BNP PARIBAS CARDIF

SOLICITUD-CERTIFICADO (SC) DEL SEGURO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL			
Póliza : 59441701231	Código SBS Soles: RG2085910001 "Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias"	N° SC:	Fecha de Emisión:

DATOS DE LA COMPAÑÍA	
BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros	RUC: 20513328819
Email: servicioalcliente@cardif.com.pe	Teléfono: (01) 615-1700 / Fax: (01) 615-1721
Dirección: Av. Canaval y Moreyra Nro 380 Piso 11 – San Isidro – Lima - Lima	

DATOS DEL CONTRATANTE	
Banco Pichincha	RUC: 20100105862
Sitio web: www.pichincha.pe	Teléfonos: (01) 612-2222 (Lima) ó 0-801-00222 (Provincias)
Dirección: Av. Ricardo Palma 278 - Miraflores – Lima - Lima	

DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre:	Apellido Paterno:		Apellido Materno:
DNI:	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
Dirección:		Email:	
Distrito:	Provincia:		Departamento:
Relación con el Contratante: Cliente	Nacionalidad:	Antigüedad: Años ☐	Meses ☐
Ocupación:	Trabajo Actual (Razón Social):		
Actividad: Trabajador Dependiente ☐	Trabajador Independiente ☐		Otros ☐

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

COBERTURAS PRINCIPALES

Desempleo Involuntario (Trabajadores Dependientes) e Incapacidad Temporal (Trabajadores Independientes, miembros de las fuerzas armadas, policiales, trabajadores del sector público, jubilados)

PRIMA ÚNICA	MONTO
Prima Comercial	S/ 84.75
Prima Comercial más IGV	S/ 100.00

DESCRIPCIÓN GENERAL	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	S/ 7.63

BONIFICACIONES / PREMIOS / BENEFICIOS: No aplica

VIGENCIA	El seguro tendrá la vigencia del plazo original del Contrato de Préstamo.
Inicio de Vigencia	Desde que el Asegurado realiza el pago de la prima.
Fin de Vigencia	12.00 horas del último día de vigencia del préstamo o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar: Oficinas del Contratante	**Forma:** Pago único en efectivo	
Fecha: En la fecha de desembolso del Préstamo	**Interés Moratorio:** No aplica	**Periodo de Gracia:** No aplica

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.

RENOVACIÓN

En caso la Compañía decida no renovar la Póliza, deberá comunicarlo al Contratante, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario. Del mismo modo, en caso el Contratante decida no renovar la Póliza deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios.

BENEFICIARIOS

Mientras se encuentre vigente el préstamo: El Contratante. / Una vez cancelado el préstamo: El Asegurado

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE OCHO (8) PÁGINAS.

ASEGURADO

GERENTE DE DIVISIÓN DE OPERACIONES Y SISTEMAS
BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS YREASEGUROS

GASTOS ADMINISTRATIVOS: No aplica

COASEGURO: Aplica, negocio Coasegurado con Crecer Seguros al 50%

COBERTURAS PRINCIPAL Y CONDICIONES DEL SEGURO

Desempleo Involuntario (Trabajadores Dependientes)	**Suma Asegurada**: Hasta 4 cuotas equivalentes al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 700.00 soles por cada cuota, indemnizables por cada 30 días de desempleo. **Periodo de carencia:** 60 días / **Deducible:** 30 días / **Antigüedad laboral y Periodo activo mínimo**: 180 días para personas con contrato laboral indefinido con el mismo empleador y 365 días para personas con contrato laboral a plazo fijo con el mismo empleador / **Número máximo de eventos**: 2 eventos por cada 365 días computados desde el inicio de vigencia del Seguro / **Forma de pago:** Por cada 30 días de desempleo involuntario justificado del Asegurado: (i) Si el préstamo está vigente, se pagará una cuota al Contratante. (ii) Si el préstamo está cancelado, el monto equivalente a la cuota del cronograma original del préstamo será pagado al Asegurado. El pago de cada cuota se realizará a solicitud del Asegurado, a partir de la demostración de 30 días de desempleo con el sustento correspondiente.
Incapacidad Temporal (Trabajadores Independientes, miembros de las fuerzas armadas, policiales, trabajadores del sector público y jubilados)	**Suma Asegurada:** Hasta 4 cuotas equivalentes al monto de la cuota del préstamo personal, con un tope máximo (límite) de S/ 700.00 soles por cada cuota, indemnizables por cada 30 días consecutivos de incapacidad temporal. **Periodo de carencia por enfermedad:** 60 días / **Periodo de carencia por accidente**: No aplica / **Deducible:** 30 días / **Periodo activo mínimo:** 180 días / **Número máximo de eventos cubiertos:** 2 eventos por cada 365 días / **Forma de pago:** Por cada 30 días de incapacidad temporal del Asegurado: (i) Si el préstamo está vigente, se pagará una cuota al Contratante. (ii) Si el préstamo está cancelado, el monto equivalente a la cuota del cronograma original del préstamo será pagado al Asegurado. El pago de cada cuota se realizará a solicitud del Asegurado, a partir de la demostración de 30 días de incapacidad con el sustento correspondiente.

Nota: El término días se refiere a días calendario.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURABLE: Proteger al Asegurado en caso de Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal.

DEFINICIONES

Período Activo Mínimo: Es el período de tiempo que debe transcurrir para que el Asegurado indemnizado en razón de alguna de las coberturas del seguro, pueda invocar nuevamente el derecho a gozar de la indemnización bajo esa misma cobertura.
Para la cobertura de Desempleo Involuntario deberá cumplirse adicionalmente con la Antigüedad Laboral establecida.
Antigüedad Laboral: Período de tiempo, durante el cual, el Asegurado deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de Desempleo Involuntario.
Deducible: Cantidad o porcentaje establecido en la, Solicitud-Certificado cuyo importe ha de superarse para que se pague la indemnización.
Período de Carencia: Período de tiempo durante el cual las coberturas no se encuentran activas aun cuando haya iniciado vigencia la Póliza.
Mutuo Disenso: Se entiende por mutuo disenso como el acuerdo de voluntades celebrado entre trabajador y empleador en virtud del cual deciden dar por terminada la relación laboral.

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES

1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada, de acuerdo a lo establecido en la Solicitud- Certificado, en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario y siempre y cuando cumpla con la Antigüedad Laboral establecida en la Solicitud-Certificado. El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en la Solicitud-Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en situación de Desempleo Involuntario. Reinsertado el Asegurado a la actividad laboral, con contrato de trabajo suscrito con un empleador, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones por parte de la Compañía. Habrá lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Desempleo Involuntario, si el Asegurado reincide en un estado de Desempleo Involuntario y siempre y cuando haya transcurrido el Periodo Activo Mínimo señalado en la Solicitud-Certificado, que se computa desde el cese del último estado de Desempleo Involuntario. El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en la Solicitud- Certificado.

2. INCAPACIDAD TEMPORAL:

La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada de acuerdo a lo establecido en la Solicitud- Certificado, en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Incapacidad Temporal.
El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en la Solicitud- Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Temporal. Habrá lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Incapacidad Temporal, si el Asegurado reincide en estado de Incapacidad Temporal y siempre y cuando haya transcurrido el Periodo Activo Mínimo señalado en la Solicitud- Certificado, que se computa desde el cese del último estado de Incapacidad Temporal y siempre que esta nueva Incapacidad Temporal sea por una causa distinta y no originada por la Enfermedad o Accidente que originó la Incapacidad Temporal ya indemnizada. El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en la Solicitud- Certificado.

BNP PARIBAS CARDIF

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL

1. <u>PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO</u>: La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

1.1. Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.

1.2. Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad.

1.3. Causales de extinción del contrato de trabajo: fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, cumplimiento de la condición resolutoria y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad, invalidez absoluta permanente y jubilación.

1.4. Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público.

1.5. Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a un año.

1.6. Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa.

2. <u>PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:</u> La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

2.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia.

2.2. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad del Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el HIV, SCRS o SIDA.

2.3. 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.

2.4. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayac, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.

2.5. Lesiones que el Asegurado sufra en el servicio militar, actos de guerra internacional (con declaración o no). Guerra civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular y terrorismo.

2.6. 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/lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15gr/lt. por hora transcurrida desde el momento del accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.

2.7. Manipulación de explosivos o armas de fuego.

2.8. Emisión de radiaciones ionizantes, contaminación por radiactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.

2.9. A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legítima defensa.

2.10. Suicidio o intento de suicidio y/o lesiones autoinfligidas intencionalmente estando en su sano juicio o no.

2.11. Lumbago o citalgia.

2.12. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.

2.13. Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado.

2.14. A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátricos o psicológicos, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol.

2.15. Enfermedades y/o Accidentes por el cual el Asegurado haya recibido una indemnización bajo esta Póliza.

2.16. 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.

2.17. Hernias y sus consecuencias.

2.18. Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunami, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

BNP PARIBAS CARDIF

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro:

Treinta (30) días calendarios de la ocurrencia del Siniestro a través de las oficinas de la Compañía de Seguros (E-mail: servicioalcliente@cardif.com.pe / Central Telefónica (01) 615-5727) y/o oficinas del Contratante, por escrito o vía telefónica. Se entenderá como fecha de ocurrencia del Siniestro para cada cobertura lo siguiente:

- **DESEMPLEO INVOLUNTARIO: Fecha de término de relación laboral**
- **INCAPACIDAD TEMPORAL: Fecha indicada en el certificado médico**

En caso de Siniestro se deberán presentar los Documentos Sustentatorios que se detallan a continuación:

1. <u>PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO</u>:

PARA EL PRIMER PAGO:

- **1.1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.**
- **1.2. Copia simple de la liquidación de beneficios sociales y constancia del pago.**
- **1.3. Certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en su defecto constatación policial por despido de facto o hecho.**
- **1.4. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Convenio de Cese por Mutuo Disenso y/o de la liquidación de beneficios sociales que evidencie el pago de una indemnización, en caso corresponda.**
- **1.5. Copia simple del documento de identidad del Asegurado.**
- **1.6. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Trabajo.**
- **1.7. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Contrato de Trabajo (de ser solicitado por la Compañía).**
- **1.8. Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito, de corresponder.**

PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PAGOS:

- **1.1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.**
- **1.2. Declaración Jurada del Asegurado declarando encontrarse en situación de Desempleo.**
- **1.3. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado de aportaciones a la AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado.**

2. <u>PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:</u>

PARA EL PRIMER PAGO:

- **2.1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.**
- **2.2. Copia simple del documento de identidad del Asegurado.**
- **2.3. Constancia de ingresos del Trabajador Independiente (copia de planilla de sueldos del último mes o certificado de 4ta o 3ra categoría para independientes o recibo último de honorarios o factura por servicios prestados).**
- **2.4. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado y Pronóstico, Días de descanso, Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención, Médico tratante, Fechas de atención.**
- **2.5. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del informe médico completo (debe incluir Copia del Informe sucinto (resumen) de la historia clínica).**
- **2.6. Declaración Jurada que indique su situación de Trabajador de Independiente de corresponder.**
- **2.7. Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito, de corresponder.**

PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PAGOS:

- **1.1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.**
- **1.2. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado y Pronóstico, Días de descanso, Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención, Médico tratante, Fechas de atención.**

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 recibidos los Documentos Sustentatorios señalados en el presente documento, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días con el que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro luego de recibidos los Documentos Sustentatorios, 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.

BNP PARIBAS CARDIF

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguros:

1. **La falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver la Póliza y/o Solicitud-Certificado 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 y/o Asegurado 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.**
3. **Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable 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 de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos medios utilizados para la celebración del presente Contrato.**
6. **De forma voluntaria y sin expresión de causa por la Compañía, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios al Contratante.**
7. **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 Compañía resolverá el Contrato de Seguro mediante comunicación dirigida al Contratante, 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 Seguros 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 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 demás supuestos corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

La devolución de la prima en el supuesto señalado en el numeral 5 será efectuada por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que le es requerida por escrito por el Contratante y/o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados en las Condiciones Generales. En los demás supuestos y siempre y cuando corresponda la devolución de primas será efectuado de manera automática por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que opera la resolución del Contrato de Seguros.

En los supuestos señalados en los numerales 1, 5, 6 y 7 y de tratarse de un Seguro Grupal, el Contratante comunicará a los Asegurados la resolución del Contrato de Seguros.

En el caso de un Seguro Grupal, las causales de resolución que aplicarán al Asegurado respecto del Certificado serán las previstas en los numerales 1 al 7.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

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 haya cumplido la edad máxima de permanencia, establecida en la Solicitud-Certificado.
3. Por fallecimiento del Asegurado.
4. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado.

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. En el caso de un Seguro Grupal, las causales de terminación que aplicarán al Asegurado 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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El 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 o una nota de cobertura provisional, 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, dentro de los 30 días calendarios de ejercido el derecho de arrepentimiento. 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. El derecho de arrepentimiento no será exigible cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura.

OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

Las principales obligaciones del Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios son las siguientes:

1. **Pagar la prima en las fechas establecidas 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.**
5. **Otras establecidas en las Cláusulas Adicionales.**

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 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.

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 al Cliente de la Compañía (01) 615-5727 estará a disposición de los Asegurados/ Fax Cardif: (01) 615-1721
- 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 / Página web: 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.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: Amador Merino Reyna 307, Piso 9, Edificio Nacional. San Isidro, Lima – Perú / Telefax: 421-0614 / Correo electrónico: 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 – INDECOPI (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.

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.

TERRITORIALIDAD

La Póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro del territorio nacional.

IMPORTANTE

- **La Póliza de Seguro Grupo suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resumen el presente documento. La información proporcionada es parcial. 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.**
- **La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que pudiera incurrir el comercializador durante la comercialización. Tratándose de un producto comercializado a través del canal de bancaseguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Transparencia de Información y contratación con usuarios del Sistema Financiero.**
- **Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiario al comercializador, por aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Compañía. En este sentido, se entiende que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por la Compañía.**
- **Los pagos efectuados por los Contratantes o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía en la fecha de realización del pago.**

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, ha tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, 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 y/o Certificado 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 y/o Certificado 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.**
- **El Asegurado declara conocer la Política de Protección de Datos Personales de la Compañía establecida en las Condiciones Generales. En tal sentido, el Asegurado es informado que sus datos personales recogidos en esta Solicitud serán registrados en el banco de datos de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, a fin de ejecutar, gestionar y administrar la relación contractual con la Compañía, ejecutar los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar la Compañía a favor del Asegurado, así como la realización de encuestas sobre los alcances de los productos y/o servicios recibidos por la Compañía. El tratamiento de los datos podrá ser encargado para las mismas finalidades detalladas en el párrafo precedente a las empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece la Compañía y/o de terceros con los que mantenga una relación contractual de acuerdo a la lista que se actualizará permanentemente en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. En caso de no proporcionar los datos personales antes solicitados, la Compañía no podrá realizar a favor del Asegurado las finalidades antes indicadas. El Asegurado podrá ejercer los derechos establecidos en la normativa sobre protección de datos personales siguiendo el procedimiento establecido en el artículo 30° de las Condiciones Generales. Los datos personales proporcionados se mantendrán durante la vigencia de la relación contractual celebrada con el Asegurado, más el plazo requerido por ley.**
- **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.**