

SOLICITUD – CERTIFICADO DEL SEGURO DESGRAVAMEN EFECTIVO CENCOSUD

Póliza: 7420200169	Código SBS: VI2087400078 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	Nro. Solicitud-Certificado:	Fecha de Emisión:
-----------------------	--	-----------------------------	-------------------

DATOS DE LA COMPAÑÍA

BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	RUC: 20513328819	Teléfono (s): (01) 615-1700
Dirección: Av. Canaval y Moreyra N° 380, Piso 11 - San Isidro – Lima – Lima		Email: servicioalcliente@cardif.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE

CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO CENCOSUD SCOTIA PERÚ S.A.	RUC: 20543166660	Teléfono: (01) 625-0500
Dirección: Av. Benavides N° 1555, Piso 10 – Miraflores – Lima – Lima		Web: www.tarjetacencosud.pe

DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS: No aplica

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
Dirección del Asegurado:			
Correo Electrónico:			
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
Relación con el Contratante: Cliente titular de la Tarjeta de Crédito	Estado Civil:	Nacionalidad:	

EDAD: Mínima de ingreso: 18 años / Máxima de ingreso: 85 años, 11 meses
Máxima de Permanencia: 85 años, 11 meses y 29 días

COBERTURAS PRINCIPALES	SUMA ASEGURADA	CONDICIONES DE USO
1. Fallecimiento: Cubre el fallecimiento por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de	Hasta S/100,000.00 distribuidos de la siguiente manera: Contratante: Recibirá el saldo deudor del Crédito asegurada, al momento del fallecimiento del asegurado. Se entiende como saldo deudor el monto adeudado sin considerar intereses ni moras ni otros gastos;	Periodo de Carencia: No aplica Deducible: No aplica

COBERTURAS PRINCIPALES	SUMA ASEGURADA	CONDICIONES DEL SEGURO
<p>1. Fallecimiento: Cubre el fallecimiento por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un accidente</p>	<p>Herederos legales del Asegurado: Recibirán el capital inicial del crédito menos el saldo deudor pagado al Contratante hasta un máximo de S/ 10.000.00 al momento del fallecimiento del asegurado.</p> <p>En caso el Asegurado hubiera contratado más de un Seguro de Desgravamen Efectivo, se considerará como límite por el total de dichos seguros, la cobertura máxima de S/.50,000.00.</p>	<p>Periodo de Carencia: No aplica</p> <p>Deducible: No aplica</p>

COBERTURAS PRINCIPALES	SUMA ASEGURADA	CONDICIONES DEL SEGURO
<p>2. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente (ITP): Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente, 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>2.5 (dos punto cinco) veces el capital inicial del crédito hasta S/50,000.00 distribuidos de la siguiente manera:</p> <p>Contratante: Recibirá el saldo deudor del Crédito, al momento de la ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente determinada por la autoridad competente a través del Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez. Se entiende como saldo deudor el monto adeudado sin considerar intereses ni moras ni otros gastos;</p> <p>Asegurado: Recibirá 2.5 (dos punto cinco) veces el capital inicial del crédito menos el saldo deudor pagado al contratante, hasta un máximo de S/ 10,000 al momento de la ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente del asegurado determinada por la autoridad competente a través del Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez.</p> <p>En caso el Asegurado hubiera contratado más de un Seguro de Desgravamen Efectivo, se considerará como límite por el total de dichos seguros, la cobertura máxima de S/.50,000.00</p>	<p>Periodo de Carencia: No aplica</p> <p>Deducible: No aplica</p>

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

Cobertura de Fallecimiento: Contratante y herederos legales del Asegurado

Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad/Accidente: Contratante y Asegurado

PRIMA	PLAN ÚNICO (Prima mensual)
Prima Comercial	S/9.90
Prima Comercial más IGV	S/9.90

VIGENCIA	Mensual (*)
Inicio de Vigencia	Desde la contratación de la Tarjeta de Crédito y firma de la Solicitud Certificado. La cobertura se mantendrá vigente en tanto el asegurado registre saldo deudor en la Tarjeta de Crédito y realice el pago puntual de las primas del seguro.
Fin de Vigencia	Último día de vigencia de la Línea de Crédito o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

(*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aun cuando la vigencia de la Póliza sea mensual.

RENOVACIÓN

El Contrato de seguros será renovado de manera mensual automáticamente. No obstante, en caso la Compañía decida no renovar la Póliza y/o Certificado, deberá comunicarlo al Contratante y/o Asegurado respectivamente, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario. Del mismo modo, en caso el Contratante y/o Asegurado decida no renovar la Póliza y/o Certificado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario.

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD - CERTIFICADO ENTREGADO POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE OCHO (8) PÁGINAS.

FIRMA DEL ASEGURADO



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

DESCRIPCIÓN GENERAL	MONTO / PORCENTAJE
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores deseguros	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador	No aplica

GASTOS ADMINISTRATIVOS: No aplica

LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar: Oficinas del Contratante	Forma: Con cargo a la Tarjeta de Crédito	
Fecha: De acuerdo a la fecha de corte de la Tarjeta de Crédito	Interés Moratorio: No aplica	Período de gracia: No aplica
El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima, si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.		

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO:

Cancelación del saldo insoluto de la deuda en caso de siniestro

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES

Fallecimiento e invalidez total y permanente por enfermedad o accidente:

Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

- Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o 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.

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro. El Siniestro deberá ser comunicado a la Compañía y/o al Contratante de manera presencial, telefónica, por escrito o medio electrónico a través de los canales indicados en la Cláusula de atención de reclamos y servicio al cliente.

Lugar para presentar la Solicitud de Cobertura y Documentos Sustentatorios: Oficina de la Compañía y Oficinas del Contratante.

En caso de Siniestro se deberán presentar los documentos que se detallan a continuación:

- Para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural
 - Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
 - Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
 - Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
 - Copia simple del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Para la Cobertura de Fallecimiento por Accidente

Adicionalmente a los Documentos Sustentatorios antes indicados para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural, en caso de Fallecimiento a consecuencia de un Accidente, deberán presentarse los siguientes documentos:

 - Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Informe Policial o Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.

3. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
 - a. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
 - b. Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
 - c. 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).
4. Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente
Adicionalmente a los Documentos Sustentatorios para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad deberán presentarse los siguientes documentos:
 - a. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Informe Policial o Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibida los Documentos Sustentatorios establecidos en la Solicitud- Certificado, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días con el que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro luego de recibidos los Documentos Sustentatorios hasta que se presente la documentación adicional correspondiente. En caso de Siniestros en el extranjero, los documentos deberán estar legalizados por el Consulado peruano del país donde ocurrió el siniestro y validado por el Ministerio de Relaciones exteriores de Perú; o de ser el caso, debidamente apostillados. En caso los documentos estén en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

1. La falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver la Póliza y/o Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Contratante y/o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
2. Solicitud de Cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.
3. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario excepto en los casos de actos realizados para evitar el siniestro o atenuar sus consecuencias, por un deber de humanidad generalmente aceptado, por legítima defensa, estado de necesidad o cumplimiento de un deber legal.
4. Incumplimiento de las cargas del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario previstas en el numeral 15.2 y/o 15.4 del artículo 15° de las Cláusulas Generales de Contratación siempre que medie dolo o culpa inexcusable y haga perder el derecho a ser indemnizado y/o de la carga prevista en el numeral 15.3 del artículo 15° de las Cláusulas Generales de Contratación siempre que medie dolo o culpa inexcusable.

5. De forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendario a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma y lugar y medios utilizados para la celebración del presente Contrato.

La falta de aceptación del Contratante del ajuste de prima y/o de la Suma Asegurada prevista para cada cobertura propuesta por la Compañía en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del Contratante y/o Asegurado. La Compañía resolverá el Contrato de Seguro mediante comunicación dirigida al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendario para que el Contratante se pronuncie sobre la aceptación o rechazo.

TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de terminación del Contrato de Seguro:

1. Cuando la Compañía pague la Suma Asegurada de las coberturas contempladas en este Certificado.
2. Vencimiento de la vigencia de la Póliza y no proceda la renovación automática.
3. Cuando el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia, establecida en este Certificado.
4. Por fallecimiento del Asegurado.
5. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado.
6. La cancelación o anulación de la Tarjeta de Crédito o del préstamo.

MODIFICACIÓN DE LA POLIZA

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 Clausulas Generales de Contratación.

El Contratante tendrá treinta (30) días calendario, 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.

ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE

El Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios podrán presentar sus consultas o reclamos derivados de la presente Póliza al área de Servicio al Cliente de la Compañía o del Contratante, a través de los siguientes medios:

- La central telefónica de la Compañía: (01) 615-5717
- E-mail: atenciondeseguros@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe
- Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, Piso 11, San Isidro – Lima. Horario de Atención Presencial: De lunes a viernes de 09:00 a 13:00 hrs. y de 15:00 a 18:00 hrs.

Para la atención del reclamo deberá presentarse, como mínimo, la siguiente información:

- Nombre completo del reclamante, fecha de reclamo, motivo del reclamo, detalle del reclamo. El plazo para la atención de un reclamo no deberá exceder de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Cualquier diferencia existente entre la Compañía y el Asegurado y/o Contratante y/o Beneficiario y siempre y cuando la pretensión no exceda la suma de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) o su equivalente en moneda nacional, podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG)

Dirección: Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9, Edificio Nacional, San Isidro

Teléfono: (01) 421-0614 / Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / www.defaseg.com.pe

Adicionalmente el Asegurado podrá acudir al Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI (www.indecopi.gob.pe). Para solicitar orientación y/o formular denuncias, el Asegurado y/o Contratante y/o Beneficiario podrán comunicarse también con la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las Partes declaran que es su voluntad que todos los conflictos o incertidumbres con relevancia legal que pudieran surgir con respecto a la interpretación, ejecución, cumplimiento y cualquier aspecto relativo a la existencia, validez, eficacia o caducidad de la Póliza, sea resuelto a través de la vía Judicial Ordinaria (Poder Judicial) de conformidad con lo dispuesto por el Código Procesal Civil.

TERRITORIALIDAD

La Póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE

- La Póliza de Seguro de Grupo N° 7420200169 suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resumen en el presente documento. El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza del seguro de grupo a la Compañía, la cual, deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
- Para montos de créditos que superen lo establecido en las Condiciones Especiales aplicará el Cuestionario de DPS el cual prevalecerá sobre la Declaración de Salud contenida en el acápite de Declaraciones y Autorizaciones.
- 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 Transparencia de Información y contratación con usuarios del Sistema Financiero.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado 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.
- El presente Contrato de Seguros forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguro de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- El Asegurado manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria.
- El Asegurado declara que de manera previa a la contratación del seguro, ha tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales y Resumen, a cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro, encontrándose en la página web de la Compañía las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Resumen aplicables al presente Contrato de seguro.
- El Asegurado autoriza a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica a través del correo electrónico señalado en la Solicitud-Certificado, en caso la Compañía decida su utilización. Para tal efecto, el Asegurado declara haber sido informado por la Compañía de la forma de envío de la Póliza por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguirá con las ventajas y los posibles riesgos asociados, conociendo de las medidas de seguridad que le corresponde aplicar. Asimismo declara que la forma en que la Compañía confirmará la recepción de la Póliza será mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo y que la autenticidad e integridad de la Póliza se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de la Compañía.
- El Asegurado declara conocer la Política de Protección de Datos Personales de la Compañía establecida en las Condiciones Generales. En tal sentido, el Asegurado es informado que sus 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, incluyendo sus datos sensibles, para la preparación, celebración y ejecución del contrato de seguros, así como gestionar y administrar la relación contractual que mantiene con la Compañía, ejecutar los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar la Compañía a favor del Asegurado, incluyendo la realización de encuestas de satisfacción sobre los alcances de los productos y/o servicios de la Compañía. El tratamiento de los datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades detalladas en este párrafo, a las empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece la Compañía y/o de terceros con los que mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará permanentemente en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. En caso de no proporcionar los datos personales antes solicitados, la Compañía no podrá realizar a favor del Asegurado las finalidades antes indicadas. El Asegurado podrá ejercer los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales, llenando el formulario al que puede 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 su Documento de Identidad y de ser el caso, la documentación que acredite su representación legal. Los datos personales proporcionados serán conservados durante la vigencia de la relación contractual celebrada con el Contratante y/o Asegurado, más el plazo establecido por la legislación vigente. Vencido este plazo los datos personales serán suprimidos, anonimizados o disociados.
- El Asegurado declara conocer que el presente producto presenta obligaciones a su cargo, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- El Asegurado declara conocer que dentro de la vigencia del contrato de seguro, se encuentra obligado a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El Asegurado declara 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, declara NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.
- Mediante la suscripción de la presente Solicitud-Certificado, el Asegurado autoriza 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.