



| | | | | |
|--|--------------------------|---|---------------------------|-------------------|
| N° Póliza: 4782501111 | Código SBS: AE2086400107 | 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 11, oficina 1002. San Isidro | | Dirección: Calle Las Begonias N° 441, Of 238C. San Isidro - Lima | | |
| Web: www.bnpparibascardif.com.pe | Teléfono: (01) 615-5700 | Web: www.confianza.pe | Teléfono: (01) 208 - 9080 | |

| | | | | |
|----------------------------|----------------------|------------------------------|-----------|---------|
| DATOS DEL ASEGURADO | | | | |
| Nombre: | Apellido Paterno: | Apellido Materno: | | |
| DNI/CE: | Fecha de Nacimiento: | Sexo: | Teléfono: | |
| Dirección del Asegurado: | | | | |
| Departamento: | Provincia: | Distrito: | | |
| Nacionalidad: | Correo Electrónico: | Relación con el Contratante: | | Cliente |

| PRIMA | Plan Trimestral <input type="checkbox"/> | Plan Semestral <input type="checkbox"/> | Plan Anual <input type="checkbox"/> | Plan Único (solo aplica al contratar un crédito) <input type="checkbox"/> |
|----------------------|--|---|-------------------------------------|---|
| Prima comercial | S/ 13.98 | S/ 27.97 | S/ 50.85 | S/ 4.66 por el número de meses según el cronograma original del crédito |
| Prima comercial +IGV | S/ 16.50 | S/ 33.00 | S/ 60.00 | S/ 5.50 por el número de meses según el cronograma original del crédito |

BENEFICIARIOS: Para la cobertura de Muerte Natural por Cancer. Los declarados por el asegurado o en su defecto los herederos legales del asegurado

| Nombres | Apellidos | Tipo de documento (DNI/CE) | 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.

| 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.

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 (3) páginas. Asimismo, declaro que EL ASEGURADO ha sido debidamente informado de todos los terminos y condiciones de seguro Oncológico; 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 contractales, EL ASEGURADO imprime su huella en el presente documento.

Instrucción del Asegurado (opcional)

INSTRUCCIÓN DEL ASEGURADO
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 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.

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

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD - CERTIFICADO

ASEGURADO

TESTIGO A RUEGO

BNP PARIBAS CARDIF S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS



| Cobertura: ¿Qué cubrimos? | | Exclusiones: ¿Qué NO cubrimos? |
|---------------------------|--|---|
| Cobertura Principal | PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER El primer diagnóstico de cáncer. <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: S/ 28,000 Periodo de carencia: 60 días Beneficiario: Asegurado | Para la cobertura Primer Diagnóstico de Cáncer <ol style="list-style-type: none"> Cáncer preexistente. Cáncer de piel no melanoma. Policitemia y trombocitopenia. Reacción o radiación nuclear. Para la cobertura Hospitalización como consecuencia de Cáncer aplican las exclusiones 2,3,4 y adicionalmente: <ol style="list-style-type: none"> Enfermedades Preexistentes Para la cobertura Muerte Natural por Cáncer aplican las exclusiones 2,3,4,5 y adicionalmente: <ol style="list-style-type: none"> Actos, terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no |
| | HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE CÁNCER Hospitalización del Asegurado como consecuencia de cáncer diagnosticado, siempre que el periodo de hospitalización sea por lo menos 2 días. <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: S/ 50 diarios hasta un tope de 30 días (el pago de la cobertura se realizará siempre y cuando el asegurado tenga más de 1 día continuo de hospitalización a consecuencia de cáncer.) Periodo de carencia: 60 días Beneficiarios: Asegurado. Número máximo de eventos a indemnizar: Hasta 3 eventos por año con 90 días entre eventos. | |
| | MUERTE NATURAL POR CÁNCER El fallecimiento del asegurado como consecuencia de cáncer. <ul style="list-style-type: none"> Suma Asegurada: S/ 2,000 Pago Único). Periodo de carencia: 60 días Beneficiarios: Herederos Legales del Asegurado. | |

| | | |
|------------------------------|---|--|
| VIGENCIA | 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 certificada y aceptación del Asegurado | Fin de vigencia: Fecha de cualquiera de las causales de resolución o terminación del Contrato de Seguro o en el caso del plan único fecha de fin de vigencia del cronograma original del seguro |
| Forma y Plazo de Pago | El pago de la prima se realiza de manera trimestral, semestral o anual según el plan contratado con cargo en la cuenta de ahorros del asegurado hasta el fin de vigencia; y, La prima única se descontara del monto desembolsado. 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. | |
| Territorialidad | Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio Nacional | |

| La prima comercial incluye: | Monto / Porcentaje: |
|--|---------------------------|
| Cargos por la comercializador de seguros a través de bancaseguros u otros u otro comercializador | 40% de la prima comercial |

| Documentos Sustentatorios: ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura? | |
|--|---|
| COBERTURA PRINCIPAL: PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER | |
| 1. Declaración del siniestro 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo 3. Copia simple de la Historia Clínica que contenga la fecha de diagnóstico inicial de la enfermedad | |
| COBERTURAS ADICIONALES | |
| HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE CÁNCER | MUERTE NATURAL POR CÁNCER |
| 1. Declaración del siniestro 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado 3. Copia simple del Informe Médico | 1. Declaración del siniestro 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado 3. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. 4. Copia simple de la Historia Clínica 5. En caso de no designarse beneficiarios, Copia simple de la Sucesión Intestada o testamento y DNI de los herederos legales. |

| |
|--|
| Canales de orientación sobre el procedimiento de la solicitud de cobertura/ consultas o reclamos: |
| Teléfono: (01) 615 - 5714 |
| WhatsApp: 970 605 018 (Solo para atención de siniestros) |
| Oficina de la Compañía y del Contratante. |
| 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 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 - INDECOP/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 Solicitud-Certificado quedando la Compañía obligada a devolver la prima pagada en un plazo de 30 días de recibida la solicitud de derecho de arrepentimiento.

Declaraciones y autorizaciones

- Autorizo a la Compañía y a Financiera Confianza 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 los datos personales que he declarado serán registrados en el banco de datos personales de Asegurados de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, pisos 10 y 11, San Isidro, para las siguientes finalidades: preparación, celebración y ejecución del contrato de seguro, así como de los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar, la realización de encuestas de satisfacción y el cumplimiento de la ley. El tratamiento de los 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. Los titulares de datos podrán ejercer sus 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 del Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley. Para más detalle sobre nuestras políticas de protección de datos personales visite www.bnpparibascardif.com.pe.
- 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: https://bnpp.lk/pe_seguro781002 y/o escanea el QR con tu celular para obtener toda la información sobre las Clausulas Generales de Contratación. 
- 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, Lupues, 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.

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: <https://bnpparibascardif.com.pe/es/comprobantes-electronicos>
- Este seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, solo si incluye cobertura adicional de Muerte Accidental.
- Ecosistemas: Ponemos a su disposición una plataforma de 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 directamente o 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.



CARTILLA BENEFICIO ADICIONAL ASISTENCIA ONCOLÓGICO INDEMNIZATORIO

1. RESUMEN:

| SERVICIO | NÚMERO MÁXIMO DE USOS | VALOR MAXIMO DEL SERVICIO |
|---|-----------------------|---------------------------|
| Orientación Médica Telefónica | Ilimitado | No aplica |
| Telemedicina | Ilimitado | No aplica |
| Traslado médico terrestre (ambulancia) | 2 eventos por año | Hasta S/ 250 por evento |
| Exámenes de laboratorio (colesterol, glucosa, triglicéridos, orina) | 2 eventos por año | Hasta S/ 150 |

BENEFICIO ADICIONAL:

| | |
|--|---|
| Médico en medicina general a domicilio | Precio especial por consulta a domicilio S/ 30.00 Costo incluye visita en el domicilio del Afiliado, diagnóstico, emisión de receta e indicaciones médicas correspondientes. |
|--|---|

IMPORTANTE:

- Este es un beneficio gratuito que se otorga a los asegurados que contrataron y mantienen vigente el **Seguro Oncológico** 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:

Este servicio brinda orientación médica telefónica, a través de un Médico de Medicina General. Está disponible para que el Afiliado pueda resolver sus consultas sobre cualquier dolencia o enfermedad. **No incluye diagnóstico médico ni emisión de recetas.**

2.2. ASISTENCIA TELEMEDICINA:

Orientación médica online por sistema de video llamada (zoom), la cual le permitirá al **AFILIADO** conversar con un médico en medicina general en tiempo real. Una vez finalizada la consulta se envía un resumen de la orientación médica y recomendaciones al correo del **AFILIADO**.

2.4. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN AMBULANCIA:

En caso que el **AFILIADO** sufra un accidente o enfermedad grave que requieran su hospitalización o tenga una emergencia médica, podrá requerir su traslado mediante una ambulancia al centro hospitalario más próximo.

2.5. EXAMENES DE LABORATORIO:

Exámenes médicos (colesterol, glucosa, triglicéridos, orina) realizados en la red de clínicas del **PROVEEDOR**, previa cita.

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**, de los **SERVICIOS**.

4. TERRITORIALIDAD

Los servicios presenciales que se detallan en esta cartilla solo serán prestados dentro de los siguientes límites territoriales:

- Lima Metropolitana, Callao y Balnearios
- Por el Norte: Hasta la Variante de Ancón.
- Por el Sur: Hasta Villa el Salvador (en verano se amplía hasta Asia).
- Por el Este: Hasta Chosica.
- Por el Oeste: Hasta la Punta.
- Provincias: El radio de acción será de 40km. a la redonda, partiendo del centro de cada ciudad.

Se entiende que se dará servicio en lugares de fácil acceso, en donde no haya fácil acceso o no tengamos proveedor se coordinará el reembolso con el afiliado previa coordinación telefónica.

5. 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/>



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 (01) 701 2597 los 365 días del año. Los referidos servicios serán atendidos por El **PROVEEDOR DE ASISTENCIA** con la mayor prontitud posible.

En el caso de las asistencias de telemedicina se programará dentro de las 24 horas y exámenes médicos, se asignará una cita en un plazo no mayor a 48 horas desde su requerimiento por la central telefónica.

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.

