



SOLICITUD-CERTIFICADO (SC) DEL SEGURO PROTECCIÓN DE CUOTAS

N° Póliza Soles: 5934150119 Código SBS: RG2085910001 "Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias" Fecha de Inicio de Vigencia: N° SC:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
DNI: _____ Fecha Nacimiento: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Email: _____
Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
Relación con el Contratante: Cliente Nacionalidad: _____
Ocupación: _____
Trabajo Actual: _____ Antigüedad: Años Meses
Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Otros (Precisar):

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE SIETE (7) PÁGINAS

INSTRUCCIÓN DEL ASEGURADO (OPCIONAL)

EL ASEGURADO instruye a Financiera Confianza (en adelante La Financiera) a cargar y descontar del monto desembolsado del crédito N° _____ (El Crédito) otorgado por La Financiera la suma de S/. _____ (prima total) 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, en cuyo caso, se liquidarán a su favor las primas por los meses de cobertura no devengados.

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 siete (7) páginas. Asimismo, declaro que **EL ASEGURADO** ha sido debidamente informado de todos los términos y condiciones de seguro Protección de Cuotas; 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 DE DIVISION OPERACIONES Y SISTEMAS
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	Teléfono: (01) 615-1700 / Fax: (01) 615-1721	Correo Electrónico: servicioalcliente@cardif.com.pe
Dirección: Av. Canaval y Moreyra Nro 380 Piso 11	Distrito: San Isidro	Provincia: Lima Departamento: Lima
DATOS DEL CONTRATANTE		
Razón Social: FINANCIERA CONFIANZA S.A.A.		RUC: 20228319768
Página web: www.confianza.pe		Teléfono (s): (01) 212-6100
Dirección: Av. José Gálvez Barrenechea N° 190 Interior 201 Urb. Santa Catalina – La Victoria – Lima – Lima		
EDAD: Mínima de ingreso: 18 años / Máxima de ingreso: 74 años y 364 días / Máxima de Permanencia: 82 años y 364 días		
COBERTURAS PRINCIPALES Y CONDICIONES DEL SEGURO		
INCAPACIDAD TEMPORAL (Trabajadores Independientes, miembros de las fuerzas armadas, policiales, trabajadores del sector público, jubilados)	Suma Asegurada: Hasta 4 cuotas del préstamo con un tope máximo (límite) de S/. 800 soles por cada cuota / Periodo de Carencia por enfermedad: 60 días / Periodo de Carencia por accidente: No aplica / Deducible: 8 días de incapacidad consecutivos para el pago de la primera cuota / Periodo Activo Mínimo: No aplica / Forma de pago: Para el primer pago se realizará a partir de la demostración de 8 días consecutivos de incapacidad temporal, los otros pagos se realizarán demostrando 30 días adicionales continuos de incapacidad	
DESEMPLEO INVOLUNTARIO (Trabajadores Dependientes)	Suma Asegurada: Hasta 4 cuotas del préstamo con un tope máximo (límite) de S/. 800 soles por cada cuota / Periodo de Carencia: 60 días / Deducible: 30 días / Antigüedad Laboral y Periodo Activo Mínimo: 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 / Forma de pago: El primer pago se realizará pagando las dos primeras cuotas de una sola vez, los siguientes pagos se realizarán una cuota a la vez por cada mes de desempleo con un máximo de 4 cuotas.	
PRIMA (Tasa única aplicada sobre el capital inicial)		TASA
Prima Comercial		0.6780% aplicada sobre el capital inicial del crédito
Prima Comercial más IGV		0.8000% aplicada sobre el capital inicial del crédito
BENEFICIARIO: El Contratante durante la vigencia del Préstamo.		
VIGENCIA	La vigencia del seguro será por todo el plazo previsto en el Contrato de Préstamo.	
Inicio de Vigencia	Desde el desembolso del Préstamo.	
Fin de Vigencia	12.00 horas del último día de vigencia o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.	
RENOVACIÓN: No aplica		GASTOS ADMINISTRATIVOS: No aplica
LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA		
Lugar: Oficinas del Contratante	Forma: Pago único con cargo al préstamo	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.		
DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO		
Proteger al Asegurado en caso de Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal.		
DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES		
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 Periodo de Carencia, Deducible, Periodo Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en la Solicitud-Certificado.		
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 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 Período 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.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL

PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:

1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia.
2. 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. 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.
4. Manipulación de explosivos o armas de fuego.
5. Emisión de radiaciones ionizantes, contaminación por radiactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
6. A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo; en peleas, riñas, salvo aquellos casos en que se acredite la legítima defensa.
7. Suicidio o intento de suicidio y/o lesiones autoinfligidas intencionalmente estando en su sano juicio o no.
8. Lumbago y cialgia.
9. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.
10. Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado.
11. 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.
12. Enfermedades y/o Accidentes por el cual el Asegurado haya recibido una indemnización bajo esta Póliza.
13. Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia directa o indirecta, parcial o totalmente:

1. Causas Justas de Despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.
2. Por vencimiento del plazo previsto en el Contrato de Trabajo Sujeto a Modalidad.
3. Causales de extinción del contrato de trabajo como 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.

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro para comunicar el Siniestro: 30 días calendarios.

Lugar para presentar la Solicitud de Cobertura y Documentos Sustentatorios: Oficina de la Compañía y/o Oficina del Contratante.

NOTA: Se entenderá como fecha de ocurrencia del Siniestro para cada cobertura lo siguiente:

- Incapacidad Temporal: Fecha indicada en el certificado médico.
- Desempleo Involuntario: Fecha de término de relación laboral.

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

PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:

a) PARA EL PRIMER PAGO:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- 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.



- Copia simple del informe médico completo (debe incluir copia del informe sucinto (resumen) de la historia clínica).
- b) **PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PAGOS:**
- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
 - 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.

PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

a) **PARA EL PRIMER PAGO:**

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- 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.
- 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 (de corresponder).
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la liquidación de beneficios sociales por despido y constancia del pago, en caso corresponda. Se verificará el pago de 1.5 remuneraciones por cada año trabajado (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinado) más los beneficios de ley.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
- Copia simple del Certificado de Trabajo.
- Copia simple del Contrato de Trabajo (de ser solicitado por la Compañía).
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito (de corresponder).

b) **PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PAGOS:**

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

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.

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.
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.
5. Cancelación del préstamo otorgado por el Contratante.

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 del Certificado serán las previstas en los numerales 1 al 5.

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 cuando la oferta sea 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.

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 de Atención al Cliente de la Compañía (01) 615-5700 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 / 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, 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 / <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

Desempleo Involuntario: Dentro del territorio nacional / Incapacidad Temporal: Dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE

- La Póliza de Seguro de Grupo Soles N° 5934150119 suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resumen en 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.
- Los pagos efectuados por los Contratantes o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- El Asegurado manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria.
- 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 autoriza que sus datos personales recogidos en esta Solicitud sean registrados en el banco de datos de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales, incluyendo sus datos sensibles, 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 para el envío de publicidad, promociones o comunicaciones de carácter informativo sobre los diferentes productos o servicios de la Compañía, así como la realización de encuestas. Asimismo autoriza a que sus datos personales sean incorporados en los bancos de datos de empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece la Compañía y/o de terceros con los que éstas mantengan una relación contractual para el tratamiento y transferencia de sus datos personales en relación a las finalidades antes detalladas. 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. 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.