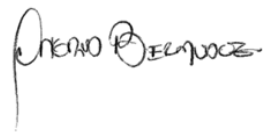


SOLICITUD-CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN VEHICULAR CLIENTES			
Nro de Póliza Soles: 7445220101 Nro de Póliza Dólares: 7445220201	Código SBS: VI2087400091 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	N° Solicitud -Certificado:	Fecha de Emisión:
DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros			
RUC: 20513328819	Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: (01) 615 – 5716
DATOS DEL CONTRATANTE: MITSUI AUTO FINANCE PERU S.A.			
RUC: 20375361991	Dirección: Av. Juan de Arona Nro. 151 Int. 201 (Edificio Centro Empresarial Juan de Arona) – San Isidro – Lima – Lima	Web: www.mafperu.com	Teléfono: (01) 630 – 8500
DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica			
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR			
Nombres:		Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI / CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
Dirección del Asegurado:		Correo Electrónico:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente titular del crédito		
DATOS DEL CONYUGE DEL ASEGURADO TITULAR (Llenar solo en caso de Credito Mancomunado)			
Nombres:		Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI / CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
Dirección del Asegurado:		Correo Electrónico:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente titular del crédito		
EDAD		ASEGURADO	
Edad Mínima de Ingreso:		18 años	
Edad Máxima de Ingreso:		75 años y 364 días	
Edad Máxima de Permanencia: Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura		79 años y 364 días	
PRIMA / PLANES		Tasa Clientes	
Credito Individual		<input type="checkbox"/> 0.20% (*)	
Credito Mancomunado		<input type="checkbox"/> 0.40% (*)	
(*) Tasa mensual aplicada sobre el saldo insoluto			
BENEFICIARIO DEL SEGURO: El contratante			
COBERTURAS PRINCIPALES	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	
Suma Asegurada	Saldo deudor del crédito al momento del Fallecimiento 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. La suma asegurada no incluye intereses moratorios y gastos adicionales	Saldo deudor del crédito al momento de 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. La suma asegurada no incluye intereses moratorios y gastos adicionales	
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura)	No aplica	No aplica	
Deducible	No aplica	No aplica	

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD – CERTIFICADO ENTREGADO POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE CINCO (5) PÁGINAS.



ASEGURADO TITULAR

CONYUGE DEL ASEGURADO
TITULAR

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 ofrecermelos 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

VIGENCIA DE LA POLIZA: Mensual (* Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea Mensual.	Inicio de Vigencia: Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado. La cobertura se activa en la medida que exista saldo deudor.	Fin de Vigencia: Último día de vigencia o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia o se verifique cualquiera de las causales de terminación del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.
RENOVACIÓN DE LA POLIZA : Mensual	Renovación automática SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE:	Clientes	Taxistas
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros	No aplica	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	No aplica	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	No aplica	No aplica

PLANES	Clientes	Taxistas
Lugar de Pago	Oficinas del Contratante	
Forma y Plazo de Pago	La prima se cargará mensualmente en la facturación del Crédito, de acuerdo al plazo establecido en el cronograma correspondiente. 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.	

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. 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.
- 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.

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>1. FALLECIMIENTO</p> <p>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.</p> <p>En el caso de fallecimiento por Accidente la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.</p> <p>2. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE</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.</p> <p>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>Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia. 2. 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 haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el mismo. 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. 3. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro. 4. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA. 5. Viajes en algún medio de transporte no aptos para el transporte de personas como el servicio de transporte aéreo no regular, que es 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. 	<p>Para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. 2. Copia simple de la Historia Clínica. <p>Para la Cobertura de Fallecimiento por Accidente</p> <p>Adicionalmente a los documentos antes indicados para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural, en caso de Fallecimiento a consecuencia de un Accidente, deberán presentarse los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, según corresponda. 4. Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda. <p>Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Copia simple de la Historia Clínica. 2. 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

	<p>6. 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>7. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; 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.</p> <p>8. 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.</p> <p>9. 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, concursos hípicas, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.</p>	<p>el Dictamen de Invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia).</p> <p>Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente</p> <p>Adicionalmente a los documentos antes indicados para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad deberán presentarse los siguientes documentos:</p> <p>3. Copia simple del Informe Policial, Parte Policial o Atestado Policial, según corresponda.</p> <p>4. Copia simple del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.</p>
--	---	---

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:

1. Teléfono: 615-5716
2. Correo electrónico: 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.

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.

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: 615-5716 / correo electrónico: servicioalcliente@cardif.com.pe / Página web: 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.
- 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>.