BNP PARIBAS CARDIF

Santander Consumer

SOLICITUD - CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO EXTRALÍNEA

N° Póliza: 74192401172	Código SBS: VI2087400106	Moneda: Soles y Dólares	N° Solicitud - Certificado:	Fecha de Emisión:

DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	**DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR:** SANTANDER CONSUMER BANK S.A.
RUC: 20513328819	**RUC:** 20255993225
Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 10. San Isidro.	**Dirección:** Av. Paseo de la República N° 3587. San Isidro. Lima.
Web: www.bnpparibascardif.com.pe **Teléfono:** (01) 615-5700	**Web:** www.santanderconsumer.com.pe **Teléfono:** (01) 611-9900

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:		Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
Dirección del Asegurado:			
Departamento:	Provincia:	Distrito:	
Nacionalidad:	Correo Electrónico:		Relación con el Contratante: Cliente

EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA(*)
18 años	80 años, 11 meses y 29 días	85 años, 11 meses y 29 días

(*)Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO	Pagar la Suma Asegurada en caso de siniestro.

Cobertura: ¿Qué cubrimos?

Cobertura Principal

FALLECIMIENTO

El fallecimiento del Asegurado por cualquier causa.

- Suma Asegurada: Saldo Insoluto de la tarjeta de crédito extralínea al momento del fallecimiento del Asegurado hasta un monto máximo de 45,000 $USD o equivalente en moneda nacional. La suma asegurada no incluye intereses moratorios ni gastos adicionales.
- Beneficiarios: Contratante

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La Invalidez Total y Permanente del Asegurado que presente una pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo reconocida por las entidades competentes. En caso de accidente, la invalidez debe manifestarse dentro de los dos (2) años siguientes a la ocurrencia del accidente.

- Suma Asegurada: Saldo Insoluto de la tarjeta de crédito extralínea a la fecha en la que se determine la condición de invalidez total y permanente por la autoridad competente hasta un monto máximo de 45,000 $USD o equivalente en moneda nacional. La suma asegurada no incluye intereses moratorios ni gastos adicionales.
- Beneficiarios: Contratante

Exclusiones: ¿Qué no cubrimos?

1. **Enfermedades preexistentes.**
2. **Suicidio durante los primeros 24 meses de vigencia del seguro.**
3. **Reacción o radiación nuclear.**
4. **Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.**
5. **Terremoto, erupción volcánica, tsunami, granizo, inundación, deslizamientos, vendaval**

Documentos Sustentarios para la reclamación:

FALLECIMIENTO:

1. **Declaración del siniestro.**
2. **Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.**
3. **Copia simple de la Historia Clínica.**
4. **Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, en caso se hubiera emitido.**
5. **Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.**

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Aplican los documentos 1, 2, 3, 4 y adicionalmente:

6. **Copia simple del Dictamen o Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por las entidades competentes (ESSALUD, hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA, INR, COMAFP o COMEC)**

TERRITORIALIDAD	Nacional e internacional

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO ADICIONAL DE DATOS PERSONALES

Solicito y autorizo de manera **voluntaria** que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones y Autorizaciones, la Compañía use mis datos personales para las siguientes finalidades: enviarme publicidad y/o contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y 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. para los propósitos antes señalados. En caso de no proporcionar su consentimiento, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas.

Sí ☐

No ☐

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO

ASEGURADO

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

VIGENCIA: Mensual	Renovación: Automática	**Inicio de vigencia:** Desde la emisión de la solicitud-certificado y aceptación del Asegurado.

Fin de vigencia: Último día del cronograma original del préstamo, según corresponda, o cualquiera de las causales de resolución o terminación del Contrato de Seguro, lo que suceda primero.

PRIMA	Prima Comercial (No aplica IGV): 3% del promedio de los saldos deudores diarios de la Tarjeta de Crédito Extralínea del Asegurado durante el periodo de facturación. Aplica un tope máximo mensual por Tarjeta de Crédito Extralínea de S/19.90 por la deuda en soles y/o su equivalente por la deuda en dólares según corresponda.
FORMA Y PLAZO DE PAGO	La prima se cargará mensualmente en la facturación de la Tarjeta de Crédito Extralínea siempre que exista saldo deudor. **El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.**

DESCRIPCIÓN GENERAL	MONTO / PORCENTAJE
Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros	Comisión recaudación: Sesenta y ocho por ciento de la prima comercial
Bonificaciones/Premios/Beneficios al comercializador	Bono anual de seis por ciento de la prima recaudada en caso se supere la meta anual establecida

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA / CONSULTAS O RECLAMOS:

Teléfono: (01) 615-5708	Oficina de la Compañia y Oficinas del Contratante.
WhatsApp: 960 221 801(Solo para solicitudes de cobertura)	Correo electrónico: atencióndeseguros@cardif.com.pe

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato de seguro. Adicionalmente podrá presentar sus denuncias o reclamos ante: La Defensoría del Asegurado/ Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI/ Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros Seguros y AFP.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Tienes el derecho de resolver tu contrato de seguros, si no hubieras hecho uso de las coberturas, dentro de un plazo de 15 días de recibida la Póliza quedando la Compañía obligada a devolver la prima pagada en un plazo de 30 días de recibida la solicitud de derecho de arrepentimiento.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía para que a través del WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, como correo electrónico o mensajes de textos, me contacten para suministrar información o gestionar algún proceso relacionado con el seguro.
- Autorizo al Contratante a cargar la prima del seguro en cualquiera de las cuentas donde mantenga saldo acreedor.
- Declaro haber sido informado que los datos personales que he declarado serán registrados en el banco de datos personales de Asegurados de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, pisos 10 y 11, San Isidro, para las siguientes finalidades: preparación, celebración y ejecución del contrato de seguro, así como de los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar, la realización de encuestas de satisfacción y el cumplimiento de la ley. El tratamiento de los 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. Los titulares de datos podrán ejercer sus 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 del Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley. Para más detalle sobre nuestras políticas de protección de datos personales visite www.bnpparibascardif.com.pe.
- Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro, las mismas que me han sido explicadas en detalle; así como declaro conocer el mecanismo y canales disponibles para consultarlas: Link: https://segur.pe/seguro6747 y/o escanea el QR con tu celular para obtener toda la información sobre las Cláusulas Generales de Contratación.
- 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 cardiológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- El Asegurado puede solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud. 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.
- La Compañía podrá modificar las condiciones del seguro durante su vigencia previa aceptación por escrito del Contratante. 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. Los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía. Las comunicaciones cursadas por el 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. Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio, correo electrónico y/o celular dell Asegurado. Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a disposición en: https://bnpparibascardif.com.pe/servicio-al-cliente/comprobantes-electronicos/
- Este seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales

BNP PARIBAS CARDIF

Santander Consumer

SOLICITUD - CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO EXTRALÍNEA

N° Póliza: 74192401172	Código SBS: VI2087400106	Moneda: Soles y Dólares	N° Solicitud - Certificado:	Fecha de Emisión:

DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS		**DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR:** SANTANDER CONSUMER BANK S.A.	
RUC: 20513328819		**RUC:** 20255993225	
Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 10. San Isidro.		**Dirección:** Av. Paseo de la República N° 3587. San Isidro. Lima.	
Web: www.bnpparibascardif.com.pe	**Teléfono:** (01) 615-5700	**Web:** www.santanderconsumer.com.pe	**Teléfono:** (01) 611-9900

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:		Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
Dirección del Asegurado:			
Departamento:	Provincia:	Distrito:	
Nacionalidad:	Correo Electrónico:		Relación con el Contratante: Cliente

EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA(*)
18 años	80 años, 11 meses y 29 días	85 años, 11 meses y 29 días

(*)Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO	Pagar la Suma Asegurada en caso de siniestro.

Cobertura: ¿Qué cubrimos?

Cobertura Principal

FALLECIMIENTO

El fallecimiento del Asegurado por cualquier causa.

- Suma Asegurada: Saldo Insoluto de la tarjeta de crédito extralínea al momento del fallecimiento del Asegurado hasta un monto máximo de 45,000 $USD o equivalente en moneda nacional. La suma asegurada no incluye intereses moratorios ni gastos adicionales.
- Beneficiarios: Contratante

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La Invalidez Total y Permanente del Asegurado que presente una pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo reconocida por las entidades competentes. En caso de accidente, la invalidez debe manifestarse dentro de los dos (2) años siguientes a la ocurrencia del accidente.

- Suma Asegurada: Saldo Insoluto de la tarjeta de crédito extralínea a la fecha en la que se determine la condición de invalidez total y permanente por la autoridad competente hasta un monto máximo de 45,000 $USD o equivalente en moneda nacional. La suma asegurada no incluye intereses moratorios ni gastos adicionales.
- Beneficiarios: Contratante

Exclusiones: ¿Qué no cubrimos?

1. **Enfermedades preexistentes.**
2. **Suicidio durante los primeros 24 meses de vigencia del seguro.**
3. **Reacción o radiación nuclear.**
4. **Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.**
5. **Terremoto, erupción volcánica, tsunami, granizo, inundación, deslizamientos, vendaval**

Documentos Sustentarios para la reclamación:

FALLECIMIENTO:

1. **Declaración del siniestro.**
2. **Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.**
3. **Copia simple de la Historia Clínica.**
4. **Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, en caso se hubiera emitido.**
5. **Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.**

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Aplican los documentos 1, 2, 3, 4 y adicionalmente:

6. **Copia simple del Dictamen o Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por las entidades competentes (ESSALUD, hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA, INR, COMAFP o COMEC)**

TERRITORIALIDAD	Nacional e internacional

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO ADICIONAL DE DATOS PERSONALES

Solicito y autorizo de manera **voluntaria** que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones y Autorizaciones, la Compañía use mis datos personales para las siguientes finalidades: enviarme publicidad y/o contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y 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. para los propósitos antes señalados. En caso de no proporcionar su consentimiento, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas.

Sí ☐

No ☐

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO

ASEGURADO

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

CLIENTE

VIGENCIA: Mensual	Renovación: Automática	**Inicio de vigencia:** Desde la emisión de la solicitud-certificado y aceptación del Asegurado.

Fin de vigencia: Último día del cronograma original del préstamo, según corresponda, o cualquiera de las causales de resolución o terminación del Contrato de Seguro, lo que suceda primero.

PRIMA	Prima Comercial (No aplica IGV): 3% del promedio de los saldos deudores diarios de la Tarjeta de Crédito Extralínea del Asegurado durante el periodo de facturación. Aplica un tope máximo mensual por Tarjeta de Crédito Extralínea de S/19.90 por la deuda en soles y/o su equivalente por la deuda en dólares según corresponda.
FORMA Y PLAZO DE PAGO	La prima se cargará mensualmente en la facturación de la Tarjeta de Crédito Extralínea siempre que exista saldo deudor. **El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.**

DESCRIPCIÓN GENERAL	MONTO / PORCENTAJE
Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros	Comisión recaudación: Sesenta y ocho por ciento de la prima comercial
Bonificaciones/Premios/Beneficios al comercializador	Bono anual de seis por ciento de la prima recaudada en caso se supere la meta anual establecida

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA / CONSULTAS O RECLAMOS:

Teléfono: (01) 615-5708	Oficina de la Compañia y Oficinas del Contratante.
WhatsApp: 960 221 801(Solo para solicitudes de cobertura)	Correo electrónico: atencióndeseguros@cardif.com.pe

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato de seguro. Adicionalmente podrá presentar sus denuncias o reclamos ante: La Defensoría del Asegurado/ Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI/ Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros Seguros y AFP.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Tienes el derecho de resolver tu contrato de seguros, si no hubieras hecho uso de las coberturas, dentro de un plazo de 15 días de recibida la Póliza quedando la Compañía obligada a devolver la prima pagada en un plazo de 30 días de recibida la solicitud de derecho de arrepentimiento.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía para que a través del WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, como correo electrónico o mensajes de textos, me contacten para suministrar información o gestionar algún proceso relacionado con el seguro.
- Autorizo al Contratante a cargar la prima del seguro en cualquiera de las cuentas donde mantenga saldo acreedor.
- Declaro haber sido informado que los datos personales que he declarado serán registrados en el banco de datos personales de Asegurados de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, pisos 10 y 11, San Isidro, para las siguientes finalidades: preparación, celebración y ejecución del contrato de seguro, así como de los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar, la realización de encuestas de satisfacción y el cumplimiento de la ley. El tratamiento de los 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. Los titulares de datos podrán ejercer sus 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 del Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley. Para más detalle sobre nuestras políticas de protección de datos personales visite www.bnpparibascardif.com.pe.
- Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro, las mismas que me han sido explicadas en detalle; así como declaro conocer el mecanismo y canales disponibles para consultarlas: Link: https://segur.pe/seguro6747 y/o escanea el QR con tu celular para obtener toda la información sobre las Cláusulas Generales de Contratación.
- 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 cardiológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- El Asegurado puede solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud. 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.
- La Compañía podrá modificar las condiciones del seguro durante su vigencia previa aceptación por escrito del Contratante. 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. Los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía. Las comunicaciones cursadas por el 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. Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio, correo electrónico y/o celular dell Asegurado. Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a disposición en: https://bnpparibascardif.com.pe/servicio-al-cliente/comprobantes-electronicos/
- Este seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales