



**SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO DE PROTECCIÓN INTEGRAL CAJA AREQUIPA (CLIENTE INDEPENDIENTE)**

N° Póliza: 5997220102	Código SBS: AE2085900083 (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: 6155727
------------------	---	----------------------------------	-------------------

**DATOS DEL CONTRATANTE: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO DE AREQUIPA – CAJA AREQUIPA**

RUC: 20100209641	Dirección: Calle La Merced N°106 - Arequipa	Web: www.cajaarequipa.pe	Teléfono: 0547380670
------------------	---	--------------------------	----------------------

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:		Email:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente	

**EDAD**

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	69 años y 364 días	75 años y 364 días Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura

**DESCRIPCION DEL INTERES ASEGURADO Pagar la suma asegurada en caso de siniestro**

COBERTURA	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	
<b>PLANES</b>	<b>PLAN 1</b> <input type="checkbox"/>	<b>PLAN 2</b> <input type="checkbox"/>
Suma Asegurada	3 cuotas del Préstamo Personal por evento, con un tope máximo (límite) de S/. 3,000 por cada cuota. Se considera el valor de la cuota conforme al cronograma original del préstamo.	5 cuotas del Préstamo Personal por evento, con un tope máximo (límite) de S/. 3,000 por cada cuota. Se considera el valor de la cuota conforme al cronograma original del préstamo.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Ilimitado	
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva solicitud de cobertura)	No aplica	
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera solicitud de cobertura )	En caso de enfermedad: 30 días En caso de accidente: No aplica	
Beneficiario	•Contratante: Hasta 3 cuotas vigentes del Préstamo Personal. •Asegurado: Se pagará la diferencia del valor de la Suma Asegurada menos lo pagado al Contratante.	•Contratante: Hasta 4 cuotas vigentes del Préstamo Personal. •Asegurado: Se pagará la diferencia del valor de la Suma Asegurada menos lo pagado al Contratante.

<b>VIGENCIA:</b> Cronograma original del préstamo.	Inicio de Vigencia: Desde la suscripción de la Solicitud de seguro.	Fin de Vigencia: Último día del cronograma original del préstamo; o la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia o se verifique cualquiera de las causales de terminación del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.
--	--	--

**RENOVACIÓN : ÚNICA** Renovación automática **SI**  **NO**

PRIMA	Plan 1	Plan 2
Prima Comercial:	0.1441% del capital inicial del préstamo por el número de meses del préstamo (*).	0.2288% del capital inicial del préstamo por el número de meses del préstamo (*).
Prima Comercial más IGV	0.1700% del capital inicial del préstamo por el número de meses del préstamo (*).	0.2700% del capital inicial del préstamo por el número de meses del préstamo (*).
Lugar de Pago	Oficinas del Contratante	
Período de Gracia	No aplica	
Forma y Plazo de Pago	<b>Pago único con cargo al Préstamo Personal, al momento del desembolso.</b>	

(\*) Duración del préstamo en meses. Duración máxima del préstamo 60 meses.

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	Plan 1: 0.0576% del capital inicial por el número de meses del préstamo (*). Plan 2: 0.0915% del capital inicial por el número de meses del préstamo (*).

#### DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado por éste 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](http://www.bnpparibascardif.com.pe). En caso de no proporcionar los datos personales solicitados, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas. Podré ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de sus datos, llenando el formulario al que puedo acceder a través de la página web antes mencionada y remitiéndolo a [servicioalcliente@cardif.com.pe](mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe) o de manera presencial en la dirección señalada en este punto, debiendo presentar y/o adjuntar copia de mi Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley.
- 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:**

#### CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

\_\_\_\_\_  
**ASEGURADO**

\_\_\_\_\_  
**ASEGURADO**

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



COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?				
<p><b>INCAPACIDAD TEMPORAL</b> Recibirás el pago de la suma asegurada, si quedas incapacitado(a) temporalmente por Accidente y/o Enfermedad. El pago de la suma asegurada se realizará a partir del día 15 de incapacidad y equivaldrá a un número de cuotas, de acuerdo con la siguiente tabla.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS</th> <th>NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15</td> <td>De acuerdo al plan contratado</td> </tr> </tbody> </table> <p>Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día 31 desde el inicio de vigencia de este seguro</p>	DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR	15	De acuerdo al plan contratado	<ol style="list-style-type: none"> <li>Licencia de maternidad o paternidad.</li> <li>Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental.</li> <li>Enfermedades preexistentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.</li> <li>Copia simple del Certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal y días de incapacidad emitido por el médico tratante.</li> <li>Copia simple de la Historia clínica.</li> </ol>
DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR					
15	De acuerdo al plan contratado					

**PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN DE LA COBERTURA**

1	2	3
Complete los documentos	Remita la documentación por los siguientes medios: - Whatsapp 922538136 donde también podrás conocer el estado del siniestro. - Buzón: atenciondeseguros@cardif.com.pe o comunícate con nuestra línea de atención al cliente al 6155727 - Oficinas de la Compañía - Correo de Caja Arequipa: siniestros@cajaarequipa.pe	Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.

Plazo máximo para la evaluación de la solicitud de cobertura: 30 días calendario contados a partir de la fecha en la que se recibe la documentación completa listada en la Póliza.

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

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

**INFORMACIÓN 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 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: 615-5700 / correo electrónico: [servicioalcliente@cardif.com.pe](mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe) / Página web: [www.bnpparibascardif.com.pe](http://www.bnpparibascardif.com.pe) / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No. 380, piso 11, San Isidro.
- 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>.