

SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO TOTALMAX

N° Póliza: 7219210198	Código SBS: VI2087200086	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	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:	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
		Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura

PLAN CLÁSICO
PRIMA

Prima Comercial:	S/18.90
Prima Comercial más IGV	S/18.90

BENEFICIARIOS: Los beneficiarios designados se consideran únicamente para la cobertura de Fallecimiento, 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. 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

GERENCIA DE OPERACIONES

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

SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO TOTALMAX

N° Póliza: 7219210198	Código SBS: VI2087200086	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	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:	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
		Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura

PLAN CLÁSICO
PRIMA

Prima Comercial:	S/18.90
Prima Comercial más IGV	S/18.90

BENEFICIARIOS: Los beneficiarios designados se consideran únicamente para la cobertura de Fallecimiento, 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 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.

ACEPTO ☐ NO ACEPTO ☐

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO

ASEGURADO

GERENCIA DE OPERACIONES

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

CLIENTE

Página 1 de 5

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

COBERTURAS	PRINCIPAL	ADICIONAL				
	Fallecimiento por cualquier causa	Auxilio Funerario	ITP por cualquier causa	Muerte Accidental	ITP por Accidente	Renta Hospitalaria por Accidente
Suma Asegurada La suma asegurada a cubrir será según la edad de ingreso y no según la edad a la fecha del siniestro.	De 18 a 40 años: S/25,000 De 41 a 50 años: S/15,000 De 51 a 65 años: S/6,500 La suma asegurada a cubrir en caso de siniestro, será definida, de acuerdo a la edad de ingreso al momento de la suscripción.	S/2,000	De 18 a 40 años: S/15,000 De 41 a 50 años: S/10,000 De 51 a 65 años: S/4,000 La suma asegurada a cubrir en caso de siniestro, será definida, de acuerdo a la edad de ingreso al momento de la suscripción.	S/. 50,000	S/. 25,000	S/. 50 por día, en el límite de 30 días
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura.	90 días	90 días	90 días	No aplica	No aplica	No aplica
Deducibles	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	1 día (24 horas)
Beneficiarios	Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado.	Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado.	Asegurado	Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado.	Asegurado	Asegurado

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Mensual	INICIO DE VIGENCIA: Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado.	VIGENCIA DE LA PÓLIZA: 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.
RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA : Mensual		Renovación automática: SI ☒ NO ☐ 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
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. 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.

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/7.21



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.
- Declaro NO padecer, NO haber padecido, NO haber sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes Enfermedades: Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal, Derrame Cerebral, Enfermedad psiquiátrica, Esclerosis Múltiple, Lupus, Enfermedad Renal, Tuberculosis, Enfermedad Inmunológica, SIDA, Alzheimer, Hepatitis, Cirrosis, Enfermedades cardíológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.
- Autorizo a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.

COBERTURAS PRINCIPALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos casos en los cuales usted muera por cualquier causa.	- Actos delictivos en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. - Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes. - Suicidio durante los primeros 6 meses de vigencia del seguro	- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. - Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. - Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. - Copia simple del Informe, Parte o Atestado policial, en caso corresponda.
AUXILIO FUNERARIO Reconocer a favor del beneficiario una renta de libre destinación en caso de muerte, en aquellos casos en los cuales usted muera por cualquier causa		
ITP POR CUALQUIER CAUSA Recibirás el pago de la suma asegurada, si dentro de la vigencia del seguro eres diagnosticado con una incapacidad total permanente a consecuencia directa de un accidente o enfermedad. Esta incapacidad deberá estar sustentada en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia), ESSALUD o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación o cualquier otra entidad autorizada para emitir dicho documento.	- Actos delictivos, en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. - Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.	- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. - Copia simple del dictamen de calificación de invalidez. - Copia simple del Informe, Parte o Atestado policial, en caso corresponda
MUERTE ACCIDENTAL Si mueres como consecuencia directa de un accidente, tus beneficiarios designados o los de ley, recibirán el pago del valor asegurado. IMPORTANTE: La muerte del asegurado deberá presentarse al momento del accidente o durante los 90 días siguientes a la ocurrencia del accidente.		- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. - Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. - Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. - Copia simple del Informe, Parte o Atestado policial, en caso corresponda



INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Recibirás el pago de la suma asegurada, si dentro de la vigencia del seguro eres diagnosticado con una incapacidad total permanente a consecuencia directa de un accidente. Esta incapacidad deberá estar sustentada en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia), ESSALUD o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación o cualquier otra entidad autorizada para emitir dicho documento.	• Actos delictivos, en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. • Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.	• Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. • Copia del dictamen de calificación de invalidez. • Copia simple del Informe, Parte o Atestado policial, en caso corresponda.
RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE 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 accidente. IMPORTANTE: Solo se pagará una renta diaria por hospitalización hasta completar 30 días. El periodo de hospitalización debe ser superior a 24 horas		• Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. • Copia de la historia clínica o epicrisis en la cual se evidencie los días de hospitalización y la causa de la misma.

PASOS PARA REALIZAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

1	2	3
Complete los documentos.	Remita la documentación por los siguientes medios: Compañía: - A través del Canal de WhatsApp: 960 221 801. - A través del correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe - A través de las oficinas de Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro. Socio: - 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 Siniestros 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 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: servicioalcliente@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 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				
	Fallecimiento por cualquier causa	Auxilio Funerario	ITP por cualquier causa	Muerte Accidental	ITP por Accidente	Renta Hospitalaria por Accidente
Suma Asegurada La suma asegurada a cubrir será según la edad de ingreso y no según la edad a la fecha del siniestro.	De 18 a 40 años: S/25,000 De 41 a 50 años: S/15,000 De 51 a 65 años: S/6,500 La suma asegurada a cubrir en caso de siniestro, será definida, de acuerdo a la edad de ingreso al momento de la suscripción.	S/2,000	De 18 a 40 años: S/15,000 De 41 a 50 años: S/10,000 De 51 a 65 años: S/4,000 La suma asegurada a cubrir en caso de siniestro, será definida, de acuerdo a la edad de ingreso al momento de la suscripción.	S/. 50,000	S/. 25,000	S/. 50 por día, en el límite de 30 días
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura.	90 días	90 días	90 días	No aplica	No aplica	No aplica
Deducibles	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	1 día (24 horas)
Beneficiarios	Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado.	Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado.	Asegurado	Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado.	Asegurado	Asegurado

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Mensual	INICIO DE VIGENCIA: Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado.	VIGENCIA DE LA PÓLIZA: 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.
RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA : Mensual		Renovación automática: SI ☒ NO ☐ 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
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. 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.

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/7.21



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.
- Declaro NO padecer, NO haber padecido, NO haber sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes Enfermedades: Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal, Derrame Cerebral, Enfermedad psiquiátrica, Esclerosis Múltiple, Lupus, Enfermedad Renal, Tuberculosis, Enfermedad Inmunológica, SIDA, Alzheimer, Hepatitis, Cirrosis, Enfermedades cardíológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.
- Autorizo a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.

COBERTURAS PRINCIPALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos casos en los cuales usted muera por cualquier causa.	- Actos delictivos en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. - Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes. - Suicidio durante los primeros 6 meses de vigencia del seguro	- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. - Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. - Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. - Copia simple del Informe, Parte o Atestado policial, en caso corresponda.
AUXILIO FUNERARIO Reconocer a favor del beneficiario una renta de libre destinación en caso de muerte, en aquellos casos en los cuales usted muera por cualquier causa		
ITP POR CUALQUIER CAUSA Recibirás el pago de la suma asegurada, si dentro de la vigencia del seguro eres diagnosticado con una incapacidad total permanente a consecuencia directa de un accidente o enfermedad. Esta incapacidad deberá estar sustentada en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia), ESSALUD o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación o cualquier otra entidad autorizada para emitir dicho documento.	- Actos delictivos, en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. - Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.	- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. - Copia simple del dictamen de calificación de invalidez. - Copia simple del Informe, Parte o Atestado policial, en caso corresponda
MUERTE ACCIDENTAL Si mueres como consecuencia directa de un accidente, tus beneficiarios designados o los de ley, recibirán el pago del valor asegurado. IMPORTANTE: La muerte del asegurado deberá presentarse al momento del accidente o durante los 90 días siguientes a la ocurrencia del accidente.		- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. - Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. - Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. - Copia simple del Informe, Parte o Atestado policial, en caso corresponda



INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Recibirás el pago de la suma asegurada, si dentro de la vigencia del seguro eres diagnosticado con una incapacidad total permanente a consecuencia directa de un accidente. Esta incapacidad deberá estar sustentada en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia), ESSALUD o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación o cualquier otra entidad autorizada para emitir dicho documento.	• Actos delictivos, en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. • Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.	• Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. • Copia del dictamen de calificación de invalidez. • Copia simple del Informe, Parte o Atestado policial, en caso corresponda.
RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE 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 accidente. IMPORTANTE: Solo se pagará una renta diaria por hospitalización hasta completar 30 días. El periodo de hospitalización debe ser superior a 24 horas		• Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. • Copia de la historia clínica o epicrisis en la cual se evidencie los días de hospitalización y la causa de la misma.

PASOS PARA REALIZAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

1	2	3
Complete los documentos.	Remita la documentación por los siguientes medios: Compañía: - A través del Canal de WhatsApp: 960 221 801. - A través del correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe - A través de las oficinas de Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro. Socio: - 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 Siniestros 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 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: servicioalcliente@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 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>