

SOLICITUD CERTIFICADO SEGURO PLUS SALUD

N° Póliza: 64212301109	Código SBS: AE2086400111	Moneda: Soles	N° Solicitud Certificado:	Fecha de Emisión:
------------------------	--------------------------	---------------	---------------------------	-------------------

DATOS DE LA COMPAÑIA: BNP PARIBAS CARDIF S.A.	DATOS DEL CONTRATANTE: ALFIN BANCO S.A
--	---

RUC: 20513328819	RUC: 20517476405
Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380. Piso 11. San Isidro	Dirección: Av. El Derby, torre 2 nro. 250 int. 201 urb. El Derby.
Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Web: www.alfinbanco.pe
Teléfono: 615-5705	Teléfono: (01) 613-0004

DATOS DEL ASEGURADO:

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección:	Teléfono:	
Departamento:	Provincia:	Distrito:
Relación con el Contratante: Cliente	Nacionalidad:	
Correo Electrónico:		

EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA (*)
18 años	69 años y 364 días	74 años y 364 días

(*) Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO Pagar la suma asegurada en caso de siniestro.

COBERTURAS ¿Qué cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no cubrimos?
----------------------------------	--------------------------------------

COBERTURA PRINCIPAL	
1. ENFERMEDADES GRAVES	
<p>La indemnización por el primer diagnóstico de las siguientes enfermedades o procedimientos: (i) Cáncer maligno; (ii) Infarto agudo del miocardio (Infarto al corazón); (iii) Accidente cerebrovascular isquémico y/o hemorrágico (derrame cerebral); (iv) Insuficiencia Renal Crónica; (v) Esclerosis múltiple; (vi) Cirugía de angioplastia coronaria o revascularización cardíaca; (vii) Trasplante de cualquiera de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suma Asegurada: S/ 1,110 • Período de carencia: 90 días • Beneficiario: El Asegurado 	<p>1. Enfermedades preexistentes. 2. Reacción o radiación nuclear.</p>

COBERTURAS ¿Qué cubrimos?
COBERTURAS ADICIONALES

2. MUERTE ACCIDENTAL	3. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	4. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE
<p>El fallecimiento del Asegurado por accidente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suma Asegurada: S/ 10,000 • Período de carencia: No aplica • Beneficiario: Herederos legales del asegurado 	<p>La Invalidez Total y Permanente del Asegurado por Accidente que presente una pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo reconocida por las entidades competentes y que se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suma Asegurada: S/ 10,000 • Período de carencia: No aplica • Beneficiario: El Asegurado 	<p>Hospitalización del Asegurado superior a 1 día calendario, con una renta diaria en caso de accidente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suma Asegurada: S/ 200 por día de hospitalización (Máximo 30 días calendario) • Período de carencia: No aplica • Beneficiario: El Asegurado

EXCLUSIONES ¿Qué no cubrimos?

<p>Exclusiones aplican para las coberturas 2,3 y 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reacción o radiación nuclear. 2. Actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no. 3. Manipulación de explosivos o armas de fuego efectuada directamente por el Asegurado.

VIGENCIA	Anual	Renovación: No aplica	Inicio de vigencia: ___/___/___
-----------------	-------	------------------------------	--

Fin de vigencia: ___/___/___ o cuando se verifique cualquiera de las causales de resolución o terminación del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.

PRIMA ÚNICA	Prima Comercial: S/ 80.51	Prima Comercial más IGV: S/ 95.00
--------------------	---------------------------	-----------------------------------

Forma y Plazo de Pago	<p>El pago de la prima se realiza al momento de la compra del seguro. 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.</p>
-----------------------	---

Cargos por la comercialización de seguros a través de bancaseguros	Monto
	Presencial: S/ 44.28 Canal a distancia: S/ 40.78

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA / CONSULTAS O RECLAMOS:

- Teléfono: (01) 615-5705
- Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe
- Oficinas de la Compañía y Centro de Atención al Cliente
- Whatsapp: 905 453 062

DOCUMENTOS SUSTENTARIOS

Documentos sustentatorios para la reclamación:
Escanea el QR con tu celular o ingresa al link:
<http://segur.pe/seguro21091>



TERRITORIALIDAD Se cubren los siniestros ocurridos dentro del territorio Nacional e Internacional.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato de seguro. Adicionalmente podrá presentar sus denuncias o reclamos ante: La Defensoría del Asegurado/ Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI/ Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Tienes el derecho de resolver tu contrato de seguros, si no hubieras hecho uso de las coberturas, dentro de un plazo de 15 días de recibida la Solicitud-Certificado quedando la Compañía obligada a devolver la prima pagada en un plazo de 30 días de recibida la solicitud de derecho de arrepentimiento.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía y a ALFIN BANCO S.A. para que a través del WhatsApp o cualquier otro medio de comunicación digital, como correo electrónico o mensajes de textos, me contacten para suministrar información o gestionar algún proceso relacionado con el seguro.
- Autorizo al Contratante a cargar la prima del seguro en cualquiera de las cuentas donde mantenga saldo acreedor.
- 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, las mismas que me han sido explicadas en detalle; así como declaro conocer el mecanismo y canales disponibles para consultarlas: Link: <http://segur.pe/seguro21092> y/o escanea el QR con tu celular para obtener toda la información sobre las Clausulas Generales de Contratación.
- 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.


CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO ADICIONAL DE DATOS PERSONALES

- Solicito y autorizo de manera voluntaria que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones y Autorizaciones, la Compañía use mis datos personales para enviarme 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. para los propósitos antes señalados.

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y RECIBIDO LA SOLICITUD-CERTIFICADO

ASEGURADO

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

INFORMACION ADICIONAL

- El Asegurado puede solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud. El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. La resolución operará de manera automática desde que la Compañía reciba el aviso.
- La Compañía podrá modificar las condiciones del seguro durante su vigencia previa aceptación por escrito del Contratante. 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 banca seguros será de aplicación lo dispuesto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero. Los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al comercializador durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía. Las comunicaciones cursadas por el 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. Todas las comunicaciones relacionadas con el seguro serán remitidas al domicilio, correo electrónico y/o celular del Asegurado. Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a disposición en: <https://bnpparibascardif.com.pe/es/comprobantes-electronicos>.
- Este seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales
- BNP Paribas Cardif pone a su disposición servicios asistenciales que le ayudarán a disfrutar de manera más plena los beneficios de su seguro. Dichos servicios son accesorios a su cobertura y además son totalmente gratuitos. Asimismo, podrán ser prestados por terceros. Nos reservamos el derecho de incorporar nuevos servicios o modificar los servicios existentes en cualquier momento. Para mayor información del detalle de los servicios o cualquier cambio de los mismos, visite nuestra página web www.bnpparibascardif.com.pe.