



SOLICITUD-CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN DE PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS

| | | | |
|--|--|-----------------|-------------------|
| N° Póliza: Soles: 74012201103 Dólares: 74012202104 | Código SBS: N° VI2087400078 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias) | N° 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: SCOTIABANK PERÚ S.A.A.

| | | | |
|---------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------|
| RUC: 20100043140 | Dirección: Dionisio Derteano N° 102. San Isidro. Lima. Lima. | Web: https://www.scotiabank.com.pe | Teléfono: (01) 311-6000. |
|---------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------|

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No Aplica

DATOS DEL ASEGURADO 1: TITULAR

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

DATOS DEL ASEGURADO 2: ADICIONAL

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

| Edad Mínima de Ingreso | Edad Máxima de Ingreso | Edad Máxima de Permanencia |
|------------------------|------------------------|---|
| 18 años | 69 años y 364 días | 79 años y 364 días, cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura |

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO:

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2



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

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 1 ACEPTA: SI NO ASEGURADO 2 ACEPTA: SI NO



SOLICITUD-CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN DE PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS

| | | | |
|--|--|-----------------|-------------------|
| N° Póliza: Soles: 74012201103 Dólares: 74012202104 | Código SBS: N° VI2087400078 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias) | N° 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: SCOTIABANK PERÚ S.A.A.

| | | | |
|---------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------|
| RUC: 20100043140 | Dirección: Dionisio Derteano N° 102. San Isidro. Lima. Lima. | Web: https://www.scotiabank.com.pe | Teléfono: (01) 311-6000. |
|---------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------|

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No Aplica

DATOS DEL ASEGURADO 1: TITULAR

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

DATOS DEL ASEGURADO 2: ADICIONAL

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

| Edad Mínima de Ingreso | Edad Máxima de Ingreso | Edad Máxima de Permanencia |
|------------------------|------------------------|---|
| 18 años | 69 años y 364 días | 79 años y 364 días, cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura |

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO:

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2



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

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 1 ACEPTA: SI NO ASEGURADO 2 ACEPTA: SI NO



| PRÉSTAMO HIPOTECARIO / GARANTÍA HIPOTECARIA | | |
|--|---|---|
| PRIMA/PLANES | Tasa 1: Para un asegurado | Tasa 2: Para dos asegurados |
| Prima Comercial (No aplica IGV) | 0.0285% del saldo insoluto mensual del crédito. | 0.0546% del saldo insoluto mensual del crédito. |
| Para Créditos mayores a US\$ 150,000.00, luego de evaluar la DPS (Declaración Personal de Salud) y evaluación médica respectiva, se podrá aplicar un recargo del 50% o 100% de la Tasa 1 y Tasa 2, según se determine un mayor riesgo. Las tasas y primas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de Scotiabank Perú S.A.A.. | | |

| CRÉDITO MI VIVIENDA | | |
|--|--|--|
| PRIMA/PLANES | Tasa 1: Para un asegurado | Tasa 2: Para dos asegurados |
| Prima Comercial (No aplica IGV) | 0.030% del saldo insoluto del crédito. | 0.060% del saldo insoluto del crédito. |
| Para Créditos mayores a US\$ 150,000.00, luego de evaluar la DPS (Declaración Personal de Salud) y evaluación médica respectiva, se podrá aplicar un recargo del 50% o 100% de la Tasa 1 y Tasa 2, según se determine un mayor riesgo. Las tasas y primas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de Scotiabank Perú S.A.A.. | | |

| COBERTURAS PRINCIPALES | FALLECIMIENTO | INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE |
|---|---|---|
| Suma Asegurada | Saldo insoluto del crédito al momento del fallecimiento del asegurado o a la fecha en la que se determine la condición de invalidez total y permanente por la autoridad competente, lo que ocurra primero, hasta un monto máximo de US\$ 2'000,000.00 o su equivalente en moneda nacional. En caso el asegurado contrate más de un crédito con la cobertura del Seguro Desgravamen de Préstamos Hipotecarios y/o Desgravamen de Préstamos Hipotecarios con Devolución, el monto máximo será aplicable al total de los créditos asegurados. La suma asegurada no incluye intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales. | |
| Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) | No aplica | No aplica |
| Deducible | No aplica | No aplica |

BENEFICIARIOS: El contratante

| | | |
|---|---|--|
| VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Mensual con renovación automática hasta el último día del cronograma del préstamo. | INICIO DE VIGENCIA: Desde el desembolso del crédito y suscripción de la Solicitud-Certificado, previa aprobación de los exámenes médicos en caso se requiera. | FIN DE VIGENCIA: Último día del cronograma original del crédito o de la fecha de fin de vigencia del crédito en caso de reprogramación, según corresponda; o la fecha en la que el (los) asegurados cumplan la edad máxima de permanencia o la fecha de fallecimiento del (los) asegurados, lo que suceda primero. |
| RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA : Automática | Renovación automática: SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> | |

| | |
|-----------------------|---|
| Lugar de Pago | Oficina del Contratante. |
| Forma y Plazo de Pago | Pago mensual con cargo al Préstamo Hipotecario, de acuerdo al plazo establecido en el cronograma correspondiente. 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. |

| LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE: | MONTO |
|--|-----------|
| Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros | 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 | No aplica |

| 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. 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 mis 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 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.
- 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.
- Declaro haber sido informado que para montos de créditos que superen US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional aplicará el Cuestionario de DPS el cual prevalecerá sobre la Declaración de Salud contenida en este acápite.

| COBERTURAS PRINCIPALES ¿Qué te cubrimos? | EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos? | DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ? |
|--|--|---|
| <p>FALLECIMIENTO La Compañía pagará al Beneficiario de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud - Certificado, si el Asegurado fallece por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. En el caso de fallecimiento por Accidente es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud - Certificado.</p> | <p>En caso de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros. y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia. 2. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro. 3. Síndrome de Inmunodeficiencia 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 con el VIH, SCRS o SIDA. 4. Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública. | <p>Para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo. 3. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. 4. Copia simple de la Historia Clínica. <p>Para la Cobertura de Fallecimiento por Accidente.</p> <p>Adicionalmente a los documentos antes indicados para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural, en caso de Fallecimiento a consecuencia de un Accidente, deberán presentarse los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, según corresponda. |
| <p>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE La Compañía pagará al Beneficiario, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud - Certificado si el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de una Enfermedad o Accidente. Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una Enfermedad o Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza</p> | | <p>Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 3. Copia simple de la Historia Clínica. 4. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por ESSALUD o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación o |



física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal invalidez sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud - Certificado.

cualquier otra entidad autorizada para emitir dicho documento; o el Dictamen de Invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia).

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Adicionalmente a los documentos antes indicados para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad deberán presentarse los siguientes documentos:

5. Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, según corresponda.

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:

1. Teléfono: (01) 615-5718 o a través del número de WhatsApp +51 960 252 578
2. Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe
3. Oficinas del Contratante y Sede Administrativa de La Compañía.

TERRITORIALIDAD: La Póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro y fuera del territorio nacional.

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 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: 615-5700 / 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.
- 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.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.



| PRÉSTAMO HIPOTECARIO / GARANTÍA HIPOTECARIA | | |
|--|---|---|
| PRIMA/PLANES | Tasa 1: Para un asegurado | Tasa 2: Para dos asegurados |
| Prima Comercial (No aplica IGV) | 0.0285% del saldo insoluto mensual del crédito. | 0.0546% del saldo insoluto mensual del crédito. |
| Para Créditos mayores a US\$ 150,000.00, luego de evaluar la DPS (Declaración Personal de Salud) y evaluación médica respectiva, se podrá aplicar un recargo del 50% o 100% de la Tasa 1 y Tasa 2, según se determine un mayor riesgo. Las tasas y primas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de Scotiabank Perú S.A.A.. | | |

| CRÉDITO MI VIVIENDA | | |
|--|--|--|
| PRIMA/PLANES | Tasa 1: Para un asegurado | Tasa 2: Para dos asegurados |
| Prima Comercial (No aplica IGV) | 0.030% del saldo insoluto del crédito. | 0.060% del saldo insoluto del crédito. |
| Para Créditos mayores a US\$ 150,000.00, luego de evaluar la DPS (Declaración Personal de Salud) y evaluación médica respectiva, se podrá aplicar un recargo del 50% o 100% de la Tasa 1 y Tasa 2, según se determine un mayor riesgo. Las tasas y primas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de Scotiabank Perú S.A.A.. | | |

| COBERTURAS PRINCIPALES | FALLECIMIENTO | INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE |
|---|---|---|
| Suma Asegurada | Saldo insoluto del crédito al momento del fallecimiento del asegurado o a la fecha en la que se determine la condición de invalidez total y permanente por la autoridad competente, lo que ocurra primero, hasta un monto máximo de US\$ 2'000,000.00 o su equivalente en moneda nacional. En caso el asegurado contrate más de un crédito con la cobertura del Seguro Desgravamen de Préstamos Hipotecarios y/o Desgravamen de Préstamos Hipotecarios con Devolución, el monto máximo será aplicable al total de los créditos asegurados. La suma asegurada no incluye intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales. | |
| Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) | No aplica | No aplica |
| Deducible | No aplica | No aplica |

BENEFICIARIOS: El contratante

| | | |
|---|---|--|
| VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Mensual con renovación automática hasta el último día del cronograma del préstamo. | INICIO DE VIGENCIA: Desde el desembolso del crédito y suscripción de la Solicitud-Certificado, previa aprobación de los exámenes médicos en caso se requiera. | FIN DE VIGENCIA: Último día del cronograma original del crédito o de la fecha de fin de vigencia del crédito en caso de reprogramación, según corresponda; o la fecha en la que el (los) asegurados cumplan la edad máxima de permanencia o la fecha de fallecimiento del (los) asegurados, lo que suceda primero. |
| RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA : Automática | Renovación automática: SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> | |

| | |
|-----------------------|---|
| Lugar de Pago | Oficina del Contratante. |
| Forma y Plazo de Pago | Pago mensual con cargo al Préstamo Hipotecario, de acuerdo al plazo establecido en el cronograma correspondiente. 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. |

| LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE: | MONTO |
|--|-----------|
| Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros | 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 | No aplica |

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 mis 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 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.
- 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.
- Declaro haber sido informado que para montos de créditos que superen US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional aplicará el Cuestionario de DPS el cual prevalecerá sobre la Declaración de Salud contenida en este acápite.

| COBERTURAS PRINCIPALES ¿Qué te cubrimos? | EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos? | DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ? |
|---|--|---|
| <p>FALLECIMIENTO La Compañía pagará al Beneficiario de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud - Certificado, si el Asegurado fallece por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. En el caso de fallecimiento por Accidente es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud - Certificado.</p> | <p>En caso de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros. y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia. 2. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro. 3. Síndrome de Inmunodeficiencia 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 con el VIH, SCRS o SIDA. 4. Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública. | <p>Para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo. 3. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. 4. Copia simple de la Historia Clínica. <p>Para la Cobertura de Fallecimiento por Accidente.</p> <p>Adicionalmente a los documentos antes indicados para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural, en caso de Fallecimiento a consecuencia de un Accidente, deberán presentarse los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, según corresponda. |
| <p>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE La Compañía pagará al Beneficiario, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud - Certificado si el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de una Enfermedad o Accidente. Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una Enfermedad o Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza</p> | | <p>Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 3. Copia simple de la Historia Clínica. 4. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por ESSALUD o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSAL o por el Instituto Nacional de Rehabilitación o |



física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal invalidez sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud - Certificado.

cualquier otra entidad autorizada para emitir dicho documento; o el Dictamen de Invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia).

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Adicionalmente a los documentos antes indicados para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad deberán presentarse los siguientes documentos:

5. Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, según corresponda.

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:

1. Teléfono: (01) 615-5718 o a través del número de WhatsApp +51 960 252 578
2. Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe
3. Oficinas del Contratante y Sede Administrativa de La Compañía.

TERRITORIALIDAD: La Póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro y fuera del territorio nacional.

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 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: 615-5700 / 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.
- 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.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.