



SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO DESEMPLEO PRÉSTAMO EFECTIVO

N° Póliza: 5917200139	Código SBS: RG2085910001 adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias	N° Solicitud Certificado:	Fecha de Emisión:
--------------------------	---	---------------------------	-------------------

DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC: 20513328819	Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380 Piso 11 San Isidro	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: 615-5700
------------------	---	----------------------------------	--------------------

DATOS DEL CONTRATANTE: BANCO FALABELLA PERÚ S.A.

RUC: 20330401991	Dirección: Cal. Carpaccio Nro. 250 San Borja	Web: www.bancofalabella.pe	Teléfono: 618-0000
------------------	--	----------------------------	--------------------

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:	Correo Electrónico:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente titular del préstamo efectivo	

EDAD

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	75 años y 30 días	79 años y 30 días Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura

DESCRIPCION DEL INTERES ASEGURADO Indemnizar al beneficiario en caso de siniestro.

COBERTURAS PRINCIPALES	Desempleo Involuntario (aplicable solo a trabajadores Dependientes)	Incapacidad Temporal
Suma Asegurada	Hasta 4 cuotas del préstamo con un tope máximo de S/. 4,000.00 en total por las 4 cuotas. El pago se realizará en un solo desembolso. No incluye gastos moratorios u otros tipos de gastos.	Hasta 4 cuotas del préstamo con un tope máximo de S/. 4,000.00. en total por las 4 cuotas. El pago se realizará en un solo desembolso. No incluye gastos moratorios u otros tipos de gastos.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	2 eventos por año.	2 eventos por año. El pago se realizará a partir de la demostración de 15 días consecutivos de incapacidad temporal.
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva solicitud de cobertura)	6 meses para personas con contrato laboral indefinido, con el mismo empleador y 12 meses para personas con contrato laboral a plazo fijo, con el mismo empleador	6 meses como trabajador independiente
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera solicitud de cobertura)	60 días	60 días
Antigüedad Laboral	6 meses para personas con contrato laboral indefinido, con el mismo empleador y 12 meses para personas con contrato laboral a plazo fijo, con el mismo empleador	No aplica
VIGENCIA DE LA POLIZA: Por el plazo del cronograma original del préstamo o hasta la resolución anticipada del seguro.	Inicio de Vigencia: Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado por parte del asegurado y el desembolso del préstamo.	Fin de Vigencia: Último día del cronograma original del préstamo o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.
RENOVACION DE LA POLIZA : No aplica		



PRIMA	
Prima Comercial:	1.69% del capital inicial del préstamo
Prima Comercial más IGV	2.00% del capital inicial del préstamo
Lugar de Pago	Oficinas del Contratante
Período de Gracia	No aplica
Forma y Plazo de Pago	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.

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	0.17% del capital inicial del crédito

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
<ul style="list-style-type: none"> Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento. 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. En caso de no proporcionar los datos personales solicitados, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas. Podré ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de sus datos, llenando el formulario al que puedo acceder a través de la página web antes mencionada y remitiéndolo a servicioalcliente@cardif.com.pe o de manera presencial en la dirección señalada en este punto, debiendo presentar y/o adjuntar copia de mi Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley. Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro. Autorizo 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.

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO

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

COBERTURAS PRINCIPALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Que no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
DESEMPLEO INVOLUNTARIO (APLICABLE SOLO A TRABAJADORES DEPENDIENTES): La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado, en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación	PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con ó a consecuencia de: 1. Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.	PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO <ul style="list-style-type: none"> Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. Copia simple de la carta de despido o de la constatación policial del despido.



de Desempleo Involuntario y siempre y cuando cumpla con la Antigüedad Laboral establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o 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.

Habrà 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 Período Activo Mínimo señalado en las Condiciones Particulares, Solicitud, 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 las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

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 las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o 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 las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Temporal.

Habrà 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 Período Activo Mínimo señalado en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado, que se computa desde el cese

2. Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad.
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.
4. Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público.
5. Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a un año.
6. Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa.

PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

La Compañía no cubre los Sinistros relacionados con o a consecuencia de:

1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia.
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.
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.
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 hípcas, equitación, rodeo, rugby,

- Copia simple de la liquidación de beneficios sociales por despido en la que se establezca la causal de despido.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- Copia simple del certificado laboral en el que se establezca la fecha de inicio y fin del contrato.
- Copia simple del contrato de trabajo, de contar con el mismo.
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito (de corresponder).

PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

- Formulario de Declaración de Sinistros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Copia simple de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado.
- Copia simple de la 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).
- Copia simple del certificado médico emitido por el médico tratante 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.
- Copia simple del informe médico completo (debe incluir copia simple del Informe sucinto (resumen) de la historia clínica).
- Copia simple de la Declaración Jurada que indique su situación de Trabajador Independiente de corresponder.
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito (de corresponder).



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 las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.

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.
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/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 0.15gr/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.
7. Manipulación de explosivos o armas de fuego.
8. Emisión de radiaciones ionizantes, contaminación por radiactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
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.
10. Suicidio o intento de suicidio y/o lesiones autoinfligidas intencionalmente estando en su sano juicio o no.
11. Lumbago o ciatalgia.



	<p>12. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.</p> <p>13. Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado.</p> <p>14. A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátrico o psicológico, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol.</p> <p>15. Enfermedades y/o Accidentes por el cual el Asegurado haya recibido una indemnización bajo esta Póliza.</p> <p>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.</p> <p>17. Hernias y sus consecuencias.</p> <p>18. Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunami, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaicos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.</p>	
--	---	--

PASOS PARA REALIZAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

1	2	3
Complete los documentos	Remita la documentación por los siguientes medios: <ul style="list-style-type: none"> - Whatsapp 960224615, donde también podrás conocer el estado del siniestro - Oficinas del Banco Falabella. - Oficinas de la Compañía - A través del correo electrónico atenciondeseguros@cardif.com.pe 	Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.

Plazo: 30 días de recibida la documentación completa listada en la Póliza.

TERRITORIALIDAD: La Póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro del territorio nacional y/o fuera, en caso así se determine en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado y en su caso, los que hayan sido materia de sentencia judicial ante los tribunales ordinarios de la República del Perú.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento para resolverlo sin expresión de causa ni penalidad, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias y que haya sido ofertado a través del uso de sistema a distancia o a través de



comercializadores, incluyendo la banca seguros, dentro del plazo de quince (15) días calendarios computados desde la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado.

En caso el Asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento, la Compañía quedará obligada a devolver la prima pagada, dentro de los 30 días calendario contados a partir de la comunicación realizada por el Asegurado solicitando la aplicación de este derecho.

El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía o ante el comercializador, a través de los medios contemplados en el artículo 27° de las Cláusulas Generales de Contratación aplicables a riesgos generales. El derecho de arrepentimiento no será exigible cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura.

MODIFICACION DE LA POLIZA

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 18° de las Cláusulas Generales de Contratación.

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 ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

INFORMACION ADICIONAL

- El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud.
- 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 y/o Asegurado y/o Beneficiario al comercializador por aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Compañía.
- Los pagos efectuados por los Contratantes 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 y/o correo electrónico del Asegurado.
- El Asegurado y/o Beneficiario podrá presentar sus consultas o reclamos derivados del seguro, a través de los siguientes medios: Teléfono: 615-5700 / correo electrónico: servicioalcliente@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.
- El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro, mediante un previo aviso 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 seguro. Asimismo, la Compañía, de forma voluntaria y sin expresión de causa podrá resolver el seguro, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios al Asegurado.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.