

SOLICITUD – CERTIFICADO DEL SEGURO DESGRAVAMEN

Póliza Clientes: 7420180127	Código SBS: VI2087400053 (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) Urb. San Antonio – 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 y 364 días / Máxima de Permanencia: 85 años y 364 días

PLANES: Se aplicará automáticamente el plan que corresponda, según la categoría de tarjeta de crédito con la que cuenta el asegurado durante la vigencia del seguro.

Plan 1: Tarjeta Simple, Clásica y Gold (1)	Plan 2: Tarjeta Signature, Black (2)
--	--------------------------------------

PLAN 1 COBERTURAS PRINCIPALES	SUMA ASEGURADA – S/ 50,000 soles	PERIODO DE CARENCIA	DEDUCIBLE
Fallecimiento	Saldo insoluto de la deuda de la tarjeta de crédito, incluyendo líneas adicionales de crédito, cuando ocurra el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente del Asegurado hasta un monto máximo de S/ 50,000 soles. La suma asegurada no incluye intereses moratorios ni otros gastos adicionales.	No aplica	No aplica
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente		Por Enfermedad: 6 meses Por Accidente: No aplica	

PLAN 2 COBERTURAS PRINCIPALES	SUMA ASEGURADA – S/ 100,000 soles	PERIODO DE CARENCIA	DEDUCIBLE
Fallecimiento	Saldo insoluto de la deuda de la tarjeta de crédito, incluyendo líneas adicionales de crédito, cuando ocurra el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente del Asegurado hasta un monto máximo de S/ 100,000 soles. La suma asegurada no incluye intereses moratorios ni otros gastos adicionales.	No aplica	No aplica
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente		Por Enfermedad: 6 meses Por Accidente: No aplica	

BENEFICIARIO DEL SEGURO: El contratante Caja Rural de Ahorro y Crédito Cencosud Scotia Perú S.A.

PRIMA	PLAN 1 y PLAN 2
Prima Comercial	S/ 7.90
Prima Comercial más IGV	S/ 7.90

(1) Incluye los Bines: 905050, 905051, 477151, 489068, 475796, 529206, 550218

(2) Incluye los Bines: 449577, 512533

VIGENCIA	Mensual (*)
Inicio de Vigencia	Desde la contratación de la Tarjeta de Crédito. 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	12:00 horas del último día de vigencia 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, aún 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 calendarios. 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 calendarios.

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD - CERTIFICADO ENTREGADO POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE NUEVE (9) PÁGINAS.



FIRMA DEL ASEGURADO

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

SOLICITUD – CERTIFICADO DEL SEGURO DESGRAVAMEN

Póliza Clientes: 7420180127	Código SBS: VI2087400053 (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) Urb. San Antonio – 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 y 364 días / Máxima de Permanencia: 85 años y 364 días

Plan 1: Tarjeta Simple, Clásica y Gold (1)	Plan 2: Tarjeta Signature, Black (2)
--	--------------------------------------

PLAN 1 COBERTURAS PRINCIPALES	SUMA ASEGURADA – S/ 50,000 soles	PERIODO DE CARENCIA	DEDUCIBLE
Fallecimiento	Saldo insoluto de la deuda de la tarjeta de crédito, incluyendo líneas adicionales de crédito, cuando ocurra el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente del Asegurado hasta un monto máximo de S/ 50,000 soles. La suma asegurada no incluye intereses moratorios ni otros gastos adicionales.	No aplica	No aplica
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente		Por Enfermedad: 6 meses Por Accidente: No aplica	

PLAN 2 COBERTURAS PRINCIPALES	SUMA ASEGURADA – S/ 100,000 soles	PERIODO DE CARENCIA	DEDUCIBLE
Fallecimiento	Saldo insoluto de la deuda de la tarjeta de crédito, incluyendo líneas adicionales de crédito, cuando ocurra el Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente del Asegurado hasta un monto máximo de S/ 100,000 soles. La suma asegurada no incluye intereses moratorios ni otros gastos adicionales.	No aplica	No aplica
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente		Por Enfermedad: 6 meses Por Accidente: No aplica	

BENEFICIARIO DEL SEGURO: El contratante Caja Rural de Ahorro y Crédito Cencosud Scotia Perú S.A.

PRIMA	PLAN 1 y PLAN 2
Prima Comercial	S/ 7.90
Prima Comercial más IGV	S/ 7.90

(1) Incluye los Bines: 905050, 905051, 477151, 489068, 475796, 529206, 550218

(2) Incluye los Bines: 449577, 512533

VIGENCIA	Mensual (*)
Inicio de Vigencia	Desde la contratación de la Tarjeta de Crédito. 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	12:00 horas del último día de vigencia 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, aún 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 calendarios. 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 calendarios.

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD - CERTIFICADO ENTREGADO POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE NUEVE (9) 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 de seguros	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros u otro comercializador	No aplica

BONIFICACIONES/PREMIOS/BENEFICIOS: 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 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.		

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Cancelación del saldo insoluto de la deuda en caso de siniestro

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES

1. Fallecimiento

La Compañía pagará al Beneficiario de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, si el Asegurado fallece por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.

En el caso de Muerte por Accidente es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.

2. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente

La Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado si el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de una Enfermedad o 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 incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones", regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES

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 calendarios 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:

1. Para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural
 - a. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
 - b. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
 - c. Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
 - d. Copia simple del Certificado de Defunción del Asegurado.
2. 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 directa e inmediata de un Accidente, deberán presentarse los siguientes documentos:
 - a. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del 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 la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia) o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.
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 Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.

En caso la Compañía requiera documentación adicional para aclarar o precisar la 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 calendarios 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. Reclamación 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.
4. Incumplimiento de las cargas del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario previstas en el numeral 17.2 y/o 17.4 del artículo 17° de las Condiciones Generales siempre que medie dolo o culpa inexcusable y haga perder el derecho a ser indemnizado y/o de la carga prevista en el numeral 17.3 del artículo 17° de las Condiciones Generales 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 calendarios 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.
6. 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 calendarios contados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendarios para que el Contratante se pronuncie sobre la aceptación o rechazo.

La resolución del Contrato de Seguro en los supuestos señalados en los numerales 2, 3 y 4 operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Contratante. En el caso de un Seguro Grupal, la resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Asegurado, sin perjuicio de la comunicación que hará la Compañía al Contratante.

En el supuesto señalado en el numeral 1 la Compañía tiene derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. En los demás supuestos corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

La devolución de la prima en el supuesto señalado en el numeral 5 será efectuada por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que le es requerida por escrito por el Contratante y/o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados en las Condiciones Generales. En los demás supuestos y siempre y cuando corresponda la devolución de primas será efectuado de manera automática por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que opera la resolución del Contrato de Seguros.

En los supuestos señalados en los numerales 1, 5 y 6 de tratarse de un Seguro Grupal, el Contratante comunicará al Asegurado la resolución del Contrato de Seguro.

En el caso de un Seguro Grupal, las causales de resolución que aplicarán al Asegurado respecto de la Solicitud- Certificado serán las previstas en los numerales 1 al 6 del artículo 13° de las Condiciones Generales.

TERMINACIÓN 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 las Condiciones Generales.
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 la Solicitud-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.

La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguro por cualquiera de las causales señaladas sin necesidad de un aviso previo, simultáneo o posterior al Contratante y/o Asegurado.

En el caso de un Seguro Grupal, las causales de terminación que aplicarán al Asegurado respecto de la Solicitud-Certificado serán las previstas en los numerales 1 al 6.

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 20° de las Condiciones Generales.

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.

OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

1. Pagar la prima en las fechas establecidas en la Solicitud- Certificado.
Adicionalmente, son cargas del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, las siguientes:
2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en la Solicitud- Certificado.
3. Brindar y facilitar la información requerida por la Compañía para la evaluación y aceptación del Siniestro.
4. Informar a la Compañía en caso exista una agravación del riesgo asegurado. El seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado que éste no conociera al momento de la celebración del Contrato.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 2 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro en el caso de culpa inexcusable. En caso de culpa leve, la Compañía podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que haya sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del Siniestro. La sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 4 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado y es causal de resolución del Contrato de Seguros, salvo que: la agravación del riesgo no haya influido en la ocurrencia del Siniestro y/o sobre la medida de la prestación a cargo de la Compañía; la Compañía no ejerza el derecho a resolver o proponer una modificación al Contrato de Seguros en un plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo; la Compañía conozca la agravación del riesgo, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

Se perderá el derecho a ser indemnizado, quedando relevada la Compañía de cualquier responsabilidad, si el Asegurado, Beneficiarios o terceros que actúen en su representación, actúan fraudulentamente, exageran los daños o emplean medios falsos para probarlos.

En caso hubiera más de un Beneficiario, la pérdida del derecho a ser indemnizado no afectará a aquel Beneficiario que actúe de buena fe.

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:

1. La central telefónica de la Compañía: (01) 615-5717 / Fax Cardif: (01) 615-1721
2. E-mail: servicioalcliente@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe
3. 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 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional / Telefax: (01) 421-0614 / Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / <http://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 y en su caso, los que hayan sido materia de sentencia judicial ante los tribunales ordinarios de la República del Perú.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En el caso que el Contrato de Seguro no sea condición para contratar una operación crediticia, el Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento para resolverlo sin expresión de causa ni penalidad dentro del plazo de quince (15) días calendarios computados desde la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado o una nota de cobertura provisional y siempre que el ofrecimiento del Contrato de Seguro se haya efectuado fuera de los locales comerciales de la Compañía o de quienes se encuentran autorizados a operar como corredores o de la oferta realizada a través de promotores de ventas. En estos casos, la Compañía quedará obligada a devolver la prima en caso ésta hubiera sido pagada.

El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios previstos para la celebración del presente Contrato.

IMPORTANTE

- La Póliza de Seguro de Grupo N° 7420180127 suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resumen en el presente documento. La información proporcionada es parcial. 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.
- 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, han 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 recogidos en esta Solicitud serán registrados en el banco de datos de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, a fin de ejecutar, gestionar y administrar la relación contractual con la Compañía, ejecutar los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar la Compañía a favor del Asegurado, así como la realización de encuestas sobre los alcances de los productos y/o servicios recibidos por la Compañía. El tratamiento de los datos podrá ser encargado para las mismas finalidades detalladas en el párrafo precedente 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 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 establecidos en la normativa sobre protección de datos personales siguiendo el procedimiento establecido en el artículo 30° de las Condiciones Generales. Los datos personales proporcionados se mantendrán durante la vigencia de la relación contractual celebrada con el Asegurado, más el plazo requerido por ley.
- 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.
- 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.