

**SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO MULTIPROTECCIÓN EMPRENDEDOR**

N° Póliza: 4120210110	Código SBS: RG2084100084 adecuado a la ley Nro 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	Dirección: Av. Canaval y Moreyra N° 380 Piso 11 San Isidro	Web: <a href="http://www.bnpparibascardif.com.pe">www.bnpparibascardif.com.pe</a>
Teléfono: 615-5700		

**DATOS DEL CONTRATANTE: CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO CENCOSUD SCOTIA PERÚ S.A.**

RUC: 20109072177	Dirección: Av. Benavides N°1555, Piso 10, Miraflores	Web: <a href="http://www.tarjetaencosud.pe">www.tarjetaencosud.pe</a>
Teléfono: (01) 625-0500		

**DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS: No aplica**

**DATOS DEL ASEGURADO**

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

**EDAD**

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

DESCRIPCION DEL INTERES ASEGURADO Proteger al Asegurado ante la ocurrencia del Siniestro.

PRIMA / PLANES	Mensual
Prima Comercial:	S/ 16.02
Prima Comercial más IGV	S/ 18.90

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado por éste. La Compañía confirmará la recepción de la Póliza mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo.
- 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 sus 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 HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO, LA CUAL CONTIENE 12 (DOCE) PÁGINAS:**

---

FIRMA DEL ASEGURADO



---

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

### CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la firma de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan anteriormente 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 en alianza con Caja Rural de Ahorro y Crédito Cencosud Scotia Perú S.A, 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.

---

FIRMA DEL ASEGURADO

<b>COBERTURAS</b>	<b>USO INDEBIDO DE LA TARJETA</b>	<b>ROBO EN CAJERO ELECTRÓNICO - VENTANILLA</b>
Suma Asegurada	*Para tarjeta de Crédito de Cencosud: Hasta S/ 14,000.00 al año, y hasta S/ 3,500.00 por evento. *Para tarjeta de Crédito de otras Entidades Financieras: Hasta S/ 9,000.00 al año y hasta S/ 2,250.00 por evento. No cubre tarjetas adicionales, solo tarjetas del mismo asegurado. No hay un límite de tarjetas aseguradas.	*Para tarjeta de Crédito de Cencosud: Hasta S/ 6,000.00 al año, y hasta S/ 3,000.00 por evento. *Para tarjeta de Crédito de otras Entidades Financieras: Hasta S/ 4,000.00 al año y hasta S/ 2,000.00 por evento. No cubre tarjetas adicionales. solo tarjetas del mismo asegurado
Número de eventos a indemnizar por cobertura	4 eventos por año.	2 eventos por año.
Beneficiarios	En caso de tarjeta de crédito de Cencosud: Contratante En caso de otra tarjeta: Asegurado	Asegurado

<b>COBERTURAS</b>	<b>REPOSICIÓN DE DOCUMENTOS</b>	<b>MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO</b>
Suma Asegurada	Valor de reposición de los documentos: Hasta S/ 1,000.00 al año, y hasta S/ 500.00 por evento.	S/ 20,000.00
Número de eventos a indemnizar por cobertura	2 eventos por año.	1 eventos
Beneficiarios	Asegurado	Herederos Legales del Asegurado

<b>COBERTURAS</b>	<b>RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE UN ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO</b>	<b>COMPRA PROTEGIDA POR ROBO</b>
Suma Asegurada	S/ 200.00 por día de hospitalización. Máximo 30 días de cobertura.	Valor de la operación no reconocida por el asegurado: *Para las tarjetas de Crédito de Cencosud: Hasta S/ 3,000.00 al año. *Para tarjeta de Crédito de otra entidad financiera: Hasta S/ 2,000.00 al año.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	2 eventos por año.	1 evento por año
Beneficiarios	Asegurado	En caso de tarjeta de crédito de Cencosud: Contratante En caso de otra tarjeta: Asegurado
Deducible	1 día (24 horas) de hospitalización	No aplica

COBERTURAS	FRAUDE POR INTERNET
Suma Asegurada	Valor de la operación no reconocida: Para tarjeta de Crédito de Cencosud: Hasta S/ 2,000.00 al año, y hasta S/ 1,000.00 por evento. No se cubre tarjetas de otras entidades ni tarjetas adicionales.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	2 eventos por año.
Beneficiarios	Contratante

COBERTURAS	ENFERMEDADES GRAVES	INCAPACIDAD TEMPORAL
Suma Asegurada	S/ 1,000.00.	S/ 1,000.00. El pago de la indemnización es a partir de la demostración de 15 días de incapacidad y se realizará en un solo pago
Número de eventos a indemnizar por cobertura	1 evento por enfermedad.	Ilimitado.
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización (solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura.	90 días	30 días
Beneficiarios	Asegurado	Asegurado

<b>Periodo activo mínimo después de un siniestro (Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización (solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura.</b>	No aplica para ninguna cobertura.
<b>Periodo de Carencia (Periodo de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera reclamación de indemnización (solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura.</b>	No aplica para las coberturas de: (i) Uso Indebido, (ii) Robo en Cajero Electrónico o Ventanilla, (iii) Reposición de documentos, (iv) Muerte accidental por robo, asalto y/o secuestro, (v) Renta diaria por hospitalización como consecuencia de un robo, asalto y/o secuestro, (vi) Compra Protegida por Robo, (vii) Fraude por internet.

<b>VIGENCIA DE LA POLIZA:</b> Mensual (*) (*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aun cuando la vigencia de la Póliza sea Mensual.	Inicio de Vigencia: Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado o aceptación del seguro y pago de la primera prima por parte del Asegurado.	Fin de Vigencia: Fecha de terminación o resolución del contrato de seguro según las cláusulas que se indican en esta Solicitud- Certificado.
--	--	--

**RENOVACION DE LA POLIZA: El Contrato de seguros será renovado de manera automática. No obstante, en caso la Compañía decida no renovar la Póliza y/o Solicitud-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 Solicitud-Certificado, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios**

Renovación automática SI  NO

PRIMA	
Lugar de Pago	No aplica
Período de Gracia	No aplica
Forma y Plazo de Pago	<p><b>La prima se cargará de forma mensual en la tarjeta de crédito Cencosud contratado por el asegurado titular, la cual se debe encontrar habilitada para este tipo de operaciones durante la vigencia de la póliza contratada.</b></p> <p><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></p>

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 la bancaseguros u otro comercializador	Mensual: S/ 7.21

<b>COBERTURA PRINCIPAL</b> ¿Qué te cubrimos?	<b>EXCLUSIONES</b> ¿Qué no te cubrimos?	<b>DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS</b> ¿Qué documentos debes presentar para la reclamación (solicitud de cobertura)?
---	--	---

<p><b>USO INDEBIDO DE LA TARJETA:</b>  <b>Recibirás el pago de la suma asegurada si una persona no autorizada por ti realiza transacciones con tu Tarjeta de Crédito a consecuencia de robo, hurto, pérdida, extravío, asalto y/o secuestro.</b></p> <p><b>IMPORTANTE:</b> Debes notificar a la entidad financiera de manera inmediata una vez identifiques el hecho o te sea posible hacerlo y proceder a bloquear tu Tarjeta. En casos de robo, hurto, pérdida, extravío, asalto y/o secuestro, si estos fueran usados indebidamente, quedarás protegido hasta 24 horas antes de realizado el bloqueo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor.</li> <li>2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro.</li> <li>3. Pérdidas del dinero cuando se haya retirado con una tarjeta de créditos diferentes a la tuya amparada.</li> <li>4. Actos negligentes que hayas cometido</li> <li>5. Reclamaciones falsas o fraudulentas que hayas efectuado.</li> <li>6. Fraude por internet</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.</li> <li>2. Copia simple de la denuncia policial en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar de ocurrencia.</li> <li>3. Copia simple de la constancia emitida por la entidad financiera donde se identifique la fecha y hora del bloqueo.</li> <li>4. Copia del documento donde se evidencien las transacciones realizadas con la Tarjeta.</li> <li>5. Copia del documento de identidad del Asegurado.</li> </ol>
<p><b>COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?</b></p>	<p><b>EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?</b></p>	<p><b>DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la reclamación (solicitud de cobertura)?</b></p>
<p><b>ROBO EN CAJERO ELECTRÓNICO – VENTANILLA:</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.</li> </ol>

<p>Recibirás el pago de la suma asegurada en caso de ser víctima de un robo, en donde pierdas el dinero retirado de un cajero electrónico o ventanilla de una entidad financiera.  <b>Importante:</b> El robo debe ocurrirle al titular de la tarjeta de crédito, máximo 2 horas siguientes al retiro del dinero.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro.</li> <li>3. Pérdidas del dinero cuando se haya retirado con una tarjeta de crédito diferente a la tuya amparada.</li> <li>4. Pérdidas de dinero que sean retirados por personas distintas a ti, cuando le proporciones tu clave a un tercero o cualquier otra información confidencial.</li> <li>5. Hurto o extravío.</li> <li>6. Actos negligentes que hayas cometido</li> <li>7. Reclamaciones falsas o fraudulentas que hayas efectuado.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Copia simple de la denuncia policial en la que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar en el cual ocurrió el robo.</li> <li>3. Copia del documento de identidad del Asegurado.</li> <li>4. Copia simple del voucher u otro documento emitido por la Entidad del Sistema Financiero donde figure la fecha, hora, monto y lugar del retiro de dinero.</li> </ol>
<p><b>REPOSICIÓN DE DOCUMENTOS:</b>      Recibirás el pago de la suma asegurada en caso de ser víctima de un robo, asalto y/o secuestro y pierdes tus documentos personales.  <b>IMPORTANTE:</b> Te cubrimos los siguientes documentos: D.N.I., carnet de extranjería, pasaporte, licencia de conducir, tarjeta de propiedad del carro.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actos ilegales en los que hayas participado en calidad de autor, cómplice o encubridor.</li> <li>2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro.</li> <li>3. Hurto o extravío.</li> <li>4. Actos negligentes que hayas cometido.</li> <li>5. Reclamaciones falsas o fraudulentas que hayas efectuado.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.</li> <li>2. Copia simple de la denuncia policial en la que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar de ocurrencia.</li> <li>3. Copia del documento de identidad del Asegurado.</li> <li>4. Copia simple de los comprobantes de gastos relacionados directamente con el trámite de expedición del duplicado de los documentos robados.</li> </ol>
<p><b>MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO:</b>      Si falleces a consecuencia directa de un robo, asalto y/o secuestro, tus</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actos delictivos, en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.</li> <li>2. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.</li> </ol>

<p><b>beneficiarios designados o los de ley, recibirán el pago de la suma asegurada. IMPORTANTE: La muerte accidental por robo, asalto y/o secuestro deberá presentarse durante los 90 días siguientes a la ocurrencia de cualquiera de estos eventos.</b></p>	<p>asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego.</p> <p>2. Cuando el Asegurado esté bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes.</p>	<p>3. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios.</p> <p>4. Copia simple de Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.</p> <p>5. Copia simple del Informe, Parte o Atestado Policial en caso corresponda.</p> <p>6. Copia del documento de identidad del Asegurado.</p>
<p><b>RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE UN ROBO, ASALTO Y/O SECUESTRO:</b>      Recibirás el pago de la suma asegurada si dentro de la vigencia de este seguro eres internado en una clínica u hospital, como consecuencia de un robo, asalto y/ secuestro. <b>IMPORTANTE:</b> Solo se pagará una renta diaria por hospitalización hasta completar treinta (30) días. El periodo de hospitalización debe ser superior a 24 horas.</p>	<p>1. Actos delictivos en los que participe directa o indirectamente el Asegurado; actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego.</p> <p>2. Cuando el Asegurado esté bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes.</p>	<p>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.</p> <p>2. Copia simple de la historia clínica o epicrisis en la cual se evidencie los días de hospitalización y la causa de la misma.</p> <p>3. Copia simple de la denuncia policial en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar de ocurrencia.</p> <p>4. Copia simple del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso de haberse realizado.</p> <p>5. Copia del documento de identidad del Asegurado.</p>
<p><b>COMPRA PROTEGIDA POR ROBO:</b>      Recibirás el pago del valor de tu compra realizada con la tarjeta hasta el límite asegurado en los siguientes casos: (i)Pierdas el bien y seas víctima de un robo; en este caso la cobertura estará vigente hasta</p>	<p>1. Actos ilegales en los que hayas participado.</p> <p>2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro.</p> <p>3. Hurto o extravío.</p> <p>4. Actos negligentes.</p> <p>5. Reclamaciones falsas o fraudulentas.</p>	<p>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.</p> <p>2. Copia simple de la denuncia policial en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar en el cual ocurrió el robo.</p> <p>3. Copia simple del documento que sustente la compra realizada con la tarjeta.</p>

<p>máximo cuarenta y ocho (48) horas después de su compra. <b>IMPORTANTE:</b> Para bienes adquiridos por medios electrónicos, la cobertura aplicará a partir del envío del bien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<p>Quedan excluidos de esta cobertura los siguientes artículos:</p> <p>Ipods, teléfonos celulares, agendas electrónicas. Joyas, relojes, piedras preciosas. Obras de arte, Mascotas y plantas. Vehículos motorizados. Artículos de segunda, dinero. Artículos consumibles como bebidas y perecederos.</p>	<p>4. Copia del documento de identidad del Asegurado.</p>
<p><b>ENFERMEDADES GRAVES</b></p> <p>El pago de la suma asegurada, si dentro de la vigencia del seguro, eres diagnosticado por primera vez con algunas de las siguientes enfermedades graves o si te es practicado alguno de los siguientes procedimientos: (i) Cáncer maligno. (ii) Infarto agudo del miocardio (Infarto al corazón). (iii) Accidente cerebrovascular isquémico y/o hemorrágico (derrame cerebral). (iv) Insuficiencia Renal crónica total e irreversible de uno o ambos riñones que implique tratamiento asociado a hemodiálisis y/o diálisis peritoneal. (v) Esclerosis múltiple. (vi) Cirugía de angioplastia coronaria o revascularización cardíaca. (vii) Trasplante de cualquiera de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas. Estas cubierto si el diagnóstico de la enfermedad o el procedimiento ocurren a partir del día 91 desde el inicio de vigencia de este seguro.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si ha sido diagnosticado por estas enfermedades antes de ingresar al seguro.</li> <li>2. En caso de cáncer maligno: Cáncer de piel no melanoma.</li> <li>3. Policitemia, Trombocitemi a Rubra Vera</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de declaración de Siniestro proporcionado por la Compañía.</li> <li>2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.</li> <li>3. Copia simple de la Historia clínica.</li> <li>4. Copia simple del Informe o Certificado que contenga el diagnóstico de la enfermedad y estudios que prueben el diagnóstico.</li> <li>5. En caso de cáncer, adicionalmente, los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.</li> </ol>

<p><b>INCAPACIDAD TEMPORAL:</b>                  Recibirás el pago de la suma asegurada, si quedas incapacitado(a) temporalmente por Accidente y/o Enfermedad. El pago de la suma asegurada se realizará a partir del día 15 de incapacidad y equivaldrá a un número de cuotas, de acuerdo con la siguiente tabla.</p> <table border="1" data-bbox="124 573 472 728"> <tr> <td>DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS</td> <td>NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR</td> </tr> <tr> <td>15 DÍAS</td> <td>Un solo pago de 1 cuotas</td> </tr> </table> <p>Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día 31 desde el inicio de vigencia de este seguro. Si sufre una recaída o una nueva incapacidad superior o adicional a la primera incapacidad, dentro de los primeros 90 días de esta, se consideran cubiertas dentro del periodo de la primera</p>	DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR	15 DÍAS	Un solo pago de 1 cuotas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Licencia de maternidad o paternidad.</li> <li>2. Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental</li> <li>3. Enfermedades preexistentes.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.</li> <li>2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.</li> <li>3. Copia simple del Certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal y días de incapacidad emitido por el médico tratante.</li> <li>4. Copia simple de la Historia clínica.</li> </ol>
DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR					
15 DÍAS	Un solo pago de 1 cuotas					
<p><b>FRAUDE POR INTERNET:</b>                  Recibirás el pago de la suma asegurada si una persona no autorizada por ti realiza compras fraudulentas vía Internet mediante el uso indebido de tu(s) Tarjetas(s).  <b>IMPORTANTE:</b>                  Deberás notificar a la entidad financiera de manera inmediata una vez identifiques la compra fraudulenta Tus Tarjetas estarán protegidas hasta dentro de los noventa (90) días anteriores a la fecha en que realizaste esta notificación</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actos ilegales</li> <li>2. Pérdidas en las que hayas sido indemnizado a través de otras pólizas de seguro.</li> <li>3. Actos negligentes.</li> <li>4. Reclamaciones falsas fraudulentas</li> <li>5. Clonación de tu(s) Tarjetas(s) asegurada(s).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.</li> <li>2. Copia simple de la denuncia policial en la que conste la descripción de los hechos, el día y la hora de las compras fraudulentas vía Internet.</li> <li>3. Copia simple del Estado de cuenta de la tarjeta.</li> <li>4. Copia del documento de identidad del Asegurado.</li> </ol>				

PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA (SOLICITUD DE COBERTURA)		
1	2	3
Complete los documentos	Remita la documentación por los siguientes medios: A través de las oficinas de la Compañía y oficinas del Contratante. Para declarar o conocer el estado de un siniestro, escribanos a la línea de atención de WhatsApp 977470521.	Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.
Plazo: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro, de manera presencial, telefónica, por escrito o medio electrónico a través de la central de servicio al cliente (SAC) de la compañía de seguros o directamente con el contratante.		

## TERRITORIALIDAD: Nacional

## DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

**Usted podrá dejar sin efecto la contratación del seguro, dentro del plazo de quince (15) días calendarios de recibir la Solicitud-Certificado y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios previstos para la celebración del seguro, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima pagada, dentro de los 30 días calendario de ejercido el derecho de arrepentimiento**

**IMPORTANTE: Este derecho no aplica cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura o beneficios.**

## MODIFICACION 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 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.**

## INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Usted podrá acudir a:

- Defensoría del Asegurado (siempre que el monto del reclamo no exceda la suma de US\$ 50,000.00) Dirección: Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - Edificio Nacional, San Isidro/Teléfono: 421-0614/Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / <http://www.defaseg.com.pe>
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI ([www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

## INFORMACION 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.

#### INFORMACION ADICIONAL

- El Asegurado y/o Beneficiario podrá presentar sus consultas o reclamos derivados del seguro, a través de los siguientes medios: Teléfono: 615-5717 / correo electrónico: [atenciondeseguros@cardif.com.pe](mailto:atenciondeseguros@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.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>
- BNP Paribas Cardif pone 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 o cualquier cambio de los mismos, visite nuestra página web [www.bnpparibascardif.com.pe](http://www.bnpparibascardif.com.pe).