

N° Póliza Soles: 7201230111 N° Póliza Dólares: 7201230211	Código SBS: VI2087200101	N° Certificado:	Fecha de Emisión:
<b>Datos de la Compañía:</b> BNP PARIBAS CARDIF S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS		<b>Datos del Contratante/Comercializador:</b> SCOTIABANK PERU S.A.A	
<b>RUC:</b> 20513328819		<b>RUC:</b> 20100043140	
<b>Dirección:</b> Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 10, oficina 1002. San Isidro		<b>Dirección:</b> Av. Dionisio Derteano N° 102, San Isidro, Lima	
<b>Web:</b> www.bnpparibascardif.com.pe	<b>Teléfono:</b> (01) 615-5700	<b>Web:</b> www.scotiabank.com.pe	<b>Teléfono:</b> (01) 311-6000
<b>Datos del asegurado 1: Titular</b>			
Nombre:		Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
Dirección del Asegurado:			
Departamento:		Provincia:	Distrito:
Nacionalidad:		Correo Electrónico:	Relación con el Contratante: Cliente
<b>Datos del asegurado 2: Cónyuge o conviviente del titular</b>			
Nombre:		Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
Dirección del Asegurado:			
Departamento:		Provincia:	Distrito:
Nacionalidad:		Correo Electrónico:	Relación con el Contratante: Cliente
<b>Edad mínima de ingreso</b>	<b>Edad máxima de ingreso</b>	<b>Edad máxima de permanencia (*)</b>	
18 años	69 años y 364 días	79 años y 364 días	
<b>(*)Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura.</b>			
<b>Descripción del interés asegurado</b>		Pagar la suma asegurada en caso de siniestro.	

	<b>Cobertura: ¿Qué cubrimos?</b>	<b>EXCLUSIONES: ¿Qué NO cubrimos?</b>
<b>Cobertura Principal</b>	<b>Fallecimiento</b> El fallecimiento del Asegurado por cualquier causa. • Suma Asegurada: <input type="text"/> • Beneficiario: Herederos legales	<ol style="list-style-type: none"> <li>Enfermedades preexistentes.</li> <li>Reacción o radiación nuclear.</li> <li>Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.</li> </ol>
	<b>Invalidez Total y Permanente</b> 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: <input type="text"/> • Beneficiario: Asegurado(s)	
<b>Coberturas Adicionales</b>	<b>Desamparo Súbito Familiar</b> El fallecimiento del Asegurado y su Cónyuge o Conviviente como consecuencia del mismo Accidente. • Suma asegurada: US\$ 10,000.00 o su equivalente en moneda nacional. • Beneficiario: Herederos Legales	<ol style="list-style-type: none"> <li>Reacción o radiación nuclear.</li> <li>Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.</li> </ol>
	<b>Desempleo Involuntario (Aplica sólo para Dependientes)</b> Despido o terminación del contrato laboral por decisión del empleador. • Suma Asegurada: <input type="text"/> • Número máximo de eventos: 2 eventos al año. • Antigüedad Laboral: <ul style="list-style-type: none"> <li>6 meses para personas con contrato laboral indefinido, con el mismo empleador.</li> <li>12 meses para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador.</li> </ul> • Se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos, siempre y cuando este periodo no supere los 15 días calendarios. • Periodo de carencia: 60 días calendarios. • Beneficiario: Asegurado(s)	
	<b>Incapacidad Temporal (Aplica sólo para Independientes)</b> La incapacidad temporal superior a los 15 días calendarios. Suma Asegurada: <input type="text"/> Número máximo de eventos: 2 eventos al año. Periodo de carencia: 60 días calendarios para enfermedad, no aplica para accidentes. Beneficiario: Asegurado(s) Periodo activo mínimo: 90 días contados desde el último día de la primera incapacidad.	
		<ol style="list-style-type: none"> <li>Enfermedades o lesiones preexistentes.</li> <li>Embarazos, parto, aborto.</li> <li>Estrés, ansiedad, depresión, desórdenes nerviosos o enfermedad mental.</li> </ol>

<b>VIGENCIA</b>	Inicio de vigencia: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Fin de vigencia: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> o cualquiera de las causales de resolución, o terminación del Contrato de Seguro, lo que suceda primero.

<b>PRIMA</b>	Plan Titular	Plan Titular + Cónyuge o Conviviente
Prima comercial (No aplica IGV)	3.70% de la suma asegurada de la cobertura de Fallecimiento.	7.40% de la suma asegurada de la cobertura de Fallecimiento.

Forma y Plazo de Pago **Pago único en la oficina del contratante.**

Territorialidad Para las coberturas de (i) Fallecimiento; (ii) Invalidez Total y Permanente y (iii) Desamparo Súbito Familiar la cobertura es nacional e internacional, para el resto de coberturas es nacional.

Canales de orientación sobre el procedimiento de la solicitud de cobertura/ consultas o reclamos: Documentos Sustentatorios para la reclamación:

Teléfono: (01) 615-5708	Escanea el QR con tu celular o ingresa al link: <a href="http://segur.pe/seguro91172">http://segur.pe/seguro91172</a> 
WhatsApp: 960221801 (Solo para solicitudes de cobertura)	
Oficina de la Compañía y del Contratante.	
Correo electrónico: <a href="mailto:atenciondeseguros@cardif.com.pe">atenciondeseguros@cardif.com.pe</a>	

**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 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.

**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 banca seguros 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 del Asegurado. Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a disposición en: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.
- Este seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales.

**DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO EL CERTIFICADO**



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

**CERTIFICADO DE ENDOSO DE CESIÓN DE DERECHOS INDEMNIZATORIOS**

DENOMINACIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA	PÓLIZA N°	N° CERTIFICADO	N° ENDOSO
BNP PARIBAS CARDIF S.A.	Soles: 7201230111 Dólares: 7201230211		

**NOMBRE DEL CONTRATANTE**

**NOMBRE DEL ASEGURADO**

**NOMBRE DEL BANCO/ENDOSATARIO**  
SCOTIABANK PERÚ S.A.A

FECHA DE EMISIÓN DEL ENDOSO	VIGENCIA DEL ENDOSO

**TÉRMINOS DEL ENDOSO**

**SOLICITUD**

- Por medio del presente endoso, se deja constancia que desde la Vigencia del Endoso se procede a modificar el Certificado de Seguro de acuerdo a lo siguiente:  
En virtud del Préstamo No. , otorgado el  a favor del Asegurado, se designa como beneficiario al BANCO. El beneficiario será acreedor de los derechos de indemnización que correspondan en virtud del Certificado de Seguro (excepto respecto la cobertura de Desamparo Súbito Familiar, Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal) hasta por el importe que alcance la referida acreencia en la fecha de pago de la indemnización, la que en ningún caso excederá de la suma asegurada establecida en el Certificado de Seguro. Es entendido y convenido que ninguna modificación en cualquiera de las condiciones del presente Certificado, será introducida, en tanto no se haya cumplido con comunicarlo previamente al BANCO en cuanto afecte sus intereses.
- El presente endoso fue aceptado por la Compañía Aseguradora y el Asegurado, fecha en la que suscribieron la Solicitud y Autorización de Endoso.
- El presente endoso prevalecerá sobre cualquier otra condición establecida en el Certificado.

**COMUNICACIONES**

La Compañía Aseguradora convienen en pactar como mecanismo de comunicación válido entre ellas, el correo electrónico, y en tal sentido convienen en designar las direcciones de correo que se detallan a continuación:  
El BANCO designa a: cderseg@scotiabank.com.pe  
La Compañía Aseguradora designa a: atenciondeseguros@cardif.com.pe (Buzón único para Avisos a Bancos)  
Asimismo, es convenido que los correos electrónicos de aviso indicarán claramente en la sección "Asunto" el motivo de la comunicación, sea el aviso de falta de pago, suspensión de cobertura o anulación del seguro, según sea el caso. Asimismo, que el cuerpo del mensaje incluirá el detalle de la información que para tal efecto acuerden el BANCO y la Compañía Aseguradora.



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