

SOLICITUD-CERTIFICADO DEL SEGURO TOTAL MAX 2.0

| | | | | |
|--|--|---|----------------------------|--|
| N° Póliza: 72012501124 | Código SBS: VI2087200101 | Moneda: Soles | N° Solicitud - Certificado | 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. Carnaval y Moreyra 380. Piso 10, oficina 1002. 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 | | | | |
| 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 | | |
| 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 la suma asegurada en caso de siniestro. | | |
| BENEFICIARIOS: Los beneficiarios designados se consideran únicamente para la cobertura de Fallecimiento, Muerte Accidental y Sepelio Indemnizatorio. A falta de designación serán los Herederos Legales. | | | | |
| Nombre | DNI | Fecha de Nac. | Relación con el Asegurado | % |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Vigencia | Mensual o Anual según el plan elegido. | | | |
| Renovación: Automática | Inicio de vigencia: Desde la emisión de la Solicitud- Certificado. | | | |
| Fin de vigencia: Fecha en la que se verifique cualquiera de las causales de resolución o terminación del Contrato de Seguro. | | | | |
| Prima | Plan Esencial | Plan Estándar | Plan Premium | |
| Prima Comercial Mensual (No aplica IGV) | S/ 37.90 | S/ 59.90 | S/ 99.90 | |
| Prima Comercial Anual (No aplica IGV) | S/ 416.90 | S/ 658.90 | S/ 1098.90 | |
| Forma y Plazo de Pago | El pago de la prima es de acuerdo al plan elegido, con Tarjeta de Crédito o Cuenta de Ahorros del Banco Scotiabank del Asegurado. 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. Autorizo al Contratante a cargar la prima del seguro en cualquiera de las cuentas donde mantenga saldo acreedor (Cuenta en Soles o Dólares). | | | |
| 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 enviarme 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. para los propósitos antes señalados. | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD - CERTIFICADO

ASEGURADO


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



Cobertura: ¿Qué cubrimos?

| | | | |
|----------------------------|--|------------------------------|---|
| Cobertura Principal | Fallecimiento El fallecimiento del Asegurado por cualquier causa. • Suma Asegurada: Plan Esencial S/. 60,000 Plan Estándar S/. 100,000 Plan Premium S/. 160,000 • Período de carencia: 90 días calendario, no aplica en caso de accidentes. • Beneficiario: Herederos Legales. | Cobertura Adicionales | Sepelio Indemnizatorio La indemnización por gastos de sepelio por fallecimiento del Asegurado. • Suma Asegurada: Plan Esencial S/. 5,000 Plan Plan Estándar S/. 7,000 Plan Premium S/. 10,000 • Período de carencia: 90 días calendario, no aplica en caso de accidentes. • Beneficiario: Herederos Legales. |
| | Muerte Accidental El fallecimiento del Asegurado por accidente. • Suma Asegurada: Plan Esencial S/. 60,000 Plan Estándar S/. 100,000 Plan Premium S/. 160,000 Beneficiario: Herederos Legales. | | 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: Plan Esencial S/. 25,000 Plan Estándar S/. 45,000 Plan Premium S/. 70,000 • Período de carencia: 90 días calendario, no aplica en caso de accidentes. • Beneficiario: Asegurado. |

Exclusiones: ¿Qué NO cubrimos?

- **Reacción o radiación nuclear.**
- **Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.**

| | |
|--|--|
| Territorialidad | Nacional e Internacional. |
| Canales de orientación sobre el procedimiento de la solicitud de cobertura/consultas o reclamos: | Documentos Sustentatorios para la reclamación: |
| Teléfono: (01) 615-5708 WhatsApp: +51 960 252 578 |  Escanea el QR con tu celular o ingresa al link http://segur.pe/seguro688301 |
| Oficina de la Compañía y del Contratante. | |
| Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe | |
| Cargos por la Comercialización de seguros a través de bancaseguros | Hall y Digital: 38.14% / Telemarketing: 25% |

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.

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.
- 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 y piso 10, 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, mas el plazo establecido por ley.
- 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: <http://segur.pe/seguro688302> 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 cardíológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.

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.
- Ecosistemas: Ponemos a su disposición una plataforma de servicios asistenciales que le ayudarán a disfrutar de manera más plena los beneficios de su seguro. Dichos servicios son accesorios a su cobertura y además son totalmente gratuitos. Asimismo, podrán ser prestados directamente o por terceros. Nos reservamos el derecho de incorporar nuevos servicios o modificar los servicios existentes en cualquier momento. Para mayor información del detalle de los servicios, visite nuestra página web.

SOLICITUD-CERTIFICADO DEL SEGURO TOTAL MAX 2.0

| | | | | |
|--|--|---|----------------------------|--|
| N° Póliza: 72012501124 | Código SBS: VI2087200101 | Moneda: Soles | N° Solicitud - Certificado | Fecha de Emisión: |
| Datos de la compañía: BNP PARIBAS CARDIF S.A COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS | | Datos del Contratante/Comercializador: SCOTIABANK PERÚ S.A.A | | |
| RUC: 20513328819 | | RUC: 20100043140 | | |
| Dirección: Av. Carnaval y Moreyra 380. Piso 10, oficina 1002. 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 | | | | |
| 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 | | |
| 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 la suma asegurada en caso de siniestro. | | |
| BENEFICIARIOS: Los beneficiarios designados se consideran únicamente para la cobertura de Fallecimiento, Muerte Accidental y Sepelio Indemnizatorio. A falta de designación serán los Herederos Legales. | | | | |
| Nombre | DNI | Fecha de Nac. | Relación con el Asegurado | % |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Vigencia | Mensual o Anual según el plan elegido. | | | |
| Renovación: Automática | Inicio de vigencia: Desde la emisión de la Solicitud- Certificado. | | | |
| Fin de vigencia: Fecha en la que se verifique cualquiera de las causales de resolución o terminación del Contrato de Seguro. | | | | |
| Prima | Plan Esencial | Plan Estándar | Plan Premium | |
| Prima Comercial Mensual (No aplica IGV) | S/ 37.90 | S/ 59.90 | S/ 99.90 | |
| Prima Comercial Anual (No aplica IGV) | S/ 416.90 | S/ 658.90 | S/ 1098.90 | |
| Forma y Plazo de Pago | El pago de la prima es de acuerdo al plan elegido, con Tarjeta de Crédito o Cuenta de Ahorros del Banco Scotiabank del Asegurado. 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. Autorizo al Contratante a cargar la prima del seguro en cualquiera de las cuentas donde mantenga saldo acreedor (Cuenta en Soles o Dólares). | | | |
| 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 enviarme 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. para los propósitos antes señalados. | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD - CERTIFICADO

ASEGURADO


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



Cobertura: ¿Qué cubrimos?

| | | | |
|----------------------------|--|------------------------------|---|
| Cobertura Principal | Fallecimiento El fallecimiento del Asegurado por cualquier causa. • Suma Asegurada: Plan Esencial S/. 60,000 Plan Estándar S/. 100,000 Plan Premium S/. 160,000 • Período de carencia: 90 días calendario, no aplica en caso de accidentes. • Beneficiario: Herederos Legales. | Cobertura Adicionales | Sepelio Indemnizatorio La indemnización por gastos de sepelio por fallecimiento del Asegurado. • Suma Asegurada: Plan Esencial S/. 5,000 Plan Plan Estándar S/. 7,000 Plan Premium S/. 10,000 • Período de carencia: 90 días calendario, no aplica en caso de accidentes. • Beneficiario: Herederos Legales. |
| | Muerte Accidental El fallecimiento del Asegurado por accidente. • Suma Asegurada: Plan Esencial S/. 60,000 Plan Estándar S/. 100,000 Plan Premium S/. 160,000 Beneficiario: Herederos Legales. | | 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: Plan Esencial S/. 25,000 Plan Estándar S/. 45,000 Plan Premium S/. 70,000 • Período de carencia: 90 días calendario, no aplica en caso de accidentes. • Beneficiario: Asegurado. |

Exclusiones: ¿Qué NO cubrimos?

- **Reacción o radiación nuclear.**
- **Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.**

| | |
|--|--|
| Territorialidad | Nacional e Internacional. |
| Canales de orientación sobre el procedimiento de la solicitud de cobertura/consultas o reclamos: | Documentos Sustentatorios para la reclamación: |
| Teléfono: (01) 615-5708 WhatsApp: +51 960 252 578 |  Escanea el QR con tu celular o ingresa al link http://segur.pe/seguro688301 |
| Oficina de la Compañía y del Contratante. | |
| Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe | |
| Cargos por la Comercialización de seguros a través de bancaseguros | Hall y Digital: 38.14% / Telemarketing: 25% |

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.

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.
- 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 y piso 10, 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, mas el plazo establecido por ley.
- 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: <http://segur.pe/seguro688302> 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 cardíológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.

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.
- Ecosistemas: Ponemos a su disposición una plataforma de servicios asistenciales que le ayudarán a disfrutar de manera más plena los beneficios de su seguro. Dichos servicios son accesorios a su cobertura y además son totalmente gratuitos. Asimismo, podrán ser prestados directamente o por terceros. Nos reservamos el derecho de incorporar nuevos servicios o modificar los servicios existentes en cualquier momento. Para mayor información del detalle de los servicios, visite nuestra página web.