

SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO VIDA SEGURA

N° Póliza: 72342401121	Código SBS: VI2087200101	Moneda: Soles	N° Solicitud - Certificado:	Fecha de Emisión:
Datos de la compañía: BNP PARIBAS CARDIF S.A			Datos del contratante/comercializador: FINANCIERA CONFIANZA S.A.A.	
RUC: 20513328819			RUC: 20228319768	
Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro			Dirección: Calle Las Begonias N° 441, Of 238C. San Isidro - Lima	
Web: www.bnpparibascardif.com.pe			Teléfono: (01) 615 5714	Web: www.confianza.pe
			Web: www.confianza.pe	Teléfono: (01) 208 - 9000

Datos del Asegurado				
Nombre:	Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
DNI / CE / CPP :	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:	
Dirección del Asegurado:				
Departamento:		Provincia:	Distrito:	
Nacionalidad:	Correo Electrónico:		Relación con el contratante: Cliente.	

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		
Descripción del interés asegurado:		Pagar la suma asegurada en caso de siniestro.


PLAN:	PLAN MENSUAL <input type="checkbox"/>	PLAN TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	PLAN SEMESTRAL <input checked="" type="checkbox"/>	PLAN ANUAL <input type="checkbox"/>	PLAN ÚNICO <input type="checkbox"/>
BENEFICIARIOS: Para la cobertura de Fallecimiento y Muerte Accidental: Los declarados por el asegurado o en su defecto los herederos legales del asegurado.					
Nombres	Apellidos	Tipo de documento (DNI/CE/ CPP)	Nro Documento	Relación con el Asegurado	Porcentaje
1.					
2.					
Nota: En caso no se designe Beneficiarios se considerará a los Herederos Legales del asegurado como tales.					

Consentimiento tratamiento adicional de datos personales	
Solicito y autorizo de manera voluntaria que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones Autorizaciones, la Compañía use mis datos personales para enviarme 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. para los propósitos antes señalados.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

INTERVENCIÓN DE TESTIGO A RUEGO (SOLO EN CASO DE ILETRADOS O IMPEDIDOS DE FIRMAR):
Yo _____ identificado con DNI N° _____ intervengo en el presente documento, a solicitud de **EL ASEGURADO**, quien manifiesta ser iletrado y/o encontrarse impedido de suscribir documentos mediante la utilización de firma autógrafa o manuscrita, por lo que, en calidad de **TESTIGO A RUEGO**, con mi firma, dejo constancia y doy fe que he dado lectura a **EL ASEGURADO** del contenido de este documento, que consta de dos (2) páginas. Asimismo, declaro que **EL ASEGURADO** ha sido debidamente informado de todos los términos y condiciones de seguro Vida Segura; y que todas sus dudas y consultas han sido absueltas. En tal sentido, en señal de comprensión, conformidad y aceptación de todos los términos y condiciones contractuales, **EL ASEGURADO** imprime su huella en el presente documento.

Instrucción del Asegurado (opcional)
EL ASEGURADO instruye a Financiera Confianza (en adelante La Financiera) a:
1. En el caso del Plan Pago Único, cargar y descontar del desembolso del crédito N° _____ otorgado por La Financiera la suma de S/. _____ correspondiente a la prima única y entregar dicho monto a la empresa BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (La Aseguradora). **EL ASEGURADO** declara que tiene conocimiento que puede en cualquier momento dejar sin efecto la contratación del seguro comunicando por escrito su decisión a La Financiera y/o La Aseguradora según las condiciones establecidas en la póliza, en cuyo caso, se liquidarán a su favor las primas por los meses de cobertura no devengados; o
2. En el caso del Plan Pago Mensual, Plan Pago Trimestral, Plan Pago Semestral o Plan Pago Anual cargar contra la Cuenta de Ahorro en Nuevos Soles N° _____ que mantiene en La Financiera, la suma de S/. _____ por concepto de prima del seguro contratado con BNP PARIBAS CARDIF S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (La Aseguradora). **EL ASEGURADO** declara que tiene conocimiento que puede en cualquier momento dejar sin efecto la presente instrucción, comunicando por escrito su decisión a la Financiera. Asimismo, **EL ASEGURADO** declara que en caso no cuente con saldo en la cuenta de ahorros antes indicada, la Financiera no se encuentra obligada al pago de la prima, por lo que la responsabilidad de la pérdida de la cobertura del seguro es de cuenta de **EL ASEGURADO**.

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO

_____ **ASEGURADO** _____ **TESTIGO A RUEGO**  **BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS**

cadena - CDF- 2374 V1 MOD 30/07/2024

SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO VIDA SEGURA

N° Póliza: 72342401121	Código SBS: VI2087200101	Moneda: Soles	N° Solicitud - Certificado:	Fecha de Emisión:
Datos de la compañía: BNP PARIBAS CARDIF S.A			Datos del contratante/comercializador: FINANCIERA CONFIANZA S.A.A.	
RUC: 20513328819			RUC: 20228319768	
Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro			Dirección: Calle Las Begonias N° 441, Of 238C. San Isidro - Lima	
Web: www.bnpparibascardif.com.pe			Web: www.confianza.pe	
Teléfono: (01) 615 5714			Teléfono: (01) 212-6100	

Datos del Asegurado				
Nombre:	Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
DNI / CE / CPP :	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:	
Dirección del Asegurado:				
Departamento:		Provincia:	Distrito:	
Nacionalidad:	Correo Electrónico:		Relación con el contratante: Cliente.	

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		
Descripción del interés asegurado:		Pagar la suma asegurada en caso de siniestro.

PLAN:	PLAN MENSUAL <input type="checkbox"/>	PLAN TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	PLAN SEMESTRAL <input checked="" type="checkbox"/>	PLAN ANUAL <input type="checkbox"/>	PLAN ÚNICO <input type="checkbox"/>
BENEFICIARIOS: Para la cobertura de Fallecimiento y Muerte Accidental: Los declarados por el asegurado o en su defecto los herederos legales del asegurado.					
Nombres	Apellidos	Tipo de documento (DNI/CE/ CPP)	Nro Documento	Relación con el Asegurado	Porcentaje
1.					
2.					
Nota: En caso no se designe Beneficiarios se considerará a los Herederos Legales del asegurado como tales.					

Consentimiento tratamiento adicional de datos personales	
Solicito y autorizo de manera voluntaria que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones Autorizaciones, la Compañía use mis datos personales para enviarme 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. para los propósitos antes señalados.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

INTERVENCIÓN DE TESTIGO A RUEGO (SOLO EN CASO DE ILETRADOS O IMPEDIDOS DE FIRMAR):
 Yo _____ identificado con DNI N° _____ intervengo en el presente documento, a solicitud de **EL ASEGURADO**, quien manifiesta ser iletrado y/o encontrarse impedido de suscribir documentos mediante la utilización de firma autógrafa o manuscrita, por lo que, en calidad de **TESTIGO A RUEGO**, con mi firma, dejo constancia y doy fe que he dado lectura a **EL ASEGURADO** del contenido de este documento, que consta de dos (2) páginas. Asimismo, declaro que **EL ASEGURADO** ha sido debidamente informado de todos los términos y condiciones de seguro Vida Segura; y que todas sus dudas y consultas han sido absueltas. En tal sentido, en señal de comprensión, conformidad y aceptación de todos los términos y condiciones contractuales, **EL ASEGURADO** imprime su huella en el presente documento.

Instrucción del Asegurado (opcional)
EL ASEGURADO instruye a Financiera Confianza (en adelante La Financiera) a:
 1. En el caso del Plan Pago Único, cargar y descontar del desembolso del crédito N° _____ otorgado por La Financiera la suma de S/ _____ correspondiente a la prima única y entregar dicho monto a la empresa BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (La Aseguradora). **EL ASEGURADO** declara que tiene conocimiento que puede en cualquier momento dejar sin efecto la contratación del seguro comunicando por escrito su decisión a La Financiera y/o La Aseguradora según las condiciones establecidas en la póliza, en cuyo caso, se liquidarán a su favor las primas por los meses de cobertura no devengados; o
 2. En el caso del Plan Pago Mensual, Plan Pago Trimestral, Plan Pago Semestral o Plan Pago Anual cargar contra la Cuenta de Ahorro en Nuevos Soles N° _____ que mantiene en La Financiera, la suma de S/ _____ por concepto de prima del seguro contratado con BNP PARIBAS CARDIF S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (La Aseguradora). **EL ASEGURADO** declara que tiene conocimiento que puede en cualquier momento dejar sin efecto la presente instrucción, comunicando por escrito su decisión a la Financiera. Asimismo, **EL ASEGURADO** declara que en caso no cuente con saldo en la cuenta de ahorros antes indicada, la Financiera no se encuentra obligada al pago de la prima, por lo que la responsabilidad de la pérdida de la cobertura del seguro es de cuenta de **EL ASEGURADO**.

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO

_____ **ASEGURADO** _____ **TESTIGO A RUEGO** **BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS**

cadena - CDF- 2374 V1 MOD 30/07/2024

Vigencia:	Mensual, trimestral, semestral, anual o por el plazo del cronograma original del préstamo(para el plan único) según el plan contratado.	Renovación: Automática según el plan contratado. No aplica para el plan único	Inicio de vigencia: Desde la emisión de la Solicitud Certificado y aceptación del asegurado.		
Fin de vigencia: Fecha en que se verifique cualquiera de las causales de resolución o terminación del Contrato de Seguro lo que ocurra primero o en el caso del plan único fecha de fin de vigencia del cronograma original del crédito.					
Prima	Plan mensual	Plan trimestral	Plan semestral	Plan anual	Plan único
Prima comercial (No aplica IGV)	S/ 5.50	S/ 16.00	S/ 31.00	S/ 55.00	S/ 5.50 por el número de meses según el cronograma original del crédito
Forma y Plazo de Pago	El pago de la prima se realiza de manera mensual, trimestral, semestral o anual según el plan contratado con cargo en la cuenta de ahorros del asegurado hasta el fin de la vigencia. La prima única se cargará en el crédito al momento de la contratación. 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.				
Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros					32% de la prima comercial

	Cobertura: ¿Qué cubrimos?	Exclusiones: ¿Qué NO cubrimos?
Cobertura Principales	Fallecimiento El fallecimiento del Asegurado por cualquier causa. <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: S/ 13,000 Período de carencia: 90 días calendarios. Territorialidad: Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional e internacional. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Enfermedades preexistentes. 2 Suicidio durante los primeros 24 meses de vigencia del seguro. 3 Reacción o radiación nuclear.
	Invalidez Total y Permanente por Accidente La Invalidez Total y Permanente del Asegurado por Accidente que presente una pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo reconocida por las entidades competentes y que se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente. <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: S/ 15,000 Beneficiario: Asegurado. Territorialidad: Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional e internacional. 	
Cobertura Adicionales	Muerte Accidental El fallecimiento del Asegurado por accidente <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: S/ 22,000 Territorialidad: Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional e internacional. 	Aplican las exclusiones 1 y 3 y adicionalmente: <ol style="list-style-type: none"> 4 Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.
	Reembolso de Gastos Médicos Por Accidente Reembolso de los gastos médicos del Asegurado como consecuencia de un Accidente <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: Monto pagado por gastos médicos hasta S/800 por evento y con un máximo anual de S/ 2,400. Número máximo de eventos: 3 eventos al año. Beneficiario: Asegurado. Territorialidad: Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional. 	

Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura / consultas o reclamos:	¿Qué documentos debes presentar?
Teléfono: (01) 615-5714	Escanea con tu celular el QR, contacta los canales indicados o ingresa al link http://segur.pe/seguro78071 :
Whatsapp: 970 605 018 (solo para atenciones de solicitud de cobertura)	
Oficinas del Contratante y de la Compañía	
Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe	



Solución de controversias
 Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato de seguro. Adicionalmente podrá presentar sus denuncias o reclamos ante: La Defensoría del Asegurado/ Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI/ Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Declaraciones y autorizaciones

- Autorizo a la Compañía y a FINANCIERA CONFIANZA S.A.A. para que a través del WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, como correo electrónico o mensajes de textos, me contacten para suministrar información o gestionar algún proceso relacionado con el seguro.
- Autorizo al Contratante a cargar la prima del seguro en cualquiera de las cuentas donde mantenga saldo acreedor.
- 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 y 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, las mismas que me han sido explicadas en detalle; así como declaro conocer el mecanismo y canales disponibles para consultarlas: Link: <http://segur.pe/seguro78072> y/o escanea el QR con tu celular para obtener toda la información sobre las Cláusulas Generales de Contratación.



Información adicional

- El Asegurado puede solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud. El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. La resolución operará de manera automática desde que la Compañía reciba el aviso.
- La Compañía podrá modificar las condiciones del seguro durante su vigencia previa aceptación por escrito del Contratante. 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 banca seguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero. Los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía. Las comunicaciones cursadas por el 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. Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio, correo electrónico y/o celular del Asegurado. Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a disposición en: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.
- Este seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales.
- Ponemos a su disposición 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 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



Vigencia:	Mensual, trimestral, semestral, anual o por el plazo del cronograma original del préstamo(para el plan único) según el plan contratado.	Renovación: Automática según el plan contratado. No aplica para el plan único	Inicio de vigencia: Desde la emisión de la Solicitud Certificado y aceptación del asegurado.		
Fin de vigencia: Fecha en que se verifique cualquiera de las causales de resolución o terminación del Contrato de Seguro lo que ocurra primero o en el caso del plan único fecha de fin de vigencia del cronograma original del crédito.					
Prima	Plan mensual	Plan trimestral	Plan semestral	Plan anual	Plan único
Prima comercial (No aplica IGV)	S/ 5.50	S/ 16.00	S/ 31.00	S/ 55.00	S/ 5.50 por el número de meses según el cronograma original del crédito
Forma y Plazo de Pago	El pago de la prima se realiza de manera mensual, trimestral, semestral o anual según el plan contratado con cargo en la cuenta de ahorros del asegurado hasta el fin de la vigencia. La prima única se cargará en el crédito al momento de la contratación. 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.				
Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros					32% de la prima comercial

	Cobertura: ¿Qué cubrimos?	Exclusiones: ¿Qué NO cubrimos?
Cobertura Principales	Fallecimiento El fallecimiento del Asegurado por cualquier causa. <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: S/ 13,000 Período de carencia: 90 días calendarios. Territorialidad: Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional e internacional. 	<ol style="list-style-type: none"> Enfermedades preexistentes. Suicidio durante los primeros 24 meses de vigencia del seguro. Reacción o radiación nuclear.
	Invalidez Total y Permanente por Accidente La Invalidez Total y Permanente del Asegurado por Accidente que presente una pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo reconocida por las entidades competentes y que se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente. <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: S/ 15,000 Beneficiario: Asegurado. Territorialidad: Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional e internacional. 	Aplican las exclusiones 1 y 3 y adicionalmente: <ol style="list-style-type: none"> Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.
Cobertura Adicionales	Muerte Accidental El fallecimiento del Asegurado por accidente <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: S/ 22,000 Territorialidad: Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional e internacional. 	Aplican las exclusiones 3 y 4.
	Reembolso de Gastos Médicos Por Accidente Reembolso de los gastos médicos del Asegurado como consecuencia de un Accidente <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: Monto pagado por gastos médicos hasta S/800 por evento y con un máximo anual de S/ 2,400. Número máximo de eventos: 3 eventos al año. Beneficiario: Asegurado. Territorialidad: Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional. 	Aplican las exclusiones 3, 4 y adicionalmente: <ol style="list-style-type: none"> Atenciones u hospitalizaciones realizadas en centros no reconocidos por el Ministerio de Salud. Accidente provocado dolosamente por el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario.

Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura / consultas o reclamos:	¿Qué documentos debes presentar?
Teléfono: (01) 615-5714	Escanea con tu celular el QR, contacta los canales indicados o ingresa al link http://segur.pe/seguro78071 :
Whatsapp: 970 605 018 (solo para atenciones de solicitud de cobertura)	
Oficinas del Contratante y de la Compañía	
Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe	



Solución de controversias
 Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato de seguro. Adicionalmente podrá presentar sus denuncias o reclamos ante: La Defensoría del Asegurado/ Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI/ Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Declaraciones y autorizaciones

- Autorizo a la Compañía y a FINANCIERA CONFIANZA S.A.A. para que a través del WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, como correo electrónico o mensajes de textos, me contacten para suministrar información o gestionar algún proceso relacionado con el seguro.
- Autorizo al Contratante a cargar la prima del seguro en cualquiera de las cuentas donde mantenga saldo acreedor.
- 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 y 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, las mismas que me han sido explicadas en detalle; así como declaro conocer el mecanismo y canales disponibles para consultarlas: Link: <http://segur.pe/seguro78072> y/o escanea el QR con tu celular para obtener toda la información sobre las Cláusulas Generales de Contratación.



Información adicional

- El Asegurado puede solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud. El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. La resolución operará de manera automática desde que la Compañía reciba el aviso.
- La Compañía podrá modificar las condiciones del seguro durante su vigencia previa aceptación por escrito del Contratante. 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 banca seguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero. Los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía. Las comunicaciones cursadas por el 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. Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio, correo electrónico y/o celular del Asegurado. Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a disposición en: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.
- Este seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales.
- Ponemos a su disposición 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 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

1. RESUMEN:

SERVICIOS	NÚMERO MÁXIMO DE USOS	VALOR MÁXIMO DEL SERVICIO
Orientación Médica Telefónica	Ilimitado	No aplica
Asesorías telefónicas o virtuales	2 eventos por año	No aplica
Cursos Online certificados	2 eventos por año	No aplica
Curso Online grabado (Excel, power point, word y navegación en internet)	2 eventos por año	No aplica
Asistencia Funeraria	1 evento por año	Hasta S/3000

IMPORTANTE:

- Este es un beneficio gratuito que se otorga a los asegurados que contrataron y mantienen vigente el seguro **Vida Segura** emitido por BNP Paribas Cardif Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante, el **AFILIADO TITULAR**).
- Este servicio estará a disposición del **AFILIADO TITULAR**, (en adelante se llamará **EL AFILIADO**) de acuerdo con las condiciones descritas en el presente documento.
- Los servicios que forman parte de estas asistencias no incluyen ningún pago por parte del **AFILIADO**. La contratación de servicios adicionales con el proveedor del servicio que realice el **AFILIADO** serán bajo su exclusiva responsabilidad. La Compañía de Seguros no asumirá responsabilidad o pago alguno por dichos servicios adicionales.

2.DETALLE DE ASISTENCIAS:

2.1 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA:

Servicio de orientación telefónica brindada por médicos generales profesionales, orientada a absolver consultas sobre cualquier molestia que sufriera el AFILIADO. Este servicio no es adecuado para ser usado en situaciones emergencia o donde corra peligro la vida

2.2 ASESORÍAS TELEFÓNICAS O VIRTUALES:

• **Asesoría de Preparación de proyectos**

Servicio de asesoría de la situación, selección y definición del problema, objetivo del proyecto, justificación, planificación de las acciones. Estas asesorías serán a nivel escolar y universitario.

• **Prácticas calificadas**

Clases didácticas, con teoría y ejercicios relacionados al tema a enseñar. Los cursos a dictar se dividen en 2, nivel escolar y universitarios. Los cursos escolares son: Aritmética, Algebra, Geometría, Trigonometría, Física, Química, Raz.

Matemático.

Los cursos universitarios son: Matemática I,II,III,IV, Física I, II y Estática.

2.3 CURSOS ONLINE CERTIFICADOS

• **Marketing digital (38hrs aprox + examen final)**

Curso sobre el manejo de la administración de las redes sociales (tales como Facebook, Instagram y Tiktok)

*Recibirás Certificado de culminación del curso. A nombre de proveedor + a nombre San Ignacio University

• **Productividad Personal (Duración: 40min)**

Se mostrará cómo ser más eficiente utilizando tu tiempo de manera correcta, aplicando técnicas de productividad y organizando tus horarios para disfrutar más de tu día.

Verás temas teóricos, pero también aprenderás a usarlos de manera práctica, con estrategias para incrementar tu productividad no solo en el trabajo, si no en tu vida general.

Al término de la capacitación, tendrás la oportunidad de desarrollar un proyecto de aprendizaje donde demostrarás lo aprendido y notarás los cambios en tu manejo del tiempo.

2.4 CURSO ONLINE GRABADO (EXCEL, POWER POINT, WORD Y NAVEGACIÓN EN INTERNET)

• **Office (Excel, power point, word y navegación en internet) (75 hrs aprox + Examen final)**

Curso sobre las principales operaciones básicas en Excel, power point, Word y Navegación en internet., En este curso adquirirás todos los conocimientos básicos y necesarios para aprender a usar Internet.

*Recibirás Certificado de culminación del curso. A nombre de proveedor, solo EXCEL a nombre San Ignacio University.

2.5 ASISTENCIA FUNERARIA:

En caso de fallecimiento del Asegurado titular se prestarán los servicios de:

- Director Funerario
- Trámites generales
- Preparación teratológica del fallecido
- Traslado, conducción e instalación del servicio
- Ataúd de madera imperial
- Carro porta flores
- Misa de cuerpo presente
- Capilla ardiente
- Carroza
- Referencia de nicho o cremación a nivel nacional.

3.LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS: El proveedor no proporcionará los servicios en los siguientes casos:

- ✓ Cuando el **AFILIADO** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- ✓ Cuando el **AFILIADO** no se identifique como **AFILIADO TITULAR**, o **CÓNYUGE, HIJO, PADRE** o **MADRE** del **AFILIADO TITULAR** de los **SERVICIOS**.

4.TERRITORIALIDAD

La asistencia de sepelio se brindará en todo el territorio nacional zonas urbanas y zonas rurales.

5.PROVEEDOR DE ASISTENCIA

A la fecha de emisión de esta cartilla el proveedor de los servicios de asistencia designado es **Asistencias Gea Chile S.A.** . No obstante, la compañía de seguros se reserva el derecho de cambiar de prestador de servicios de asistencia. Para cualquier consulta sobre el prestador de servicios designado o sus canales de atención, revise la siguiente web: <https://bnpparibascardif.com.pe/>

6.PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias +51 (01) 615 5714 Opción 2 los 365 días del año. Los referidos servicios serán atendidos por El proveedor de asistencias con la mayor prontitud posible.

Al momento de llamar el **AFILIADO** deberá indicar los siguientes datos:

- Nombre y Apellidos (*)
- DNI (*)
- Tipo de servicio que precise

(*) Datos del **AFILIADO que solicita el servicio y del AFILIADO TITULAR** obligatorios para todo tipo de información o solicitud de asistencia.

El proveedor de asistencias le prestará al **AFILIADO** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

