

CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO

N° Póliza: Soles: 7401190136 Dólares: 7401190237	Código SBS: N° VI2087400078 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	N° 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 Lima. Lima	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: (01)615-5700
---------------------	--	-------------------------------------	---------------------------

DATOS DEL CONTRATANTE: SCOTIABANK PERÚ S.A.A.

RUC: 20100043140	Dirección: Dionisio Derteano N° 102. San Isidro. Lima. Lima.	Web: https://www.scotiabank.com.pe	Teléfono: (01) 311-6000.
---------------------	---	---------------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica
DATOS DEL ASEGURADO:

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:	Correo Electrónico:	Teléfono:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Nacionalidad:	Relación con el Contratante: Cliente, titular de la Tarjeta de Crédito.	

EDAD

Edad Mínima de Ingreso:	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
18 años	79 años, 11 meses y 29 días	84 años, 11 meses y 29 días, cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura

PRIMA	Tasa
Prima Comercial	0.256% (*)
Prima Comercial más IG	0.256% (*)

(*) No incluye interés moratorio u otros gastos adicionales. Aplicable al promedio de los saldos deudores diarios de la Tarjeta de Crédito del Asegurado durante el periodo de facturación. Aplica un tope máximo mensual por Tarjeta de Crédito de S/20.00 por la deuda en soles y/o de US\$5.41 por la deuda en dólares, según corresponda.



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



COBERTURAS PRINCIPALES	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
Suma Asegurada	Saldo deudor de la Tarjeta de Crédito al momento del fallecimiento del asegurado o a la fecha en la que se determine la condición de invalidez total y permanente por la autoridad competente, lo que ocurra primero, hasta un monto máximo de US\$ 100,000.00 o su equivalente en moneda nacional. Para asegurados a partir de 80 años en adelante el monto máximo a indemnizar es de S/ 10,000.00. La suma asegurada no incluye intereses moratorios o gastos adicionales.	
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	No aplica
Deducible	No aplica	No aplica

BENEFICIARIOS: El contratante

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Mensual (*) 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 contratación de la Tarjeta de Crédito. La cobertura se mantendrá vigente en tanto el Asegurado registre saldo deudor en la Tarjeta de Crédito. En caso de un cambio de categoría de la tarjeta de crédito no es necesario la firma de una nueva Solicitud-Certificado.	FIN DE VIGENCIA: Último día de vigencia de la Tarjeta de Crédito o de 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 automática SI NO

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: Mensual de forma automática. En caso la Compañía decida no renovar la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado, deberá comunicarlo al Contratante y/o Asegurado respectivamente, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios. Del mismo modo, en caso el Contratante y/o Asegurado decida no renovar la Póliza deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario.

Lugar de Pago	No aplica
Forma y Plazo de Pago	La prima se cargará mensualmente en la facturación de la tarjeta de crédito de Scotiabank Perú S.A.A designada, siempre que exista saldo deudor. 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.

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE	MONTO / PORCENTAJE
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros.	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	No aplica

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>1. FALLECIMIENTO</p> <p>La Compañía pagará al Beneficiario de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en el Certificado, si el Asegurado fallece 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>2. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE</p> <p>La Compañía pagará al Beneficiario, la Suma Asegurada señalada en el Certificado, si el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de una Enfermedad o Accidente.</p>	<p>1. En caso de Fallecimiento y Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente:</p> <p>1.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros.</p> <p>1.2. 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</p>	<p>Para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural:</p> <p>1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.</p> <p>2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.</p> <p>3. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado.</p> <p>4. Copia simple de la Historia Clínica.</p> <p>Para la Cobertura de Fallecimiento por Accidente.</p> <p>Adicionalmente a los documentos antes indicados para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural, en caso de Fallecimiento a consecuencia de un Accidente, deberán presentarse los siguientes documentos:</p>



<p>Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una Enfermedad o Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal invalidez sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.</p>	<p>en la sangre es de 0.15 gr/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.</p> <p>1.3. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.</p> <p>1.4. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA.</p> <p>1.5. Viajes en algún medio de transporte aéreo 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>1.6. 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>1.7. 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, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.</p>	<p>5. Copia simple del Parte Policial o Atestado Policial, según corresponda.</p> <p>6. Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.</p> <p>Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad</p> <p>1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.</p> <p>2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.</p> <p>3. Copia simple de la Historia Clínica.</p> <p>4. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por ESSALUD o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación o cualquier otra entidad autorizada para emitir dicho documento; o el Dictamen de Invalidez emitido por la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia).</p> <p>Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente.</p> <p>Adicionalmente a los documentos antes indicados para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad deberán presentarse los siguientes documentos:</p> <p>5. Copia simple del Parte Policial o Atestado Policial, según corresponda.</p> <p>6. Copia simple del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.</p>
---	---	--

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:

1. Teléfono: (01) 615-5718 o a través del número de WhatsApp +51 960 252 578
2. Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe
3. Oficinas de la compañía aseguradora indicada en la sección de datos o a SCOTIABANK a través de cualquiera de sus agencias.

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

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 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 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: 615-5700 / 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.
- El contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.