus del papiloma humano, epitelomas, tumor mamario, prostatitis crónica, hipertrofia prostática, pancreatitis aguda, hepatitis B o C, cirrosis, anemia perniciosa, poliposis gástrica, pólipo en el colon, colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, esófago de barrett, reflujo esofágico, lupus o esclerosis múltiple, SIDA, VIH, mononucleosis infecciosa. |



## 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](http://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](mailto: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.

| COBERTURAS PRINCIPALES<br>¿Qué te cubrimos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | EXCLUSIONES<br>¿Que no te cubrimos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS<br>¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER</b><br>Recibirás el pago de la suma asegurada, en caso seas diagnosticado clínicamente por primera vez con un cáncer maligno (independiente de su localización o etapa) dentro de la vigencia de este seguro.<br><br>El diagnóstico debe ser realizado por un médico licenciado en Perú, confirmado por una biopsia o examen diagnóstico que certifique positivamente la presencia del cáncer maligno. | 1. Cuando se te haya diagnosticado el cáncer maligno antes de ingresar a este seguro. Así mismo, no se cubrirán las metástasis originadas a partir de un cáncer diagnosticado antes del inicio de la vigencia de este seguro.<br>2. Cánceres o tumores diagnosticados como benignos o pre malignos.<br>3. Todo cáncer de piel maligno diferente al Melanoma.<br>4. Policitemia Vera, Trombocitemia esencial, condilomas planos, displasias. | 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía<br>2. Copia simple del Certificado médico y exámenes médicos que sustenten el diagnóstico de cáncer (biopsia y/o radiografías, etc., según corresponda).<br>3. Copia simple del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico tratante. |

| COBERTURAS ADICIONALES<br>¿Qué te cubrimos?                                                                                                                                                                                                                                                                                           | EXCLUSIONES<br>¿Que no te cubrimos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS<br>¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MUERTE ACCIDENTAL</b><br><br>Si mueres como consecuencia directa de un accidente, tus beneficiarios designados o los de ley, recibirán el pago del valor asegurado.<br><br><b>IMPORTANTE:</b> La muerte del asegurado deberá presentarse al momento del accidente o durante los 180 días siguientes a la ocurrencia del accidente. | 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.<br>2. Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes. | 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.<br>2. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.<br>3. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios.<br>4. Copia simple del Informe, Parte o Atestado Policial, en caso corresponda. |

## PASOS PARA REALIZAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

| 1                        | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3                                                                 |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Complete los documentos. | Remita la documentación por los siguientes medios:<br>Compañía:<br>- A Tráves del canal de WhatsApp: 960 221 801.<br>- A través del correo electrónico: <a href="mailto:atenciondeseguros@cardif.com.pe">atenciondeseguros@cardif.com.pe</a><br>- A través de las oficinas de Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro.<br>Socio:<br>- A través de cualquier agencia del contratante | Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso. |

Plazo: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro, de manera presencial, telefónica, por escrito o medio electrónico a través del Servicio al Cliente (SAC) de la compañía de seguros o directamente con el contratante.



**TERRITORIALIDAD:** La Póliza es exigible respecto de los Sinistros ocurridos dentro del 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 13° 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 salvo que hayan transcurrido cinco (5) años de renovación continua e ininterrumpida, en cuyo caso se mantendrán, como mínimo, las coberturas originalmente contratadas, pudiéndose modificar las demás condiciones del contrato.

#### **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](mailto: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](http://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.
- 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.
- Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio y/o correo electrónico del 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 de Ecosistemas de Servicios y Beneficios adicionales a su seguro. Recibirá el link que lo direccionará a dicha plataforma. Dichos servicios son gratuitos y adicionales a su cobertura. Podrán ser prestados directamente por BNP Paribas Cardif o por terceros. Nos reservamos el derecho de incorporar nuevos servicios o modificar los existentes en cualquier momento. Tenga en cuenta que dentro de la plataforma algunos proveedores podrán ofrecerle también otros servicios con costo adicional.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.