

SOLICITUD CERTIFICADO SEGURO VIDA PRESTAMO EFECTIVO

N° Póliza: 7217200107	Código SBS: VI2087200086 adecuado a la ley Nro 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 - Lima - Lima	Web: https://www.bancofalabella.pe	Teléfono: 618-0000
---------------------	--	---------------------------------------	--------------------

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica
DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección:	Teléfono:	
Provincia:	Departamento:	Correo Electrónico:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante:	

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

PRIMA

PRIMA	TASA
Prima Comercial:	3% aplicable sobre el capital inicial.
Prima Comercial más IGV	3% aplicable sobre el capital inicial.
Lugar de Pago	Oficinas del contratante
Forma y Plazo de Pago	Pago único con cargo al préstamo al momento de desembolso. 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.

VIGENCIA DE LA POLIZA: Por el plazo del cronograma original del préstamo, o hasta la resolución anticipada del seguro (*).
(*Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea mensual.

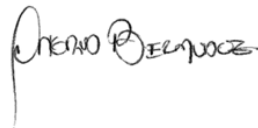
INICIO DE VIGENCIA: Desde la suscripción de la Solicitud Certificado por parte del Asegurado y desembolso del préstamo.

FIN DE VIGENCIA: 12 horas del 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

Renovación automática SI NO

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO



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

COBERTURAS PRINCIPALES	FALLECIMIENTO
Suma Asegurada	Dos veces el capital inicial hasta un monto máximo de S/300,000. No incluye gastos moratorios u otros tipos de gastos.
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura). En este periodo no hay cobertura.	No aplica
Deducible	No aplica
Beneficiarios	Herederos Legales Si deseas modificar los beneficiarios para esta cobertura deberás comunicarte por correo a atenciondeseguros@cardif.com.pe

BENEFICIARIOS: Herederos legales.

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	0.3726% sobre capital inicial.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 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.
- Declaro NO padecer, NO haber padecido, NO haber sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes Enfermedades: Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal, Derrame Cerebral, Enfermedad psiquiátrica, Esclerosis Múltiple, Lupus, Enfermedad Renal, Tuberculosis, Enfermedad Inmunológica, SIDA, Alzheimer, Hepatitis, Cirrosis, Enfermedades cardiológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.
- 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.

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
La Compañía pagará al Beneficiario de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en el Certificado, si el Asegurado fallece	1. En caso de Fallecimiento: 1.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia, salvo las excepciones que se establezcan en las	1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.

<p>por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.</p> <p>En el caso de fallecimiento por Accidente es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.</p> <p>La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.</p>	<p>Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.</p> <p>1.2. 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.</p>	<p>3. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios.</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 960 224 615, donde también podrás conocer el estado del siniestro - Oficinas del Contratante - Oficinas de la Compañía - A través del correo electrónico atenciondeseguros@cardif.com.pe 	Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.

Plazo: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro, de manera presencial, telefónica, por escrito o medio electrónico, a través del Servicio Atención al Cliente de la Compañía de Seguros o directamente con el Contratante.

TERRITORIALIDAD: Nacional

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante o Asegurado, según se trate de un seguro individual o grupal, respectivamente, 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 Póliza o una nota de cobertura provisional, Solicitud-Certificado y/o Certificado

En caso el Contratante o 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 Contratante o Asegurado solicitando la aplicación de este derecho.

El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Contratante o Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía o ante el comercializador, a través de los medios contemplados en el artículo 18° de las presentes Clausulas Generales de Contratación. 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 cual 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 Gestión de Conducta de Mercado 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: 615-5702 / correo electrónico: atenciondeseguros@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.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.