

SOLICITUD – CERTIFICADO DEL SEGURO DESGRAVAMEN TOTAL MAF

Nro de Póliza Soles: 7445190130	Código SBS: VI2087400078 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	Nro. Solicitud – Certificado:	Fecha de Emisión:
Nro de Póliza Dólares: 7445190231			

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

MITSUI AUTO FINANCE PERU S.A.	RUC: 20375361991	Teléfono: (01) 630 – 8500	Web: www.mafperu.com
Dirección: Av. Juan de Arona Nro. 151 Int. 201 (Edificio Centro Empresarial Juan de Arona) – San Isidro – Lima – Lima			

DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS: No aplica
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

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

DATOS DEL CONYUGE DEL ASEGURADO TITULAR (Llenar solo en caso de Credito Mancomunado)

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

EDAD: Mínima de ingreso: 18 años / Máxima de ingreso: 75 años y 364 días / Máxima de Permanencia: 79 años y 364 días

COBERTURAS PRINCIPALES	SUMA ASEGURADA	CONDICIONES DEL SEGURO
Fallecimiento	Saldo deudor del crédito al momento del Fallecimiento o a la fecha de ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente determinada por la autoridad competente a través del Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez, hasta un monto máximo de 80,000 USD o su equivalente en moneda nacional, por el total de créditos asegurados que pueda tener un mismo asegurado titular.	Período de Carencia: No aplica Deducible: No aplica
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente		

BENEFICIARIO DEL SEGURO: El contratante

PLANES (Según cronograma inicial del crédito)	Hasta 12 meses	Hasta 24 meses	Hasta 25 meses	Hasta 36 meses	Hasta 37 meses	Hasta 48 meses
Credito Individual – Prima Comercial * (No gravado con IGV)	0.6160%	1.3090%	1.3635%	2.0350%	2.0915%	2.3650%
Credito Mancomunado – Prima Comercial * (No gravado con IGV)	1.1087%	2.3560%	2.4542%	3.6628%	3.7645%	4.2567%
PLANES (Según cronograma inicial del crédito)	Hasta 49 meses	Hasta 60 meses	Hasta 72 meses			
Credito Individual – Prima Comercial * (No gravado con IGV)	2.4143%	2.8600%	3.4320%			
Credito Mancomunado – Prima Comercial * (No gravado con IGV)	4.3454%	5.1477%	6.1772%			

(*) Tasa aplicada sobre capital inicial del crédito

En caso de reprogramaciones aplican las siguientes tasas adicionales a las anteriores presentadas:

PLANES (Según cronograma inicial del crédito)	Hasta 84 meses	Hasta 96 meses	Hasta 108 meses
Credito Individual – Prima Comercial * (No gravado con IGV)	4.654%	5.851%	6.582%
Credito Mancomunado – Prima Comercial * (No gravado con IGV)	8.378%	10.533%	11.849%

(*) Tasa aplicada sobre capital inicial del crédito

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD – CERTIFICADO ENTREGADO POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE SIETE (7) PÁGINAS.



ASEGURADO
TITULAR

CONYUGE
DEL ASEGURADO TITULAR

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

DESCRIPCIÓN GENERAL	MONTO
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	No aplica

DEFINICIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Saldo deudor: Capital que el asegurado adeuda a la entidad financiera y que la Compañía garantiza pagar de ocurrir un siniestro amparado por la Póliza. No incluye intereses compensatorios, moratorios, ni portes ni comisiones ni otros gastos.

VIGENCIA	Mensual con renovación automática, mientras el contrato del crédito objeto de la cobertura se encuentre vigente (*).
Inicio de Vigencia	Desde la suscripción de la solicitud y desembolso del crédito(**)
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.

(**) La Solicitud – Certificado iniciará vigencia a las 12.00 horas de la aceptación de la misma y desembolso del crédito. Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un Siniestro entre el período de la aceptación de la Solicitud y el pago de la primera prima, la Compañía cubrirá el pago del Siniestro, devengándose la prima debida.

RENOVACIÓN: No aplica	GASTOS ADMINISTRATIVOS: No aplica
BONIFICACIONES / PREMIOS / BENEFICIOS: No aplica	

LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA		
Lugar: Oficinas del Contratante	Forma: Pago único con cargo al Crédito	
Fecha: En la fecha de desembolso del Crédito	Interés Moratorio: No aplica	Periodo de Gracia: No Aplica

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO: Cancelación del saldo deudor del crédito en caso de siniestro

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES
<p>1. Fallecimiento Cubre el fallecimiento 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.</p> <p>2. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente Cubre la Invalidez Total y Permanente por 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. 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.</p>

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES
FALLECIMIENTO:

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

1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.
2. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.
3. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr / lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr / lt por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.
4. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
5. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el HIV, SCRS o SIDA.
6. Viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas los Vehículos de carga.
7. 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.
8. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
9. Pena de Muerte; fallecimiento a consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado; peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; así como participación activa en actos notoriamente peligrosos huelgas, motín, conmoción civil contra el orden público dentro o fuera del país, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos y terrorismo. La legítima defensa no requerirá ser acreditada de manera judicial.
10. Fallecimiento del asegurado en ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo, agente de seguridad.
11. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, y deportes a caballo
12. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
13. Accidente de trabajo o Enfermedad profesional para los trabajadores de empresas que realizan las actividades descritas en el Anexo 5 del Decreto Supremo N° 009 – 97 – SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y/o normas modificatorias o sustitutorias.
14. Accidente provocado dolosamente por el Contratante y/o Beneficiario; acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más Beneficiarios.
15. Accidentes provocados por el Asegurado en vehículos motorizados conducidos por éste sin contar con la licencia correspondiente o en Accidente vehicular no reportado a las autoridades competentes.
16. Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
17. Manipulación de explosivos o armas de fuego efectuada directamente por el Asegurado.
18. Enfermedades o lesiones por abuso de alcohol o de drogas.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

Adicionalmente a las exclusiones previstas para el caso de Fallecimiento, no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

1. Lesiones autoinfligidas causadas intencionalmente por el Asegurado, estando en su sano juicio o no, o por terceros con el consentimiento del Asegurado.
2. Hernias y sus consecuencias.
3. A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátrico o psicológico, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol.

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 Clausula 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. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado.
 - e. Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado en caso de fallecimiento por enfermedad
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 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.
 - b. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso 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. Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, en caso de invalidez por enfermedad.
 - d. 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 / certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Informe Policial o Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
 - b. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso 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 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. 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 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.
5. 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.

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 esta Solicitud-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 esta Solicitud – Certificado.
4. Por fallecimiento del Asegurado.
5. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado.
6. La cancelación del préstamo.

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.

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:

CONTRATANTE: En la oficina principal de Mitsui Auto Finance Perú S.A. ubicada en Av. Juan de Arona Nro. 151 Int. 201 (Edificio Centro Empresarial Juan de Arona) – San Isidro – Lima – Lima / Central Telefónica (01) 630 – 8500.

COMPAÑÍA DE SEGUROS:

1. La central telefónica de la Compañía: (01) 615 – 5716 /
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 el Servicio de Atención al Ciudadano 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.

IMPORTANTE

- La Póliza de Seguro de Grupo N° 7445190130 / 7445190231 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.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace:
<http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>, para consultas contactarse al 615-5719

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.
- 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. 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 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.



- 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, 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.

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 en este documento 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 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. y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

ASEGURADO