

SOLICITUD CERTIFICADO SEGURO VIDAMÁS

N° Póliza: 7219200105	Código SBS: VI2087200086 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias	N° Solicitud Certificado:	Fecha de Emisión:
--------------------------	---	---------------------------	-------------------

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

RUC: 20513328819	Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380 - Piso 11, San Isidro, Lima	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: 615-5700
------------------	--	----------------------------------	--------------------

DATOS DEL CONTRATANTE: Santander Consumer Bank S.A.

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

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica
DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:		Correo Electrónico:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente, titular de la tarjeta de crédito	

EDAD

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	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.

PRIMA / PLANES	PLAN MENSUAL <input type="checkbox"/>	PLAN SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	PLAN ANUAL <input type="checkbox"/>
Prima Comercial	S/ 14.90	S/ 81.90	S/ 163.90
Prima Comercial + IGV	S/ 14.90	S/ 81.90	S/ 163.90

BENEFICIARIOS: Los beneficiarios designados o herederos legales se consideran únicamente para la cobertura de Fallecimiento. 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: _____

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

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la aceptación de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan en este documento y autorizo de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean usados para, además de ejecutar y administrar los contratos de seguros, coaseguros y/o reaseguros, realizar el envío de publicidad y/o contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

ASEGURADO ACEPTA
 SI

 NO

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

ASEGURADO
ESTE SEGURO ES OPCIONAL


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

SOLICITUD CERTIFICADO SEGURO VIDAMÁS

N° Póliza: 7219200105	Código SBS: VI2087200086 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias	N° Solicitud Certificado:	Fecha de Emisión:
--------------------------	---	---------------------------	-------------------

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

RUC: 20513328819	Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380 - Piso 11, San Isidro, Lima	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: 615-5700
------------------	--	----------------------------------	--------------------

DATOS DEL CONTRATANTE: Santander Consumer Bank S.A.

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

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica
DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:		Correo Electrónico:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente, titular de la tarjeta de crédito	

EDAD

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	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.

PRIMA / PLANES	PLAN MENSUAL <input type="checkbox"/>	PLAN SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	PLAN ANUAL <input type="checkbox"/>
Prima Comercial	S/ 14.90	S/ 81.90	S/ 163.90
Prima Comercial + IGV	S/ 14.90	S/ 81.90	S/ 163.90

BENEFICIARIOS: Los beneficiarios designados o herederos legales se consideran únicamente para la cobertura de Fallecimiento. 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: _____

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

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la aceptación de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan en este documento y autorizo de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean usados para, además de ejecutar y administrar los contratos de seguros, coaseguros y/o reaseguros, realizar el envío de publicidad y/o contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

ASEGURADO ACEPTA

SI

NO

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

ASEGURADO
 ESTE SEGURO ES OPCIONAL



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

COBERTURAS	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
Suma Asegurada (en función a la edad de contratación de la póliza)	De 18 años a 40 años: S/ 25,000 De 41 años a 50 años: S/ 15,000 De 51 años a 65 años: S/ 6,500	De 18 a 40 años: S/15,000 De 41 a 50 años: S/10,000 De 51 a 65 años: S/4,000
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 en caso de muerte natural (no aplica para muerte accidental)	90 días
Deducible	No aplica	No aplica
Beneficiarios	Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado	Asegurado

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Mensual (*) (* Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea Mensual.	Inicio de Vigencia: Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado por parte del Asegurado.	Fin de Vigencia: Fecha de terminación o resolución del contrato de seguro conforme a la póliza.
--	---	---

Renovación automática SI NO

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: El Contrato de seguro será renovado de manera automática. No obstante, en caso la Compañía decida no renovar la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado, deberá comunicarlo al Contratante y/o Asegurado respectivamente, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario. Del mismo modo, en caso el Contratante y/o Asegurado decida no renovar la Póliza deberá comunicarlo por escrito a la Compañía.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO	Pagar la suma asegurada a los Beneficiarios en caso de siniestros.
--	--

PRIMA	
Lugar de Pago	No aplica
Período de Gracia	No aplica
Forma y Plazo de Pago	El pago de la prima es de acuerdo al plan elegido, con cargo en la Tarjeta de Crédito. El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días 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	Plan Mensual: S/5.68 Plan Semestral: S/ 27.76 Plan Anual: S/ 55.56

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
<ul style="list-style-type: none"> 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 conocer que mis datos personales serán registrados en el banco de datos personales de titularidad de BNP Paribas Cardif S.A., 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 su 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. El detalle de la política aplicable para el tratamiento de sus datos personales y el ejercicio de sus derechos establecidos en la normativa sobre protección de datos personales puede revisarlo en dicha página web o en el certificado de seguro que recibirá. Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro. Autorizo a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
FALLECIMIENTO El(los) beneficiario(s) recibirá(n) el pago de la suma asegurada en caso falleciera por cualquier causa según los términos establecidos en la presente Solicitud- Certificado.	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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.

COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE Recibirás el pago de la suma asegurada, si dentro de la vigencia del seguro eres diagnosticado con una invalidez total y permanente a consecuencia directa de un accidente o enfermedad. Esta invalidez 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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actos delictivos en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. 2. 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 3. Copia simple del dictamen de calificación de invalidez.

PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA (SOLICITUD DE COBERTURA)

1	2	3
<p>Complete los documentos</p>	<p>Remita la documentación por uno de los siguientes medios:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Whatsapp 960221801, donde también podrás conocer el estado del siniestro. b) Oficinas del Contratante. c) Oficinas de la Compañía. d) Buzón: atenciondeseguros@cardif.com.pe <p>O comuníquese con nuestra línea de atención al cliente al 615-5708 en cada ciudad y/o a nivel nacional.</p>	<p>Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.</p>

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 aplica solo para siniestros ocurridos en el territorio Nacional.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante o Asegurado, según se trate de un seguro individual o grupal, respectivamente, podrá ejercer su derecho de arrepentimiento para resolverlo sin expresión de causa ni penalidad, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias y que haya sido ofertado a través del uso de sistema a distancia o a través de comercializadores, incluyendo la banca seguros, dentro del plazo de quince (15) días calendarios computados desde la fecha de recepción de la Póliza o una nota de cobertura provisional, Solicitud-Certificado y/o Certificado

En caso el Contratante o Asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento, la Compañía quedará obligada a devolver la prima pagada, dentro de los 30 días calendario contados a partir de la comunicación realizada por el Contratante o Asegurado solicitando la aplicación de este derecho.

El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Contratante o Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía o ante el comercializador, a través de los medios contemplados en el artículo 18° de las presentes Clausulas Generales de Contratación. El derecho de arrepentimiento no será exigible cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura.

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 calendario computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria. Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Usted podrá acudir a:

- Defensoría del Asegurado (siempre que el monto del reclamo no exceda la suma de US\$ 50,000.00) Dirección: Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - Edificio Nacional, San Isidro/Teléfono: 421-0614/Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / <http://www.defaseg.com.pe>
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud.
 - La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que pudiera incurrir el comercializador durante la comercialización. Tratándose de un producto comercializado a través del canal de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero.
 - Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario al comercializador por aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Compañía.
 - Los pagos efectuados por los Contratantes o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía.
 - Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio y/o correo electrónico del Asegurado.
 - El Asegurado y/o Beneficiario podrá presentar sus consultas o reclamos derivados del seguro, a través de los siguientes medios: Teléfono: 615-5708 / correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.
 - El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. La resolución operará de manera automática desde que la Compañía reciba el aviso. Asimismo, la Compañía, de forma voluntaria y sin expresión de causa podrá resolver el seguro, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios al Asegurado.
 - El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
 - Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
 - El contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- 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>

COBERTURAS	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
Suma Asegurada (en función a la edad de contratación de la póliza)	De 18 años a 40 años: S/ 25,000 De 41 años a 50 años: S/ 15,000 De 51 años a 65 años: S/ 6,500	De 18 a 40 años: S/15,000 De 41 a 50 años: S/10,000 De 51 a 65 años: S/4,000
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 en caso de muerte natural (no aplica para muerte accidental)	90 días
Deducible	No aplica	No aplica
Beneficiarios	Beneficiarios declarados o en su defecto Herederos Legales del Asegurado	Asegurado

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Mensual (*) (* Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea Mensual.	Inicio de Vigencia: Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado por parte del Asegurado.	Fin de Vigencia: Fecha de terminación o resolución del contrato de seguro conforme a la póliza.
--	---	---

Renovación automática SI NO

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: El Contrato de seguro será renovado de manera automática. No obstante, en caso la Compañía decida no renovar la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado, deberá comunicarlo al Contratante y/o Asegurado respectivamente, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario. Del mismo modo, en caso el Contratante y/o Asegurado decida no renovar la Póliza deberá comunicarlo por escrito a la Compañía.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO	Pagar la suma asegurada a los Beneficiarios en caso de siniestros.
--	--

PRIMA	
Lugar de Pago	No aplica
Período de Gracia	No aplica
Forma y Plazo de Pago	El pago de la prima es de acuerdo al plan elegido, con cargo en la Tarjeta de Crédito. El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días 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	Plan Mensual: S/5.68 Plan Semestral: S/ 27.76 Plan Anual: S/ 55.56

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 conocer que mis datos personales serán registrados en el banco de datos personales de titularidad de BNP Paribas Cardif S.A., 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 su 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. El detalle de la política aplicable para el tratamiento de sus datos personales y el ejercicio de sus derechos establecidos en la normativa sobre protección de datos personales puede revisarlo en dicha página web o en el certificado de seguro que recibirá.
- Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro.
- Autorizo a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
FALLECIMIENTO El(los) beneficiario(s) recibirá(n) el pago de la suma asegurada en caso falleciera por cualquier causa según los términos establecidos en la presente Solicitud- Certificado.	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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.

COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE Recibirás el pago de la suma asegurada, si dentro de la vigencia del seguro eres diagnosticado con una invalidez total y permanente a consecuencia directa de un accidente o enfermedad. Esta invalidez 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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actos delictivos en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego. 2. 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 3. Copia simple del dictamen de calificación de invalidez.

PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA (SOLICITUD DE COBERTURA)

1	2	3
<p>Complete los documentos</p>	<p>Remita la documentación por uno de los siguientes medios:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Whatsapp 960221801, donde también podrás conocer el estado del siniestro. b) Oficinas del Contratante. c) Oficinas de la Compañía. d) Buzón: atenciondeseguros@cardif.com.pe <p>O comuníquese con nuestra línea de atención al cliente al 615-5708 en cada ciudad y/o a nivel nacional.</p>	<p>Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.</p>
<p>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.</p>		

TERRITORIALIDAD: La póliza aplica solo para siniestros ocurridos en el territorio Nacional.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante o Asegurado, según se trate de un seguro individual o grupal, respectivamente, podrá ejercer su derecho de arrepentimiento para resolverlo sin expresión de causa ni penalidad, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias y que haya sido ofertado a través del uso de sistema a distancia o a través de comercializadores, incluyendo la banca seguros, dentro del plazo de quince (15) días calendarios computados desde la fecha de recepción de la Póliza o una nota de cobertura provisional, Solicitud-Certificado y/o Certificado

En caso el Contratante o Asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento, la Compañía quedará obligada a devolver la prima pagada, dentro de los 30 días calendario contados a partir de la comunicación realizada por el Contratante o Asegurado solicitando la aplicación de este derecho.

El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Contratante o Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía o ante el comercializador, a través de los medios contemplados en el artículo 18° de las presentes Clausulas Generales de Contratación. El derecho de arrepentimiento no será exigible cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura.

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 calendario computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria. Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Usted podrá acudir a:

- Defensoría del Asegurado (siempre que el monto del reclamo no exceda la suma de US\$ 50,000.00) Dirección: Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - Edificio Nacional, San Isidro/Teléfono: 421-0614/Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / <http://www.defaseg.com.pe>
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud.
 - La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que pudiera incurrir el comercializador durante la comercialización. Tratándose de un producto comercializado a través del canal de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero.
 - Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario al comercializador por aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Compañía.
 - Los pagos efectuados por los Contratantes o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía.
 - Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio y/o correo electrónico del Asegurado.
 - El Asegurado y/o Beneficiario podrá presentar sus consultas o reclamos derivados del seguro, a través de los siguientes medios: Teléfono: 615-5708 / correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.
 - El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. La resolución operará de manera automática desde que la Compañía reciba el aviso. Asimismo, la Compañía, de forma voluntaria y sin expresión de causa podrá resolver el seguro, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios al Asegurado.
 - El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
 - Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
 - El contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- 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>