



**SOLICITUD-CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN DE PRÉSTAMO VEHICULAR**

Nro de Póliza Soles: 74012201113 Nro de Póliza Dólares: 74012202114	Código SBS: VI2087400091 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	N° Solicitud -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:
Dirección del Asegurado:	Correo Electrónico:	Teléfono:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente	

**DATOS DEL ASEGURADO 2: CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL TITULAR**

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:	Correo Electrónico:	Teléfono:
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

PRIMA/PLANES	PLAN CLIENTE <input type="checkbox"/>	PLAN TITULAR + CÓNYUGE O CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>
Prima comercial	0.1358% (*)	0.2716% (*)
Prima comercial con IGV		

(\*) Calculada sobre el saldo insoluto mensual inicial del crédito. El monto de la prima del seguro se calcula en base a la sumatoria de las primas mensuales traídas a valor presente con una tasa mensual de actualización de 0.2871%.

**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](http://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

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

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2

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



**SOLICITUD-CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN DE PRÉSTAMO VEHICULAR**

Nro de Póliza Soles: 74012201113 Nro de Póliza Dólares: 74012202114	Código SBS: VI2087400091 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	N° Solicitud -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:
Dirección del Asegurado:	Correo Electrónico:	Teléfono:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente	

**DATOS DEL ASEGURADO 2: CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL TITULAR**

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:	Correo Electrónico:	Teléfono:
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

PRIMA/PLANES	PLAN CLIENTE <input type="checkbox"/>	PLAN TITULAR + CÓNYUGE O CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>
Prima comercial	0.1358% (*)	0.2716% (*)
Prima comercial con IGV		

(\*) Calculada sobre el saldo insoluto mensual inicial del crédito. El monto de la prima del seguro se calcula en base a la sumatoria de las primas mensuales traídas a valor presente con una tasa mensual de actualización de 0.2871%.

**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](http://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

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

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2

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



COBERTURAS PRINCIPALES	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
<b>Suma Asegurada</b>	Saldo insoluto del Préstamo Vehicular, según corresponda, al momento del fallecimiento o a la fecha en la que se determine la condición de invalidez total y permanente del(los) asegurado(s), por la autoridad competente, lo que ocurra primero. En caso de que el(los) Asegurado(s) hubiera(n) contratado más de un Seguro de Desgravamen con Devolución de Préstamo Vehicular o Seguro de Vida de Préstamo Vehicular, se considerará como límite por el total de dichos seguros, hasta un monto máximo de US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional por el(los) asegurado(s). El pago del siniestro se realizará en la moneda del Préstamo Vehicular según sea caso.	
<b>Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura )</b>	No aplica	No aplica
<b>Deducible</b>	No aplica	No aplica

COBERTURAS PRINCIPALES	SOBREVIVENCIA
<b>Suma Asegurada</b>	30% de las primas aportadas al final del contrato. Solo aplica si el seguro se mantiene vigente hasta la fecha de término original del crédito y si es que las primas del seguro se han pagado completamente durante el periodo de vigencia inicialmente pactado.
<b>Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura )</b>	No aplica
<b>Deducible</b>	No aplica

**BENEFICIARIOS DEL SEGURO:**

**Cobertura de Fallecimiento e Invalidez total y permanente por enfermedad o accidente: El contratante**

**Cobertura de Sobrevivencia: El asegurado.**

<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA:</b> Mismo plazo del cronograma original del crédito o del nuevo cronograma, en caso de reprogramación.(*) (* Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea Mensual.	<b>INICIO DE VIGENCIA:</b> Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado y el pago de la prima.	<b>FIN DE VIGENCIA:</b> 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) asegurado(s) cumpla(n) la edad máxima de permanencia o la fecha de fallecimiento del (los) asegurado(s), lo que suceda primero.
<b>RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA :</b> No aplica	<b>Renovación automática:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE:	Tasas
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

Lugar de Pago	Oficina del Contratante.
Forma y Plazo de Pago	Pago único con cargo al Préstamo Vehicular. <b>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.</b>

**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](http://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](mailto: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.

<b>COBERTURAS PRINCIPALES</b> <b>¿Qué te cubrimos?</b>	<b>EXCLUSIONES</b> <b>¿Que no te cubrimos?</b>	<b>DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS</b> <b>¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?</b>
<p><b>1. FALLECIMIENTO</b></p> <p>La Compañía pagará al Beneficiario la Suma Asegurada señalada en la póliza si el Asegurado fallece por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.</p> <p>En el caso de fallecimiento por Accidente la muerte sobreviniente deberá ser a consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.</p>	<p>Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente</p> <p>1.Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.</p> <p>2.Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades 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> <p>3.Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.</p>	<p>Para la Cobertura de Fallecimiento por Causa Natural o Accidente:</p> <p>1.Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.</p> <p>2. Copia simple de la Historia Clínica.</p>
<p><b>2. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE</b></p> <p>La Compañía pagará al Beneficiario la Suma Asegurada señalada en la póliza si el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de una Enfermedad o Accidente acaecido durante la vigencia de la Poliza y que se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.</p> <p>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 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.</p>	<p>Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente:</p> <p>1.Copia simple de la Historia Clínica.</p> <p>2.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 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).</p>	<p>Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente:</p> <p>1.Copia simple de la Historia Clínica.</p> <p>2.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 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).</p>
<p><b>3. SOBREVIVENCIA</b></p> <p>La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada señalada en la Póliza si sobrevive al término del período de vigencia de la Póliza inicialmente pactado, siempre que las primas pactadas por dicha vigencia se encuentren pagadas y no haya incurrido en una Invalidez Total y Permanente.</p>		<p>Para la cobertura de Sobrevivencia</p> <p>1.Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.</p>

**TABLA DE DERECHO DE RESCATE:**

Año	Valor de Rescate
Menor a 2 años(730 días)	S/ 0.00
De 2 años (730 días) en adelante	S/ 1.00

**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](mailto: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: 615-5716 / correo electrónico: [servicioalcliente@cardif.com.pe](mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe) / Página web: [www.bnpparibascardif.com.pe](http://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>.



COBERTURAS PRINCIPALES	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
<b>Suma Asegurada</b>	Saldo insoluto del Préstamo Vehicular, según corresponda, al momento del fallecimiento o a la fecha en la que se determine la condición de invalidez total y permanente del(los) asegurado(s), por la autoridad competente, lo que ocurra primero. En caso de que el(los) Asegurado(s) hubiera(n) contratado más de un Seguro de Desgravamen con Devolución de Préstamo Vehicular o Seguro de Vida de Préstamo Vehicular, se considerará como límite por el total de dichos seguros, hasta un monto máximo de US\$ 150,000.00 o su equivalente en moneda nacional por el(los) asegurado(s). El pago del siniestro se realizará en la moneda del Préstamo Vehicular según sea caso.	
<b>Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura )</b>	No aplica	No aplica
<b>Deducible</b>	No aplica	No aplica

COBERTURAS PRINCIPALES	SOBREVIVENCIA	
<b>Suma Asegurada</b>	30% de las primas aportadas al final del contrato. Solo aplica si el seguro se mantiene vigente hasta la fecha de término original del crédito y si es que las primas del seguro se han pagado completamente durante el periodo de vigencia inicialmente pactado.	
<b>Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura )</b>	No aplica	
<b>Deducible</b>	No aplica	

**BENEFICIARIOS DEL SEGURO:**

**Cobertura de Fallecimiento e Invalidez total y permanente por enfermedad o accidente: El contratante**

**Cobertura de Sobrevivencia: El asegurado.**

<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA:</b> Mismo plazo del cronograma original del crédito o del nuevo cronograma, en caso de reprogramación.(*) (* Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea Mensual.	<b>INICIO DE VIGENCIA:</b> Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado y el pago de la prima.	<b>FIN DE VIGENCIA:</b> 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) asegurado(s) cumpla(n) la edad máxima de permanencia o la fecha de fallecimiento del (los) asegurado(s), lo que suceda primero.
<b>RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA :</b> No aplica	<b>Renovación automática:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE:	Tasas
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

Lugar de Pago	Oficina del Contratante.
Forma y Plazo de Pago	Pago único con cargo al Préstamo Vehicular. <b>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.</b>

**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](http://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](mailto: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.

<b>COBERTURAS PRINCIPALES</b> <b>¿Qué te cubrimos?</b>	<b>EXCLUSIONES</b> <b>¿Que no te cubrimos?</b>	<b>DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS</b> <b>¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?</b>
<b>1. FALLECIMIENTO</b>  La Compañía pagará al Beneficiario la Suma Asegurada señalada en la póliza si el Asegurado fallece por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.  En el caso de fallecimiento por Accidente la muerte sobreviniente deberá ser a consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.	<b>Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente</b>  1.Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia. 2.Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades 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.	<b>Para la Cobertura de Fallecimiento por Causa Natural o Accidente:</b>  1.Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. 2. Copia simple de la Historia Clínica.
<b>2. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE</b>  La Compañía pagará al Beneficiario la Suma Asegurada señalada en la póliza si el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de una Enfermedad o Accidente acaecido durante la vigencia de la Poliza y que se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al 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 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.	3.Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.	<b>Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente:</b>  1.Copia simple de la Historia Clínica. 2.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 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).
<b>3. SOBREVIVENCIA</b>  La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada señalada en la Póliza si sobrevive al término del período de vigencia de la Póliza inicialmente pactado, siempre que las primas pactadas por dicha vigencia se encuentren pagadas y no haya incurrido en una Invalidez Total y Permanente.		<b>Para la cobertura de Sobrevivencia</b>  1.Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.

**TABLA DE DERECHO DE RESCATE:**

<b>Año</b>	<b>Valor de Rescate</b>
Menor a 2 años(730 días)	S/ 0.00
De 2 años (730 días) en adelante	S/ 1.00

**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](mailto: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: 615-5716 / correo electrónico: [servicioalcliente@cardif.com.pe](mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe) / Página web: [www.bnpparibascardif.com.pe](http://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>.