BNP PARIBAS CARDIF

Scotiabank

SOLICITUD DE SEGURO VIDA FULL SCOTIABANK

N° Póliza Soles: 7201230111 N° Póliza Dólares: 7201230211	Código SBS: VI2087200101	Moneda: Soles / Dólares	N° Solicitud:	Fecha de Emisión:
DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS		**DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR:** SCOTIABANK PERÚ S.A.A.		
RUC: 20513328819		**RUC:** 20100043140		
Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 10. San Isidro.		**Dirección:** Av. Dionisio Derteano N° 102, San isidro, Lima		
Web: www.bnpparibascardif.com.pe	**Teléfono:** (01) 615-5700	**Web:** www.scotiabank.com.pe		**Teléfono:** (01) 311-6000

DATOS DEL ASEGURADO 1: TITULAR

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

DATOS DEL ASEGURADO 2: CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL TITULAR

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	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.

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: [ ]
- Beneficiario: Herederos Legales.

COBERTURAS ADICIONALES

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: [ ]
- Beneficiario: Asegurado(s)

DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR

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.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO (Aplica solo para Dependientes)

Despido o terminación del contrato laboral por decisión del empleador.

- Suma Asegurada: La que se determine en el certificado hasta S/ 2,000.00.
- N° máximo de eventos a indemnizar: 2 eventos al año.
- Antigüedad laboral:
  - 6 meses para personas con contrato laboral indefinido con el mismo empleador.
  - 12 meses para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador.
- Se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos, siempre y cuando este periodo no supere los 15 días calendario.
- Periodo de carencia: 60 días calendario.
- Beneficiario: Asegurado(s).

INCAPACIDAD TEMPORAL (Aplica solo para Independientes)

La incapacidad temporal superior a los 15 días calendarios.

- Suma Asegurada: La que se determine en el certificado hasta S/ 2,000.00.
- N° máximo de eventos a indemnizar: 2 eventos al año.
- Periodo de carencia: 60 días calendario para enfermedad, no aplica para accidentes.
- Beneficiario: Asegurado(s).
- Periodo activo mínimo: 90 días contados desde el último de la primera incapacidad.

BNP PARIBAS CARDIF

Scotiabank

VIGENCIA	Inicio de vigencia: Desde la emisión del Certificado y el pago de la prima.	RENOVACIÓN	No aplica

PRIMA	Plazo de vigencia del seguro	☐ Plan titular	☐ Plan Titular + Cónyuge o Conviviente
Prima comercial (No aplica IGV)	Hasta 365 días	0.00593% (*)	0.011864% (*)
	De 366 a 1095 días	0.00341% (*)	0.006825% (*)
	De 1096 a 1825 días	0.00319% (*)	0.006387% (*)
	De 1826 a 2190 días	0.00220% (*)	0.004407% (*)
	De 2191 a 3650 días	0.00175% (*)	0.003504% (*)
(*) Este porcentaje se aplica a la Suma Asegurada de la cobertura principal (Fallecimiento).			
Forma y Plazo de Pago	Pago único en la oficina del Contratante al momento de la contratación del seguro.		
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 las coberturas es nacional.		

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE LA SOLICITUD DE COBERTURA/ CONSULTAS O RECLAMOS:	
Teléfono: (01) 615-5718	Oficina de la Compañía y del Contratante.
WhatsApp: +51 960 252 578 (Solo para solicitudes de cobertura)	Correo electrónico: atencióndeseguros@cardif.com.pe
Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros	55.20% de la prima comercial

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía y a Scotiabank Perú S.A.A. 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://bnpp.lk/pe_seguro91171 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.

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

ASEGURADO 1	ASEGURADO 2	BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS

BNP PARIBAS CARDIF

Scotiabank

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE ENDOSO DE SEGURO DE VIDA SCOTIABANK

DENOMINACIÓN DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA	N° PÓLIZA	N° SOLICITUD
BNP PARIBAS CARDIF S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	Soles: 7201230111 Dólares: 7201230211	

NOMBRE DEL CONTRATANTE

SCOTIABANK PERÚ S.A.A.

NOMBRE DEL ASEGURADO

FECHA DE LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN

TÉRMINOS DEL ENDOSO

SOLICITUD

1. Mediante la suscripción del presente documento, el Asegurado solicita a la Compañía Aseguradora a emitir un endoso sobre el Certificado de Seguro, bajo los términos y condiciones que se establecen en la siguiente sección.
2. El endoso solicitado mediante el presente documento deberá emitirse y entrar en vigor en la fecha en que el préstamo emitido por el Banco SCOTIABANK ("BANCO") sea desembolsado a favor del Asegurado ("PRÉSTAMO").
3. La cesión de derechos indemnizatorios es a favor de SCOTIABANK PERU S.A.A. sobre la Suma Asegurada y hasta por el importe adeudado por el Asegurado al BANCO.
4. La emisión del endoso que se solicita únicamente generará modificaciones sobre la designación del beneficiario en el Certificado de Seguro. Por lo tanto, se entenderá que las demás secciones del Certificado de Seguro que no sean mencionadas en el presente documento permanecen vigentes y aplicables.
5. El Asegurado podrá dejar sin efecto su consentimiento en el presente documento, una vez que se haya cumplido con el pago íntegro del PRÉSTAMO, para lo cual, deberá comunicarse con la Compañía Aseguradora a través de los medios de comunicación dispuestos en el Certificado de Seguro.

AUTORIZACIÓN

Mediante la suscripción del presente documento por el Asegurado y la Compañía Aseguradora, se entenderá que ambas partes autorizan la emisión del endoso sobre el Certificado de Seguro ("Endoso") indicados en la parte superior de este documento a favor del BANCO.

Al Endoso le serán aplicables las siguientes condiciones:

1. Fecha de vigencia del Endoso: A partir de la fecha y hora en que el PRÉSTAMO es desembolsado.
2. Modificaciones:
   2.1. A partir de la Fecha de Vigencia del Endoso, el BANCO será designado como beneficiario del Certificado de Seguro (excepto respecto a las coberturas de Desamparo Súbito Familiar, Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal), hasta el importe adeudado por el Asegurado al BANCO.

A partir de la presente autorización y una vez desembolsado el PRÉSTAMO, la Compañía Aseguradora emitirá el Endoso con los términos y condiciones establecidos en el presente documento y enviará una copia al Asegurado.

La presente Solicitud y Autorización se emite siguiendo las disposiciones contenidas en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros aplicables al endoso.

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE ENDOSO:

ASEGURADO 1	ASEGURADO 2	BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS