

**SOLICITUD-CERTIFICADO SEGURO PROTECCIÓN DE PAGOS**

Póliza Soles: 5901160127 Póliza Dólares: 5901160227	Código SBS Soles: RG2085910001 / Dólares: RG2085920002 "Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias"	N° Solicitud-Certificado:	Fecha de Emisión:
--	--	---------------------------	-------------------

DATOS DEL CONTRATANTE

Scotiabank Peru S.A.A.	RUC: 20100043140
Dirección: Dionisio Derteano N° 102 – San Isidro – Lima - Lima	WEB: www.scotiabank.com.pe Teléfono: (01)311-6000

DATOS DE LA COMPAÑÍA

BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	RUC: 20513328819	Email: servicioalcliente@cardif.com.pe
Av. Canaval y Moreyra Nro. 380 Piso 11 – San Isidro – Lima - Lima	Teléfono: (01) 615-1700 / Fax: (01) 615-1721	

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombres y Apellidos

DNI/CE	Fecha de Nacimiento	Sexo ☐ M ☐ F ☐	Teléfono
Dirección del Asegurado:			
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
Relación con el Contratante: Cliente	Nacionalidad:	Email:	

EDAD

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	69 años y 364 días	74 años y 364 días Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO

Pagar a los Beneficiarios las cuotas del préstamo en caso de siniestro.

PRIMA (Tasa aplicada sobre el Préstamo)	MONTO / PORCENTAJE
Prima Comercial	3.39%
Prima Comercial más IGV	4.00%

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	19.30% de la prima comercial

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE SIETE (7) PÁGINAS.

ASEGURADO

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

Registro	Agencia	Firma y Sello del Funcionario
----------	---------	-------------------------------

COBERTURAS PRINCIPALES	Desempleo Involuntario (aplicable solo a trabajadores Dependientes)	Incapacidad Temporal (Trabajadores Independientes, miembros de las fuerzas armadas, policiales, trabajadores del sector público y jubilados)
Suma Asegurada	Hasta 6 cuotas equivalentes al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 1,500.00 soles por cada cuota, indemnizables por cada 30 días de desempleo. En caso de préstamos en dólares, se pagará la cuota equivalente en soles de acuerdo al tipo de cambio publicado por la SBS en la fecha de pago. Forma de pago: Por cada 30 días de desempleo involuntario justificado del Asegurado: (i) Si el préstamo está vigente, se pagará una cuota al Contratante y otra al Asegurado. (ii) Cancelado el préstamo, la cuota doble será pagada al Asegurado. El pago de la cuota doble se realizará por cada mes de desempleo involuntario justificado del Asegurado. El pago de cada cuota se realizará a solicitud del Asegurado.	Hasta 6 cuotas equivalentes al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 1,500.00 soles por cada cuota, indemnizables por cada 30 días de incapacidad temporal. En caso de préstamos en dólares, se pagará la cuota equivalente en soles de acuerdo al tipo de cambio publicado por la SBS en la fecha de pago. Forma de pago: Para el primer pago se realizará a partir de la demostración de 20 días consecutivos de incapacidad temporal, los otros pagos se realizarán demostrando 30 días adicionales continuos de incapacidad: (i) Si el préstamo está vigente, se pagará una cuota al Contratante y otra al Asegurado. (ii) Cancelado el préstamo: La cuota doble será pagada al Asegurado. El pago de la cuota doble se realizará a partir de la demostración de 20 días consecutivos de incapacidad temporal, los siguientes pagos de las cuotas restantes, se realizarán demostrando 30 días adicionales continuos de incapacidad por cada cuota.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	2 eventos por cada 365 días	1 evento por cada 365 días
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva solicitud de cobertura)	180 días para personas con contrato laboral indefinido con el mismo empleador y 365 días para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador	365 días
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera solicitud de cobertura)	60 días	Por enfermedad: 60 días Por accidente: No aplica
Antigüedad Laboral	180 días para personas con contrato laboral indefinido con el mismo empleador y 365 días para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador	No aplica
Beneficiarios	Mientras se encuentre vigente el préstamo: El beneficiario será el Asegurado y el Contratante Cancelado el préstamo: El beneficiario será el Asegurado	

COBERTURAS ADICIONALES	Cobertura de Matrimonio	Cobertura de Nacimiento de un Hijo
Suma Asegurada	2 cuotas equivalentes al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 1,500 soles por cada cuota. En caso de préstamos en dólares, se pagará la cuota equivalente en soles de acuerdo al tipo de cambio publicado por la SBS en la fecha de pago.	1 cuota equivalente al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 1,500 soles por cada cuota. En caso de préstamos en dólares, se pagará la cuota equivalente en soles de acuerdo al tipo de cambio publicado por la SBS en la fecha de pago.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	1 evento por cada 365 días	2 eventos por cada 365 días, se considera el nacimiento de un hijo como un evento
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera solicitud de cobertura)	90 días	9 meses
Beneficiarios	Asegurado.	Asegurado.

COBERTURAS ADICIONALES	Cobertura de Titulación del Asegurado o de un Hijo	Cobertura de Enfermedades Graves
Suma Asegurada	1 cuota equivalente al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 1,500 soles por cada cuota. Se pagará la cuota equivalente en soles de acuerdo al tipo de cambio publicado por la SBS en la fecha de pago.	5 cuotas equivalente al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 1,500 soles por cada cuota. Se pagará la cuota equivalente en soles de acuerdo al tipo de cambio publicado por la SBS en la fecha de pago.



Número de eventos a indemnizar por cobertura	2 eventos por cada 365 días	2 eventos por la vigencia del préstamo
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera solicitud de cobertura)	90 días	90 días Deducible: 30 días de sobrevivencia
Beneficiarios	Asegurado.	Asegurado.

LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar de Pago	Oficinas del Contratante
Período de Gracia	No aplica
Forma y Plazo de Pago	Pago único con cargo al Préstamo, en la fecha de desembolso del Préstamo. 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.

VIGENCIA DE LA POLIZA: El seguro tendrá la vigencia del plazo original del Contrato de Préstamo.
Inicio de Vigencia: Desde el desembolso del Préstamo.

Fin de Vigencia: 12.00 horas del último día de vigencia o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

RENOVACIÓN DE LA POLIZA :
No aplica

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, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios.

COBERTURAS PRINCIPALES ¿Qué te cubrimos?
EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos?
DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO (APLICABLE SOLO A TRABAJADORES DEPENDIENTES):

La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado, en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario y siempre y cuando cumpla con la Antigüedad Laboral establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en situación de Desempleo Involuntario. Reinsertado el Asegurado a la actividad laboral, con contrato de trabajo suscrito con un empleador, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones por parte de la Compañía.

Habrà lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Desempleo Involuntario, si el Asegurado reincide en un estado de Desempleo Involuntario y siempre y cuando haya transcurrido el Período Activo Mínimo señalado en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado, que se computa desde el cese del último estado de Desempleo Involuntario.

1. COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

1. Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.
2. Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad.
3. Causales de extinción del contrato de trabajo: fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, cumplimiento de la condición resolutoria y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad, invalidez absoluta permanente y jubilación.
4. Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público.
5. Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a un año.
6. Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa.

1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO
a) Para el primer pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de la carta de despido o de la constatación policial del despido.
- Copia simple de la liquidación de beneficios sociales por despido en la que se establezca la causal de despido.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- Copia simple del certificado laboral en el que se establezca la fecha de inicio y fin del contrato.
- Copia simple del contrato de trabajo, de contar con el mismo.
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito (de corresponder).

b) Para cada uno de los siguientes pagos:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de la Declaración Jurada del Asegurado declarando encontrarse en situación de Desempleo.
- Copia simple del certificado de aportes a las AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado donde recibió la atención, médico tratante, fechas de atención.



COBERTURAS PRINCIPALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado. 2. INCAPACIDAD TEMPORAL: La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado, en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Incapacidad Temporal. El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Temporal. Habrà lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Incapacidad Temporal, si el Asegurado reincide en estado de Incapacidad Temporal y siempre y cuando haya transcurrido el Período Activo Mínimo señalado en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado, que se computa desde el cese del último estado de Incapacidad Temporal y siempre que esta nueva Incapacidad Temporal sea por una causa distinta y no originada por la Enfermedad o Accidente que originó la Incapacidad Temporal ya indemnizada. El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud	2. COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL 1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia. 2. A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legítima defensa. 3. Suicidio o intento de suicidio y/o lesiones auto infligidas intencionalmente estando en su sano juicio o no. 4. Lumbago o cialgia. 5. Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado. 6. A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátrico o psicológico, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol. 7. Enfermedades y/o Accidentes por el cual el Asegurado haya recibido una indemnización bajo esta Póliza	2. INCAPACIDAD TEMPORAL a) Para el primer pago: - Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. - Copia simple del documento de identidad del Asegurado, de contar con el mismo. - Copia simple de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado. - Copia simple del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado y Pronóstico, Días de descanso, Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención, Médico tratante, Fechas de atención. - Copia simple del informe médico completo (debe incluir copia simple del Informe sucinto (resumen) de la historia clínica). - Copia simple de la Declaración Jurada que indique su situación de Trabajador Independiente de corresponder. - Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito (de corresponder). b) Para cada uno de los siguientes pagos: - Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. - Copia simple del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado y pronóstico, días de descanso, número de historia médica y clínica u hospital
COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
3. COBERTURA DE MATRIMONIO: La Compañía, pagará al Asegurado, la Suma Asegurada establecida en el presente documento en el evento que se produzca el Matrimonio Civil del Asegurado. El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especifican en el presente documento. 4. COBERTURA DE NACIMIENTO DE UN HIJO: La Compañía, pagará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en el presente documento, en el evento que se produzca el nacimiento de un hijo del Asegurado. El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especifican en el presente documento.	3. COBERTURA DE MATRIMONIO: 3.1. Fraude del Asegurado. 3.2. Matrimonio religioso. 4. COBERTURA DE NACIMIENTO DE UN HIJO: 4.1. Fraude del Asegurado.	3. COBERTURA DE MATRIMONIO: - Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. - Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. - Copia certificada del Acta de Matrimonio. - Copia del Estado de Cuenta del Préstamo. 4. COBERTURA DE NACIMIENTO DE UN HIJO: - Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. - Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. - Copia certificada del Acta de nacimiento del hijo del Asegurado. - Copia simple del Estado de Cuenta del Préstamo.

**5. COBERTURA DE TITULACIÓN DEL ASEGURADO O DE UN HIJO:**

La Compañía, pagará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en el presente documento, en el evento que se produzca la Titulación del Asegurado o de un hijo del Asegurado. El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especifican en el presente documento.

5. COBERTURA DE TITULACIÓN DEL ASEGURADO O DE UN HIJO:

- 5.1. Fraude del Asegurado.
- 5.2. Terminación de carreras técnicas menores de tres (3) años.

5. COBERTURA DE TITULACIÓN DEL ASEGURADO O DE UN HIJO:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia certificada del Acta de nacimiento del hijo del Asegurado, en caso la Compañía lo requiera.
- Copia certificada del Título Académico otorgado por la Institución Educativa.
- Copia simple del Estado de Cuenta del Préstamo.

6. COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES:

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada señalada en el presente documento, en caso se le diagnosticara por primera vez al Asegurado alguna de las Enfermedades Graves que se detallan a continuación: **Cáncer Primario:** Es aquel cáncer que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de este seguro. Se entiende por Cáncer, a la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la leucemia. **Infarto al Miocardio:** Necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva por la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, que no permite la nutrición a la zona afectada y por tanto produce la necrosis. Esta cobertura se encuentra limitada a los casos de infarto extenso o los diagnosticados según los Códigos I.21, I.21.1, I.21.2, I.21.3 del Código Internacional de Enfermedades CIE10. **Accidente Cerebro Vascular o Vascular Encefálico:** Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y generan daño irreversible y permanente de tejido cerebral. Incluye las hemorragias intracraneales, embolia de una fuente extra craneal que duren más de 24 horas y un déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.

6. COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES:

- 6.1. Intento de suicidio o autolesión, lesiones auto inferidas, ya sea en estado de cordura o demencia.
- 6.2. Consumo frecuente de bebidas alcohólicas, adicción al alcohol, alcoholismo, así como el consumo de drogas, estupefacientes, barbitúricos, sustancias alucinógenas y otras análogas.
- 6.3. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada como el VIH, SCRS o SIDA.
- 6.4. Respecto a la cobertura de Cáncer Primario, están excluidos:
 - 6.4.1. Los melanomas superficiales (SSM) cuyo índice de Breslow es inferior a 0,70 mm con un índice de Clark de nivel I.
 - 6.4.2. Los tumores “vaso-celulares” de la piel.
 - 6.4.3. Cualquier tumor denominado “in-situ” o no invasor (que no haya sobrepasado los límites del tejido original), salvo el cáncer de mama in-situ en su forma lobular, que está cubierto.
 - 6.4.4. Los tumores malignos asociados al VIH.
 - 6.4.5. Los tumores de la próstata (excepto si grado de Gleason >6 que sea a un nivel clínica T2N0M0.
 - 6.4.6. Leucemia lymphocytic cronic excepto si alcanza el nivel A de la prueba de Bidet.
 - 6.4.7. El cáncer de piel, a excepción del melanoma maligno.
- 6.5. Respecto de las Enfermedades de las coronarias que requieran cirugía, están excluidos:
 - 6.5.1. La angioplastia de globo.
 - 6.5.2. Técnicas con láser.
 - 6.5.3. Otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

6. COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES:

- 6.1. Formulario de declaración de Siniestro proporcionado por la Compañía.
 - 6.2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
 - 6.3. Copia simple de la Historia Clínica del Asegurado.
 - 6.4. Copia simple del Informe médico en el que se detalle el diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo, fecha de inicio de la enfermedad o fecha del Accidente, tratamientos, evolución, estado actual del Asegurado.
 - 6.5. Copia simple de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado, relacionados con la Enfermedad.
- Adicionalmente a lo antes referido, para los siguientes casos deberá de considerarse lo siguiente:
- 6.6 INFARTO AL MIOCARDIO:**
 - Electrocardiograma positivo para infarto miocárdico.
 - Enzimas cardíacas positivas para infarto miocárdico.
 - Ecocardiograma, holter, cateterismo cardíaco, pruebas de perfusión miocárdica u otros (a solicitud de la Compañía).
 - 6.7 ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV):**
 - Copia simple del documento(s) que sustente(n) la hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
 - 6.8 CÁNCER:**
 - Copia simple del Examen histopatológico o anatómo patológico original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.



COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
Enfermedad a las Coronarias que requiera cirugía: Se refiere a la enfermedad que requiera de cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento, estenosis o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo, técnicas con láser u otras técnicas invasivas que no requieran cirugía. Insuficiencia Renal Crónica: Enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones y/o de la función renal, como consecuencia de la cual se hace necesario regularmente la diálisis renal. El Periodo de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especifican en el presente documento.	6.7. Enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura, o a la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza, así como el diagnóstico de enfermedades durante el Periodo de Carencia. 6.8. Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos. 6.9. Enfermedades o defectos congénitos. 6.10. Intoxicación o encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente. 6.11. Hernias y sus consecuencias.	

PASOS PARA REALIZAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

1	2	3
Complete los documentos	Remita la documentación por los siguientes medios: - A través de las oficinas del Contratante o Sede Administrativa de la Compañía de Seguros	Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.
Plazo: 30 días de recibida la documentación completa listada en la Póliza.		

TERRITORIALIDAD

Para las coberturas de Desempleo Involuntario, Matrimonio, Nacimiento de un Hijo, Titulación del Asegurado o de un Hijo y Enfermedades Graves: Son exigibles respecto los Siniestros que ocurran dentro del territorio nacional. Para la cobertura de Incapacidad Temporal: Son exigibles respecto los Siniestros que ocurran dentro y fuera del territorio nacional.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Asegurado 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 Solicitud-Certificado.

En caso el 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 Asegurado solicitando la aplicación de este derecho. El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía o ante el comercializador, a través de los medios contemplados en el artículo 27° de las Cláusulas Generales de Contratación aplicables a riesgos generales. 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 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.

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 Transparencia de Información y contratación con usuarios 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.



INFORMACIÓN ADICIONAL

- 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: 615-5700 / 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, mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. 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.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento. 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.
- 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.

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 ofrecirme 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 ☐