

**SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO**

Nro de Póliza: 7420200167	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 380. Piso 11. San Isidro	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	

**DATOS DEL CONTRATANTE**

CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO CENCOSUD SCOTIA PERU S.A	RUC: 20543166660	Teléfono: (01) 610-7900
Dirección: Av. Benavides N°1555, Piso 10	Web: www.tarjetacencosud.pe	

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

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

Nombres:		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
DNI/CE:		Fecha Nacimiento:		Sexo:	
Dirección del Asegurado:		Teléfono:			
Correo Electrónico:					
Distrito:		Provincia:		Departamento:	
Nacionalidad:		Relación con el Contratante: Cliente titular del crédito			

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

**PRIMA / PLANES**

**TASA CLIENTES**

Prima Comercial	5.99% (*)
Prima Comercial más IGV	5.99% (*)

(\*)No incluye interés moratorio u otros gastos adicionales. Aplicable al promedio de los saldos deudores diarios de la tarjeta del Asegurado. Aplica un tope máximo de S/ 13.90 mensuales por tarjeta de crédito.

**EL CLIENTE DECLARA CON SU FIRMA O HUELLA, HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD – CERTIFICADO ENTREGADO POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE SIETE (7) PÁGINAS.**

ASEGURADO

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

## CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la firma o huella 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 SA 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.

\_\_\_\_\_

**ASEGURADO**

## BENEFICIARIO DEL SEGURO: El contratante

COBERTURAS PRINCIPALES	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
<b>Suma Asegurada</b>	<p>Saldo insoluto de la Tarjeta de Crédito al momento del fallecimiento del asegurado hasta s/100,000</p> <p>Saldo insoluto de Efectivo Cencosud al momento del fallecimiento del asegurado hasta S/ 60,000.</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/ 60,000.</p> <p>Se entiende por saldo insoluto el monto adeudado sin considerar intereses ni moras ni otros gastos.</p>	<p>Saldo insoluto de la Tarjeta de 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 del asegurado. Hasta S/100,000.00.</p> <p>Saldo insoluto de Efectivo Cencosud 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 del asegurado, hasta S/60,000. 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/ 60,000.</p> <p>Se entiende por saldo insoluto el monto adeudado sin considerar intereses ni moras ni otros gastos.</p>
<b>Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura )</b>	No aplica	No aplica
<b>Deducible</b>	No aplica	No aplica

<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>	Mensual (*)
<b>Inicio de Vigencia</b>	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.
<b>Fin de Vigencia</b>	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, 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, Solicitud-Certificado 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 deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios.

<b>RENOVACIÓN DE LA POLIZA</b>	Mensual (*)
<b>Renovación automática</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE:	MONTO / PORCENTAJE
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros	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	No aplica

<b>Lugar de Pago</b>	Oficinas del Contratante
<b>Forma y Plazo de Pago</b>	Con cargo a la tarjeta de crédito. <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>

## DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento. 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 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, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas. Autorizo 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.

COBERTURAS PRINCIPALES	EXCLUSIONES	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS
<p><b>1. FALLECIMIENTO</b> La Compañía pagará al Beneficiario de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en el Certificado, si el Asegurado fallece por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. En el caso de fallecimiento por Accidente la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.</p>	<p>1. En caso de Fallecimiento: 1.1. Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades 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.</p>	<p><b>Para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural y accidente</b></p> <p>1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.</p> <p>2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.</p> <p>3. Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.</p>

COBERTURAS PRINCIPALES	EXCLUSIONES	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS
<p><b>2. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE</b></p> <p>La Compañía pagará al Beneficiario, la Suma Asegurada señalada en el 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 invalidez sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.</p>		<p><b>Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad y accidente</b></p> <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. 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).</li> </ol>

### CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA

1. Teléfono: (01)615-5717
2. Correo electrónico: [atenciondeseguros@cardif.com.pe](mailto:atenciondeseguros@cardif.com.pe)
3. Oficinas del Contratante y Sede Administrativa de La Compañía

### TERRITORIALIDAD

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

## 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 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.

## 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.
- El Asegurado y/o Beneficiario podrá presentar sus consultas o reclamos derivados del seguro, a través de los siguientes medios: Teléfono: 615-1700/ correo electrónico: [servicioalcliente@cardif.com.pe](mailto:servicioalcliente@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.

## INFORMACION ADICIONAL

- 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.
- El contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.