



**SOLICITUD-CERTIFICADO (SC) DEL SEGURO MÚLTIPLE**

N° Póliza Soles:  
8034140102

Código SBS: VI2087200061  
Adecuado a la Ley N° 29946 y  
sus normas reglamentarias

Fecha de Emisión:

N° SC:

**DATOS DEL ASEGURADO:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_  
 DNI/CE: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
 Distrito: \_\_\_\_\_  
 Relación con el Contratante: Cliente Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
**PLAN:** PLAN PAGO MENSUAL  PLAN PAGO SEMESTRAL  PLAN ANUAL  PLAN PAGO ÚNICO

**BENEFICIARIO:**

Para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente y Gastos de Curación por Accidente, el Asegurado. Para las demás coberturas, los declarados en el presente documento.

	Nombres	Apellidos	D.N.I.	Relación con el Asegurado	%
1					
2					
3					
4					
5					

**Nota: En caso no se designe Beneficiarios se considerará a los Herederos Legales como tales.**

**DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE ONCE (11) PÁGINAS**

**INSTRUCCIÓN DEL ASEGURADO (OPCIONAL)**

**EL ASEGURADO** instruye a Financiera Confianza (en adelante La Financiera) a:

- 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
- En el caso del Plan Pago Mensual o Plan Pago Semestral o 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**.

**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 once (11) páginas. Asimismo, declaro que **EL ASEGURADO** ha sido debidamente informado de todos los términos y condiciones de seguro Múltiple; 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.

\_\_\_\_\_  
**ASEGURADO**  
(O HUELLA DIGITAL DEL ASEGURADO ILETRADO)

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

\_\_\_\_\_  
**TESTIGO A RUEGO**



DATOS DE LA COMPAÑÍA			
Denominación Social: BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros		RUC: 20513328819	
Correo Electrónico: <a href="mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe">servicioalcliente@cardif.com.pe</a>		Teléfono: (01) 615-5700 / Fax: (01) 615-1721	
Dirección: Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11	Distrito: San Isidro	Provincia: Lima	Departamento: Lima

DATOS DEL CONTRATANTE	
Razón Social: FINANCIERA CONFIANZA S.A.A.	RUC: 20228319768
Página web: <a href="http://www.confianza.pe">www.confianza.pe</a>	Teléfono (s): (01) 212-6100
Dirección: Calle Las Begonias N° 441, Of 238C. San Isidro - Lima	

**EDAD:** Mínima de ingreso: 18 años / Máxima de ingreso: 69 años y 364 días / Máxima de Permanencia: 74 años y 364 días

PRIMA	PLAN PAGO MENSUAL	PLAN PAGO SEMESTRAL	PLAN PAGO ANUAL	PLAN PAGO ÚNICO
Prima Comercial (No gravado con IGV)	S/. 4.50	S/. 27.00	S/. 49.50	S/. 4.50 multiplicado por los meses del plazo del Crédito.

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE				MONTO / PORCENTAJE	
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor				No aplica	
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros				No aplica	
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador (*)	<b>Plan Mensual:</b> un sol treinta y un céntimo.	<b>Plan Semestral:</b> siete soles con ochenta y siete céntimos	<b>Plan Anual:</b> catorce soles con cuarenta y dos céntimos	<b>Plan Único:</b> un sol con treinta y un céntimos multiplicado por la cantidad de meses del plazo del crédito	

(\*) La comisión solo aplica para el primer pago. Estos importes no incluyen IGV.

**BONIFICACIONES/PREMIOS/BENEFICIOS:** Aplica

COBERTURA PRINCIPAL	SUMA ASEGURADA	CONDICIÓN DE COBERTURA
1. Muerte Natural	S/. 7,000	Período de Carencia: 3 meses* Deducible: No aplica
COBERTURAS ADICIONALES	SUMA ASEGURADA	CONDICIÓN DE COBERTURA
2. Muerte Accidental	S/. 10,000	Período de Carencia: No aplica* Deducible: No aplica
3. Invalidez Total y Permanente por Accidente	S/. 10,000	Período de Carencia: No aplica* Deducible: No aplica
4. Gastos de Curación por Accidente	Hasta S/. 500 por evento	Período de Carencia: No aplica* Deducible: No aplica Eventos: Hasta 3 eventos cada 12 renovaciones mensuales
5. Sepelio por Muerte Accidental	S/. 2,500	Período de Carencia: No aplica* Deducible: No aplica

(\*) El asegurado podrá contratar uno o más seguros Múltiple y de presentar un siniestro la atención del mismo se realizará bajo las condiciones de cada certificado, de tal manera que estos no son excluyentes.

<b>VIGENCIA</b>	<b>Plan Pago Mensual:</b> Mensual / <b>Plan Pago Semestral:</b> Semestral / <b>Plan Anual:</b> Un año / <b>Plan Pago Único:</b> La vigencia del seguro será por el plazo inicial del Contrato de Crédito, aún se hubiera producido el pre-pago del mismo, salvo decisión del Asegurado.
<b>Inicio de Vigencia</b>	12:00 horas de aceptada la Solicitud-Certificado de seguro y efectuado el pago de la prima (*).
<b>Fin de Vigencia</b>	A las 12:00 horas del último día de vigencia de acuerdo a cada Plan o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, y/o hasta el fin de la vigencia del crédito, lo que ocurra primero

(\*) Las Solicitudes-Certificados iniciarán vigencia a las 12.00 horas de la aceptación de la misma y pago de la prima. Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un Siniestro entre el período de la aceptación de la Solicitud-Certificado y el pago de la primera prima, la Compañía cubrirá el pago del Siniestro, devengándose la prima debida.

**RENOVACIÓN:** **Plan Pago Mensual/Plan Pago Semestral/ Plan Pago Anual:** El contrato de seguro será renovado de manera mensual automáticamente, siempre que la Póliza Grupal se encuentre vigente. **Plan Pago Único:** No Aplica renovación automática.

LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA		
<b>Lugar:</b> No aplica.	<b>Período de Gracia:</b> No aplica	<b>Interés Moratorio:</b> No aplica
<b>Forma de Pago:</b> <b>Plan Pago Mensual / Plan Pago Anual / Plan Pago Semestral:</b> Las primas se pagarán con cargo a la Cuenta de Ahorros del Asegurado/ <b>Plan Pago Único:</b> La prima única se cargará en el crédito.		
<b>El contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa 90 días calendarios siguientes al vencimiento del plazo si la</b>		



**Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial. (Aplica sólo para el Plan Pago Mensual).**

**DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO:** Proteger al Asegurado ante la ocurrencia del Siniestro.

**DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS**

1. **MUERTE NATURAL:** La Compañía pagará a los Beneficiarios una indemnización hasta por la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado después de acreditarse el fallecimiento por Muerte Natural del Asegurado.
2. **MUERTE ACCIDENTAL:** La Compañía pagará al Beneficiario, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.
3. **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:** La Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado si el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un Accidente. Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un 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 incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones", regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.
4. **GASTOS DE CURACION POR ACCIDENTE:** La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos de curación en los que el Asegurado haya incurrido como consecuencia de un Accidente hasta por el monto máximo de la Suma Asegurada prevista en la Solicitud-Certificado. Los gastos de curación por Accidente comprenden honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, pruebas y exámenes médicos.
5. **SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL:** La Compañía pagará a los Beneficiarios por gastos de Sepelio la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.

**EXCLUSIONES**

**Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia directa o indirecta, parcial o totalmente a:**

**1. RESPECTO A LA COBERTURA DE MUERTE NATURAL:**

- 1.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.
- 1.2. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- 1.3. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el HIV, SCRS o SIDA.
- 1.4. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
- 1.5. Enfermedades o lesiones por abuso de alcohol o de drogas.

**2. RESPECTO A LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL:**

- 2.1. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo, como: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.
- 2.2. Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.
- 2.3. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lit 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/lit 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.

- 2.4. Manipulación de explosivos o armas de fuego por el Asegurado.
- 2.5. Participación activa en actos notoriamente peligrosos: huelgas, motín, tumulto popular, conmoción civil contra el orden público dentro o fuera del país, daño malicioso, vandalismo, rebelión, insurrección, actos subversivos y terrorismo.
- 2.6. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
- 2.7. Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

### **3. RESPECTO A LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:**

Aplican las exclusiones señaladas para la Cobertura de Muerte Accidental. Adicionalmente aplican las siguientes exclusiones:

- 3.1 Accidentes provocados por el Asegurado en vehículos motorizados conducidos por éste sin contar con la licencia correspondiente o en un Accidente vehicular no reportado a las autoridades competentes.
- 3.2 El ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo y agente de seguridad.
- 3.3 Viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo, se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas los Vehículos de Carga.
- 3.4 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.
- 3.5 Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
- 3.6 Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.
- 3.7 Accidente provocado dolosamente por el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario.
- 3.8 Accidente de trabajo profesional para los trabajadores de empresas que realizan las actividades descritas en el Anexo 5 del Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y/o normas modificatorias o sustitutorias.
- 3.9 Lesiones preexistentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguros.

### **4. RESPECTO A LA COBERTURA DE GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE:**

Aplican las exclusiones señaladas para la Cobertura de Muerte Accidental y Sepelio por Muerte Accidental. Adicionalmente aplican las siguientes exclusiones:

- 4.1. Accidentes provocados por el Asegurado en vehículos motorizados conducidos por éste sin contar con la licencia correspondiente o en un Accidente vehicular no reportado a las autoridades competentes.
- 4.2. El ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo y agente de seguridad
- 4.3. Viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas.  
Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas los Vehículos de Carga.
- 4.4. 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.
- 4.5. Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
- 4.6. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.
- 4.7. Accidente provocado dolosamente por el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario.
- 4.8. Accidente de trabajo profesional para los trabajadores de empresas que realizan las actividades descritas en el Anexo 5 del Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y/o normas modificatorias o sustitutorias.
- 4.9. Atenciones u hospitalizaciones realizadas en centros no reconocidos por el Ministerio de Salud o por el Colegio Médico Peruano o fuera del territorio peruano, así como todo tratamiento que se encuentre en fase experimental o periodo de



prueba cuya indicación no esté aprobada por la FDA o la Organización Mundial de la Salud.  
**4.10. Chequeos médicos o despistajes.**

**PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA**

**Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro:** Dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del Siniestro o del Beneficio, cuando corresponda.

**Lugar para presentar la Solicitud de Cobertura y Documentos Sustentatorios:** Oficinas de la Compañía o al siguiente número de Whatsapp 970605018 y/o a través de la red de oficinas del Contratante.

- 1. Para la Cobertura de Muerte Natural:** Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía. / Copia simple Acta de Defunción del Asegurado. / Copia simple Certificado de Defunción del Asegurado. / Copia simple del Documento Nacional de identidad del Asegurado. / Copia simple del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o de la partida de nacimiento de los menores de edad. / Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado (De ser solicitado por la Compañía) / Copia simple de Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza. / Copia legalizada del Informe médico del médico tratante en caso de fallecimiento por Enfermedad.
- 2. Para la Cobertura de Muerte Accidental, Sepelio por Muerte Accidental:** Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. / Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. / Copia simple de Acta de defunción del Asegurado. / Copia simple Certificado de defunción del Asegurado. / Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad o partida de nacimiento de los menores de edad. / Copia simple de Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza. / Copia simple de Atestado Policial. / Copia simple de Protocolo de necropsia que incluya el examen toxicológico y dosaje etílico (de corresponder).
- 3. Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. / Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. / Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado (De ser solicitado por la Compañía). / Copia simple de Dictamen de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación. / Copia simple de Atestado Policial. / Copia simple de Resultado de examen toxicológico y dosaje etílico (de corresponder).
- 4. Para la Cobertura de Gastos de Curación por Accidente:** Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. / Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. / Copia simple de Atestado Policial. / Copia simple de Dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder). / Original y/o copia legalizada del Certificado médico. / Original de Facturas y/o Boletas de los gastos de curación. / Sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar en caso lo estime conveniente documentación adicional necesaria para continuar la evaluación del Siniestro. En caso la Compañía requiera documentación adicional para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibida los Documentos Sustentatorios establecidos en la Solicitud-Certificado, suspendiéndose el plazo hasta que se presente la documentación adicional correspondiente. En caso de Siniestros en el extranjero, los documentos deberán estar legalizados por el Consulado peruano del país donde ocurrió el siniestro y validado por el Ministerio de Relaciones exteriores de Perú; o de ser el caso, debidamente apostillados. En caso los documentos estén en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

**RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

1. La falta de pago de la prima, en caso la Compañía opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
2. Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado.
3. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa grave del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario.
4. Incumplimiento de las cargas del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario previstas en el numeral 17.2 y/o 17.4 del artículo 17° de las Condiciones Generales siempre que medie dolo o culpa inexcusable y haga perder el derecho a ser indemnizado y/o de la carga prevista en el numeral 17.3 del artículo 17° de las Condiciones Generales siempre que medie dolo o culpa inexcusable.
5. De forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso por escrito 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 presente Contrato.
6. La falta de aceptación del Contratante del ajuste de prima y/o de la Suma Asegurada prevista para cada cobertura propuesta por la Compañía en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del Contratante y/o Asegurado. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendarios para que el Contratante se pronuncie sobre la aceptación o rechazo.



La resolución del Contrato de Seguro en los supuestos señalados en los numerales 2, 3 y 4 operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Contratante. En el caso de un Seguro Grupal, la resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado Titular, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Asegurado, sin perjuicio de la comunicación que hará la Compañía al Contratante. En el supuesto señalado en el numeral 1 la Compañía tiene derecho al cobro de la prima, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. En los supuestos señalados en los numerales 4 y/o 5 la Compañía devolverá al Contratante y/o Asegurado Titular las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido. En los supuestos señalados en los numerales 2, 3 y/o 6 corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato. En los supuestos señalados en los numerales 1, 5 y/o 6 y de tratarse de un Seguro Grupal, el Contratante comunicará al Asegurado Titular la resolución del Contrato de Seguros. En el caso de un Seguro Grupal, las causales de resolución que aplicarán al Asegurado Titular respecto de la Solicitud-Certificado serán las previstas en los numerales 1 al 6.

#### **TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

1. Vencimiento de la vigencia de la Póliza y no proceda la renovación automática.
2. Cuando el Asegurado Titular haya cumplido la edad máxima de permanencia, establecida en la Solicitud- Certificado.
3. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado Titular.
4. Por fallecimiento del Asegurado Titular.

La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguros por cualquiera de las causales señaladas sin necesidad de un aviso previo, simultáneo o posterior al Contratante y/o Asegurado Titular. En el caso de un Seguro Grupal, las causales de terminación que aplicarán al Asegurado Titular respecto de la Solicitud-Certificado serán las previstas en los numerales 1 al 4.

#### **MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA**

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 20° de las Condiciones Generales. 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.

#### **OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO**

Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

1. Pagar la prima en las fechas establecida en la Solicitud-Certificado.

Adicionalmente, son cargas del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, las siguientes:

2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en la Solicitud-Certificado.
3. Brindar y facilitar la información requerida por la Compañía para la evaluación y aceptación del Siniestro.
4. Informar a la Compañía en caso exista una agravación del riesgo asegurado. El seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado que éste no conociera al momento de la celebración del Contrato.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 2 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro en el caso de culpa inexcusable. En caso de culpa leve, la Compañía podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que haya sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del Siniestro. La sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio. El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 3 por dolo y/o culpa inexcusable, liberará automáticamente a la Compañía de su obligación de pago del Siniestro, sin perjuicio de su derecho de resolver el Contrato de Seguros. El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 4 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado y es causal de resolución del Contrato de Seguros, salvo que: la agravación del riesgo no haya influido en la ocurrencia del Siniestro y/o sobre la medida de la prestación a cargo de la Compañía; la Compañía no ejerza el derecho a resolver o proponer una modificación al Contrato de Seguros en un plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo; la Compañía conozca la agravación del riesgo, al tiempo en que debía hacerse la denuncia. Se perderá el derecho a ser indemnizado, quedando relevada la Compañía de cualquier responsabilidad, si el Asegurado, Beneficiarios o terceros que actúen en su representación, actúan fraudulentamente, exageran los daños o emplean medios falsos para probarlos. En caso hubiera más de un Beneficiario, la pérdida del derecho a ser indemnizado no afectará a aquel Beneficiario que actúe de buena fe.

#### **SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Las Partes declaran que es su voluntad que todos los conflictos o incertidumbres con relevancia legal que pudieran surgir con respecto a la interpretación, ejecución, cumplimiento y cualquier aspecto relativo a la existencia, validez, eficacia o caducidad de



la Póliza, sea resuelto a través de la vía Judicial Ordinaria (Poder Judicial) de conformidad con lo dispuesto por el Código Procesal Civil.

#### **ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE**

El Asegurado podrá presentar sus consultas o reclamos derivados de la presente Póliza al área de Servicio al Cliente de la Compañía, a través de los siguientes medios: La central telefónica de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía (01) 615-5714 estará a disposición de los Asegurados de Lunes a Viernes de 08:00 a 21:00 horas, Sábado y Domingos de 09:00 a 21:00 horas. Horario de Atención Presencial: De lunes a viernes de 09:00 a 13:00 hrs., y de 15:00 a 18:00 hrs / E-mail: [servicioalcliente@cardif.com.pe](mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe) / Página web: [www.bnpparibascardif.com.pe](http://www.bnpparibascardif.com.pe) / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro. Para la atención del reclamo deberá presentarse, como mínimo, la siguiente información: Nombre completo del reclamante, fecha de reclamo, motivo del reclamo, detalle del reclamo, número de la Solicitud-Certificado. El plazo para la atención de un reclamo no deberá exceder de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

#### **INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS**

Cualquier diferencia existente entre la Compañía y el Asegurado y/o Contratante y siempre y cuando la pretensión no exceda la suma de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) o su equivalente en moneda nacional, podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG).

Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima – Perú / Telefax: 446-9158 / Correo electrónico: [info@defaseg.com.pe](mailto:info@defaseg.com.pe) / <http://www.defaseg.com.pe> / Adicionalmente el Asegurado podrá acudir al Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPÍ ([www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)) / Para solicitar orientación y/o formular denuncias, el Asegurado y/o Beneficiario podrá comunicarse también con la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

#### **TERRITORIALIDAD**

Para las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Sepelio por Muerte Accidental, la cobertura será nacional e internacional, para la cobertura de Gastos de Curación por Accidente la cobertura solo será nacional.

#### **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

El Contratante y/o Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento para resolver el contrato de seguro sin expresión de causa ni penalidad dentro del plazo de quince (15) días calendarios computados desde la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, en los casos que el ofrecimiento del Contrato de Seguro se efectúe fuera de los locales comerciales de la Compañía o de quienes se encuentran autorizados a operar como corredores o de la oferta realizada a través de promotores de ventas. En estos casos, la Compañía quedará obligada a devolver la prima en caso ésta hubiera sido pagada. El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios previstos para la celebración del presente Contrato.

#### **IMPORTANTE**

• La Póliza de Seguro de Grupo N° 8034140102 suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resumen en el presente documento. La información proporcionada es parcial, prevalecen las condiciones de la Póliza de Seguro de Grupo que obra en poder 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 la empresa del sistema financiero durante la comercialización. Tratándose de un producto comercializado a través del canal de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Transparencia de Información y contratación con usuarios del Sistema Financiero. / El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza del seguro de grupo a la Compañía, la cual, deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado. / Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiario a la empresa del sistema financiero, 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 a la empresa del sistema financiero durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía. / El presente Contrato de Seguros forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguro de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental. / Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>

#### **DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

El Asegurado manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria. / El Asegurado declara que de manera previa a la contratación del seguro, han tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales y Resumen, a cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro, encontrándose en la página web de la Compañía las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales aplicables al presente Contrato de Seguro. / El Asegurado autoriza a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica a través del correo electrónico señalado en la Solicitud-Certificado, en caso la Compañía decida su utilización. Para tal efecto el Asegurado declara haber sido informado por la Compañía de la forma de envío de la Póliza por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguirá con las ventajas y los posibles riesgos asociados, conociendo de las medidas de



seguridad que le corresponde aplicar. Asimismo declara que la forma en que la Compañía confirmará la recepción de la Póliza será mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo y que la autenticidad e integridad de la Póliza se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de la Compañía. / Declaro haber sido informado que mis datos personales serán registrados en el banco de datos personales de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, para la preparación, celebración y ejecución del contrato de seguro, así como de los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar a mi favor y/o para la realización de encuestas de satisfacción. El tratamiento de mis datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades a terceras empresas con las que la Compañía mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará en la página web [www.bnpparibascardif.com.pe](http://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](mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe) o de manera presencial en la dirección señalada en este punto, debiendo presentar y/o adjuntar copia de mi Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley. / El Asegurado declara conocer que el presente producto presenta obligaciones a su cargo, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho. / El Asegurado declara conocer que dentro de la vigencia del contrato de seguro, se encuentra obligado a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado. / El Asegurado declara NO padecer, NO haber padecido, NO haber sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes Enfermedades: Cáncer, 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, declara NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas. / Mediante la suscripción de la presente Solicitud-Certificado, el Asegurado autoriza a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.





## **CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Mediante la firma de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan en este documento y autorizo de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean usados para, además de ejecutar y administrar los contratos de seguros, coaseguros y/o reaseguros, realizar el envío de publicidad y/o contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web [www.bnpparibascardif.com.pe](http://www.bnpparibascardif.com.pe). y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

---

**ASEGURADO**



## ASISTENCIA MÉDICA TELEFÓNICA

1. **Proveedor encargado de brindar la asistencia:** GEA SAC

2. **Resumen de la asistencia:**

Tipo de Asistencia	Servicio	Monto Máximo por Evento	Número Máximo de Eventos al año
Médica	Orientación Médica Telefónica	100% Gratuito	Sin Límite

3. **Detalle del Servicio:**

Previa solicitud del AFILIADO / TITULAR, se brindará orientación médica telefónica al beneficiario cualquier día de la semana las 24 (veinticuatro) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. La orientación médica consta de:

- (i) Absolución de consultas sobre principales urgencias médicas, sin medicar y diagnosticar o atender urgencias médicas.
- (ii) Orientar sobre procedimientos de primeros auxilios y de acuerdo a la complejidad del caso sugerir al asegurado acercarse a un centro médico.
- (iii) Informar del uso de medicamentos (reacciones adversas a la medicación, efectos secundarios, dosis, contraindicaciones, entre otros).
- (iv) Seguimiento de recetas médicas.
- (v) Consta de preguntas filtro básicas para conocer la sintomatología del AFILIADO / TITULAR.

GEA no se hace responsable de los gastos en que el AFILIADO / TITULAR decida incurrir como consecuencia de las orientaciones recibidas. Estos correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el SERVICIO se prestará como una orientación y el personal médico GENERAL en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Este servicio se prestará sin límite de monto y sin límite de eventos.

4. **Procedimiento para Solicitar el Servicio:**

Deberán comunicarse al número (01) 615-5714 y brindar los siguientes datos para identificarse:

- Nombre Completo:
- DNI:
- Tipo de servicio que precise

5. **Limitantes del Servicio**

No se podrá brindar el servicio en los siguientes casos:

- Cuando el AFILIADO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atenderle o prestarle el servicio debidamente o bien incurra en falsedad de declaraciones.
- Los servicios que el AFILIADO haya contratado sin el previo consentimiento de GEA.
- Se precisa que el beneficio de la asistencia es un servicio a brindar, en ningún caso aplica un reembolso por otro servicio tomado de forma particular por el AFILIADO.



- Mala fe del AFILIADO, comprobada por el personal de GEA o si en la petición mediare mala fe.
- Cuando el solicitante no se identifique como AFILIADO / TITULAR de los SERVICIOS o no cuente con el servicio activo.

**6. Importante:**

- El AFILIADO podrá hacer uso de los beneficios 30 días después de adquirir el seguro.
- Cardif se reserva el derecho a modificar o retirar el beneficio de la asistencia sin previa comunicación.
- El beneficio de la asistencia es responsabilidad exclusiva de CARDIF y GEA.