

**SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO CUOTA SEGURA**

N° Póliza: 5934240159	Código SBS: RG2085900105	Moneda: Soles	N° Solicitud Certificado:	Fecha de Emisión:
DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS		DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR: FINANCIERA CONFIANZA S.A.A.		
RUC: 20513328819		RUC: 20228319768		
Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 10. 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	Teléfono: (01) 208 - 9000	

Datos del asegurado			
Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
DNI/CE/CP:	Fecha de 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	74 años y 364 días	82 años y 364 días

(*)Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura.

DESCRIPCIÓN DEL INTERES ASEGURADO:	Pagar la suma asegurada en caso de siniestro.
---	---

Consentimiento tratamiento adicional de datos personales	
Solicito y autorizo de manera voluntaria que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones y Autorizaciones, la Compañía use mis datos personales para enviarme publicidad y/o contactarme para ofrecirme 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 ☐ No ☐

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 del Seguro Cuota 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
INSTRUCCIÓN DEL ASEGURADO EL ASEGURADO instruye a Financiera Confianza (en adelante La Financiera) a: 1. Cargar y descontar del desembolso del crédito N° _____ otorgado por La Financiera la suma de S/. _____ correspondiente a la prima 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.

VIGENCIA:	Mensual.	Renovación:	Mensual automática hasta finalizar el plazo original del crédito
Inicio de vigencia: Desde la fecha de emisión de la Solicitud-Certificado y pago de prima.			
Fin de vigencia: Último día del cronograma original del crédito otorgado por Financiera Confianza o la fecha de terminación o resolución del contrato de seguro, lo que ocurra primero.			
PRIMA:	Prima Comercial: 1.1864% del capital inicial del crédito	Prima Comercial más IGV : 1.4000% del capital inicial crédito.	
Forma y Plazo de pago:	Pago único a la Compañía, pagado al momento de la contratación del seguro.		

Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros: 43% de la prima comercial	
Territorialidad	Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio Nacional.

Solución de controversias
Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato del 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.
Derecho de arrepentimiento
Tienes el derecho de resolver tu contrato de seguros, si no hubieras hecho uso de las coberturas, dentro de un plazo de 15 días de recibida la Póliza quedando la compañía obligada a devolver la prima pagada en un plazo de 30 días de recibida la solicitud de dicho arrepentimiento.

**SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO CUOTA SEGURA**

N° Póliza: 5934240159	Código SBS: RG2085900105	Moneda: Soles	N° Solicitud Certificado:	Fecha de Emisión:
DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS			DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR: FINANCIERA CONFIANZA S.A.A.	
RUC: 20513328819			RUC: 20228319768	
Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 10. 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	Teléfono: (01) 208 - 9000

Datos del asegurado			
Nombre:	Apellido Paterno:		Apellido Materno:
DNI/CE/CP:	Fecha de 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	74 años y 364 días	82 años y 364 días

(*)Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura.

DESCRIPCIÓN DEL INTERES ASEGURADO:	Pagar la suma asegurada en caso de siniestro.
---	---

Consentimiento tratamiento adicional de datos personales	
Solicito y autorizo de manera voluntaria que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones y 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 ☐ No ☐

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 del Seguro Cuota 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	
INSTRUCCIÓN DEL ASEGURADO EL ASEGURADO instruye a Financiera Confianza (en adelante La Financiera) a: 1. Cargar y descontar del desembolso del crédito N° _____ otorgado por La Financiera la suma de S/. _____ correspondiente a la prima 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.	

VIGENCIA:	Mensual.	Renovación: Mensual automática hasta finalizar el plazo original del crédito
Inicio de vigencia: Desde la fecha de emisión de la Solicitud-Certificado y pago de prima.		
Fin de vigencia: Último día del cronograma original del crédito otorgado por Financiera Confianza o la fecha de terminación o resolución del contrato de seguro, lo que ocurra primero.		
PRIMA:	Prima Comercial: 1.1864% del capital inicial del crédito	Prima Comercial más IGV : 1.4000% del capital inicial crédito.
Forma y Plazo de pago:	Pago único a la Compañía, pagado al momento de la contratación del seguro.	

Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros: 43% de la prima comercial	
Territorialidad	Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio Nacional.

Solución de controversias
Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato del 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.
Derecho de arrepentimiento
Tienes el derecho de resolver tu contrato de seguros, si no hubieras hecho uso de las coberturas, dentro de un plazo de 15 días de recibida la Póliza quedando la compañía obligada a devolver la prima pagada en un plazo de 30 días de recibida la solicitud de dicho arrepentimiento.



Cobertura: ¿Qué cubrimos?

DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TEMPORAL

Despido o terminación del contrato laboral por decisión del empleador (Trabajador dependiente) o incapacidad temporal superior a los 15 días calendario (Independientes).

- Suma Asegurada: Monto equivalente a 4 cuotas del crédito conforme al cronograma original. Valor máximo de la cuota: S/ 1,400, pagado de la siguiente manera: Al Contratante: Hasta 4 cuotas pendientes de pago del crédito hasta S/ 5,600. Al Asegurado: Monto total de la suma asegurada menos monto pagado al Contratante.
- N° de eventos a indemnizar: 2 eventos por cada 365 días calendario.
- Período de carencia: 60 días calendario, no aplica para la cobertura de Incapacidad Temporal por accidente.
- Período activo mínimo (Período que debe esperar para presentar una nueva reclamación): 6 meses para la cobertura de Desempleo Involuntario o 90 días calendario para la cobertura de Incapacidad Temporal.
- Antigüedad Laboral (Solo aplica para la cobertura de Desempleo Involuntario): 6 meses para contratos a plazo indefinido con el mismo empleador y 12 meses para contratos a plazo fijo con el mismo empleador.
- Beneficiario: Contratante y/o Asegurado.

ENFERMEDADES GRAVES

El diagnóstico o realización por primera vez de las siguientes enfermedades o procedimientos: (i) Cáncer maligno. (ii) infarto agudo del miocardio (Infarto al corazón). (iii) Accidente cerebrovascular isquémico y/o hemorrágico (derrame cerebral). (iv) Insuficiencia Renal Crónica. (v) Esclerosis múltiple. (vi) Cirugía de angioplastia coronaria o revascularización cardíaca. (vii) Trasplante de cualquiera de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas.

- Suma asegurada: Monto equivalente a 2 cuotas del crédito conforme al cronograma original. Valor máximo de la cuota: S/ 1,400, pagado de la siguiente manera: Al Contratante: Hasta 2 cuotas pendientes de pago del crédito hasta S/ 2,800. Al Asegurado: Monto total de la suma asegurada menos monto pagado al Contratante.
- N° de eventos a indemnizar: 1 evento por enfermedad o procedimiento.
- Período de carencia: 90 días calendario.
- Beneficiario: Contratante y/o Asegurado.

Exclusiones: ¿Qué NO cubrimos?

Para Desempleo involuntario:

- Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.
- Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad.
- Renuncia.
- Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a un año.
- Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa o del contrato laboral durante el periodo de prueba.
- Contrato de trabajo fuera del territorio nacional.

Para Incapacidad Temporal:

- Accidentes o lesiones padecidos por el Asegurado bajo el efecto del alcohol (Mayor a 0,50 gramos de alcohol por litro de sangre) o drogas.
- Reacción o radiación nuclear.
- Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.
- Enfermedades o lesiones preexistentes.
- Participación activa del Asegurado, como autor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legítima defensa.
- Embarazos, parto, aborto.
- Estrés, ansiedad, depresión, desórdenes nerviosos o enfermedad mental.
- Aquellas que excedan el número máximo de eventos por Asegurado considerando todos los seguros contratados.

Para Enfermedades Graves:

- Enfermedades preexistentes.
- Cáncer de piel no melanoma.
- Policitemia y Trombocitopenia.
- Reacción o radiación nuclear.

Canales de orientación sobre el procedimiento de la solicitud de cobertura/consultas o reclamos:

Teléfono: (01) 615 - 5714

WhatsApp: 970 605 018

Oficina de la Compañía y del Contratante.

Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe

Documentos Sustentatorios para la reclamación:

Escanea con tu celular el QR, contacta los canales indicados o ingresa al link:
<http://segur.pe/seguro78091>



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.
- 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 Moreyra N° 380, piso 10, 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/seguro78092> y/o escanea el QR con tu celular para obtener toda la información sobre las Clausulas 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 Certificado. 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 y 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. 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>.

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD - CERTIFICADO

ASEGURADO

TESTIGO A RUEGO

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



Cobertura: ¿Qué cubrimos?

DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TEMPORAL

Despido o terminación del contrato laboral por decisión del empleador (Trabajador dependiente) o incapacidad temporal superior a los 15 días calendario (Independientes).

- Suma Asegurada: Monto equivalente a 4 cuotas del crédito conforme al cronograma original. Valor máximo de la cuota: S/ 1,400, pagado de la siguiente manera: Al Contratante: Hasta 4 cuotas pendientes de pago del crédito hasta S/ 5,600. Al Asegurado: Monto total de la suma asegurada menos monto pagado al Contratante.
- N° de eventos a indemnizar: 2 eventos por cada 365 días calendario.
- Período de carencia: 60 días calendario, no aplica para la cobertura de Incapacidad Temporal por accidente.
- Período activo mínimo (Período que debe esperar para presentar una nueva reclamación): 6 meses para la cobertura de Desempleo Involuntario o 90 días calendario para la cobertura de Incapacidad Temporal.
- Antigüedad Laboral (Solo aplica para la cobertura de Desempleo Involuntario): 6 meses para contratos a plazo indefinido con el mismo empleador y 12 meses para contratos a plazo fijo con el mismo empleador.
- Beneficiario: Contratante y/o Asegurado.

ENFERMEDADES GRAVES

El diagnóstico o realización por primera vez de las siguientes enfermedades o procedimientos: (i) Cáncer maligno. (ii) infarto agudo del miocardio (Infarto al corazón). (iii) Accidente cerebrovascular isquémico y/o hemorrágico (derrame cerebral). (iv) Insuficiencia Renal Crónica. (v) Esclerosis múltiple. (vi) Cirugía de angioplastia coronaria o revascularización cardíaca. (vii) Trasplante de cualquiera de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas.

- Suma asegurada: Monto equivalente a 2 cuotas del crédito conforme al cronograma original. Valor máximo de la cuota: S/ 1,400, pagado de la siguiente manera: Al Contratante: Hasta 2 cuotas pendientes de pago del crédito hasta S/ 2,800. Al Asegurado: Monto total de la suma asegurada menos monto pagado al Contratante.
- N° de eventos a indemnizar: 1 evento por enfermedad o procedimiento.
- Período de carencia: 90 días calendario.
- Beneficiario: Contratante y/o Asegurado.

Exclusiones: ¿Qué NO cubrimos?

Para Desempleo involuntario:

- Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.
- Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad.
- Renuncia.
- Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a un año.
- Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa o del contrato laboral durante el periodo de prueba.
- Contrato de trabajo fuera del territorio nacional.

Para Incapacidad Temporal:

- Accidentes o lesiones padecidos por el Asegurado bajo el efecto del alcohol (Mayor a 0,50 gramos de alcohol por litro de sangre) o drogas.
- Reacción o radiación nuclear.
- Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no.
- Enfermedades o lesiones preexistentes.
- Participación activa del Asegurado, como autor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legítima defensa.
- Embarazos, parto, aborto.
- Estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental.
- Aquellas que excedan el número máximo de eventos por Asegurado considerando todos los seguros contratados.

Para Enfermedades Graves:

- Enfermedades preexistentes.
- Cáncer de piel no melanoma.
- Policitemia y Trombocitopenia.
- Reacción o radiación nuclear.

Canales de orientación sobre el procedimiento de la solicitud de cobertura/consultas o reclamos:

Teléfono: (01) 615 - 5714

WhatsApp: 970 605 018

Oficina de la Compañía y del Contratante.

Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe

Documentos Sustentatorios para la reclamación:

Escanea con tu celular el QR, contacta los canales indicados o ingresa al link:
<http://segur.pe/seguro78091>



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.
- 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 Moreyra N° 380, piso 10, 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/seguro78092> y/o escanea el QR con tu celular para obtener toda la información sobre las Clausulas 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 Certificado. 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 y 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. 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>.

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD - CERTIFICADO

ASEGURADO

TESTIGO A RUEGO

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

**1. RESUMEN:**

SERVICIO	NÚMERO MÁXIMO DE USOS	VALOR MAXIMO DEL SERVICIO
Asesoría Telefónica en la revisión de contenido de CV del Afiliado	Gratis	2 eventos
Asistencia Telefónica para revisión de futuras entrevistas	Gratis	Sin límite
Curso Online en temas de emprendimiento de negocio con un especialista (grabado)	Gratis	1 Evento
Asistencia Contable Telefónica en temas de emprendimiento de negocio con un especialista	Gratis	Sin límite
Asistencia legal telefónica en caso de despido	Gratis	Sin límite
Cursos Certificados: · Curso para destacar en LinkedIn · Curso Prepárate para brillar en tu entrevista laboral	Gratis	2 eventos

IMPORTANTE:

- Este es un beneficio gratuito que se otorga a los asegurados que contrataron y mantienen vigente el seguro **Cuota Segura** emitido por BNP Paribas Cardif Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante, el **AFILIADO TITULAR**).
- Este servicio estará a disposición del **AFILIADO TITULAR**, su **CONYUGE**, **HIJOS Y PADRES** (a los que 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. ASESORÍA TELEFÓNICA EN LA REVISIÓN DE CONTENIDO DE CV DEL AFILIADO**

En caso de que el **AFILIADO / TITULAR** requiera la revisión de contenido de su Curriculum Vitae, se brindará apoyo mediante un equipo de asesores utilizando herramientas profesionales para la revisión de su CV.

El cliente podrá recibir asesoría telefónica con un especialista en la materia para la revisión del Curriculum Vitae, de modo tal que podrá orientar al cliente sobre las mejores prácticas de estructura y composición existentes en el mercado. Asimismo, el especialista en todo momento enfocará la orientación sobre la redacción del documento a nivel de logros alcanzados y cómo estos podrían calzar con alguna industria determinada o rol en donde el Cliente ya se encuentre postulando o con interés de hacerlo.

Este servicio se prestará al **AFILIADO/ TITULAR** hasta por 2 eventos al año, de forma gratuita.

2.2. ASISTENCIA TELEFÓNICA PARA REVISIÓN DE FUTURAS ENTREVISTAS

En caso de que el **AFILIADO/ TITULAR** requiera orientación telefónica para revisión de futuras entrevistas, se brindará apoyo de un profesional para que pueda realizar la revisión. El cliente podrá recibir orientación vía telefónica para futuras entrevistas, reforzando los aspectos que se deben de cuidar como, por ejemplo: la presentación, el desarrollo de la entrevista y el cierre de la misma. Se le dirán al Afiliado/ TITULAR factores de éxito como por ejemplo puntualidad, actitud, destacar aptitudes, destacar factores importantes de la formación personal y profesional, dirigir sus competencias de acuerdo con el puesto que desea postular, tener claridad sobre fortalezas y debilidades del postulante de acuerdo con postulación. Se recalcará el salario promedio y las expectativas en el corto, mediano y largo plazo del postulante para medir la compatibilidad respecto a la vacante.

2.3. ASESORÍA TELEFÓNICA EN TEMAS DE EMPRENDIMIENTO DE NEGOCIO CON UN ESPECIALISTA

Prevía solicitud del **AFILIADO / TITULAR**, se realizará la asesoría telefónica a través de un especialista para temas relacionados con emprendimiento de negocio para iniciar un nuevo proyecto a través de ideas y oportunidades. Se prestará el servicio vía telefónica en temas de constitución de empresa, obtención de RUC, registro de MYPE, información de beneficios de la Ley. De igual forma se prestarán referencias legales, civiles o de cualquier industria que el emprendedor requiera.

Este servicio se prestará al **AFILIADO/ TITULAR** hasta por 1 evento al año, de forma gratuita.

2.4. ASISTENCIA CONTABLE TELEFÓNICA EN TEMAS DE EMPRENDIMIENTO DE NEGOCIO CON UN ESPECIALISTA

Prevía solicitud del **AFILIADO/ TITULAR**, GEA realizará la asesoría contable telefónica a través de un especialista en temas relacionados con emprendimiento de negocio. Prevía solicitud del Asegurado en donde requiera orientación contable se brindará al **AFILIADO/ TITULAR** vía telefónica, los servicios de consultoría contable en cualquier materia de índole empresarial, las veinticuatro horas del día durante los 365 días del año con el objeto de orientar al **AFILIADO/TITULAR**, sobre los pasos a seguir para abrir un nuevo emprendimiento, formalización y reestructuración contable; inversión y financiamientos del mercado entre otros temas relacionados

2.5. ASISTENCIA LEGAL TELEFÓNICA EN CASO DE DESPIDO

Prevía solicitud del **AFILIADO**, se brindará orientación legal telefónica en caso de despido laboral. La consultoría de este servicio será únicamente con fines de orientación para el **AFILIADO**, por lo que el **PROVEEDOR DE LA ASISTENCIA** no será responsable por el resultado de las gestiones y defensas realizadas por parte del abogado que contrate directamente el **AFILIADO**. Este servicio se brindará gratis y sin límite de eventos.

2.6. CURSOS CERTIFICADOS:

· Curso para destacar en LinkedIn (2 Hrs aprox + examen final)

En este curso conocerás las secciones para crear un perfil personal o de empresa, así como estrategias para empoderarte en esta plataforma y podrás hacerlo explorando la estructura de LinkedIn, los componentes para diseñar un buen perfil, los secretos para crear y mantener tu perfil destacado y dejar tu huella en la red.

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

· Curso Prepárate para brillar en tu entrevista laboral (1Hr prox + examen final):

Aprenderás cómo estar preparado para afrontar una entrevista laboral de manera exitosa, teniendo en cuenta la mirada del reclutador y los tips clave para mostrar que eres la persona idónea para ese desafío, la práctica hace al maestro, así que de aquí te llevarás una serie de tareas que al practicarlas te permitirán brillar más frente a tus competidores.

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



3. LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS: EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA 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 CONYUGE, HIJO, PADRE o MADRE del AFILIADO TITULAR** de los **SERVICIOS**.

4. PROVEEDOR DE ASISTENCIA

A la fecha de emisión de esta cartilla el proveedor de los servicios de asistencia designado es **Grupo Especializado de Asistencia del Perú SAC**. 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/>

5. 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 ASISTENCIA** 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.

