

CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA E INCAPACIDAD SCOTIABANK

N° Póliza Soles: 7201230117 N° Póliza Dólares: 7201230218	Código SBS: VI2087200101	N° Certificado:	Fecha de Emisión:
Datos de la Compañía: BNP PARIBAS CARDIF S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS		Datos del Contratante/Comercializador: SCOTIABANK PERU S.A.A	
RUC: 20513328819		RUC: 20100043140	
Dirección: Av. Canaval 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 1: Titular			
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
Datos del asegurado 2: Cónyuge o conviviente del titular			
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	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?		EXCLUSIONES: ¿Qué NO cubrimos?	
Cobertura Principal	Fallecimiento El fallecimiento del Asegurado por cualquier causa. <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: <input type="text"/> Beneficiario: Herederos legales 	<ol style="list-style-type: none"> Enfermedades preexistentes. Reacción o radiación nuclear. Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no. 	
	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. <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: <input type="text"/> Beneficiario: Asegurado(s) 		
Coberturas Adicionales	Desamparo Súbito Familiar El fallecimiento del Asegurado y su Cónyuge o Conviviente como consecuencia del mismo Accidente. <ul style="list-style-type: none"> Suma asegurada: S/39,000.00 Beneficiario: Herederos Legales 		<ol style="list-style-type: none"> Reacción o radiación nuclear. Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.
	Incapacidad Temporal (Aplica sólo para Independientes) La incapacidad temporal superior a los 15 días calendarios. <ul style="list-style-type: none"> 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"> Enfermedades o lesiones preexistentes. Embarazos, parto, aborto. Estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental.

VIGENCIA	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.

PRIMA	Plazo	Plan Titular	Plan Titular + Cónyuge o Conviviente
Prima comercial (No aplica IGV):	Más de 0 meses - 12	0.2195% (*)(**)	0.4390% (*)(**)
	Más de 12 meses - 36	0.1400% (*)(**)	0.2800% (*)(**)
	Más de 36 meses - 60	0.0975% (*)(**)	0.1950% (*)(**)
	Más de 60 meses - 84	0.0575% (*)(**)	0.1150% (*)(**)
	Más de 84 meses - 108	0.0450% (*)(**)	0.0900% (*)(**)
	Más de 108 meses - 133	0.0350% (*)(**)	0.0700% (*)(**)

(*)Tasa de la suma asegurada de la cobertura de Fallecimiento.

(**) Para Sumas aseguradas mayores a S/585,000.00 o US\$150,000.00, luego de evaluar la DPS (Declaración Personal de Salud) y la evaluación médica, se aceptará o se rechazará la afiliación del asegurado o los asegurados de esta póliza.

Forma y Plazo de Pago	Pago único en la oficina del contratante.
Territorialidad	Nacional e Internacional
Canales de orientación sobre el procedimiento de la solicitud de cobertura/ consultas o reclamos:	Documentos Sustentatorios para la reclamación: ¿Qué documentos debes presentar?
Teléfono: (01) 615-5708	 Escanea el QR con tu celular o ingresa al link: http://segur.pe/seguro91202
WhatsApp: 960221801 (Solo para solicitudes de cobertura)	
Oficina de la Compañía y del Contratante.	
Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe	

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: 7201230117 Dólares: 7201230218		

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

1. 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 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.
2. El presente endoso fue aceptado por la Compañía Aseguradora y el Asegurado, fecha en la que suscribieron la Solicitud y Autorización de Endoso.
3. 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**