



**SOLICITUD-CERTIFICADO DEL SEGURO DE SEPELIO BANCO DE LA NACIÓN**

N° Póliza Soles: 72070868	Código SBS: VI2088100036 (Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)	Nro SC:	Fecha de Emisión:
---------------------------	---	---------	-------------------

**DATOS DE LA COMPAÑÍA:** BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros / RUC:20513328819 / Fax: (01)615-1721  
Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11 San Isidro-Lima-Lima [servicioalcliente@cardif.com.pe](mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe) Teléfono: (01)615-1700

**DATOS DEL CONTRATANTE:** Banco de la Nación / RUC: 20100030595

Av. Javier Prado Este N° 2499-San Borja-Lima-Lima Web: [www.bn.com.pe](http://www.bn.com.pe) Teléfono: (01) 519-2000

**RESPONSABLE DE PAGO (NO ES ASEGURADO)**

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Dirección del Asegurado:		Teléfono:
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Relación con el Contratante: Cliente	Email:	

**ASEGURADO(S) (A) (PLAN INDIVIDUAL / PLAN FAMILIAR)**

**NOTA:** En caso el Responsable de Pago quiera tomar el Seguro de Sepelio deberá estar incluido en el cuadro que se detalla:

A	Nombre	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
A1					
A2					
A3					
A4					
A5					

**EDAD DEL ASEGURADO**

Mínima de Ingreso: 0 años Máxima de Ingreso: 69 años y 364 días Máxima de Permanencia: 75 años y 364 días

**PRIMA COMERCIAL (No gravado con IGV)**

Plan Individual: S/ 2.49\*  Plan Familiar: S/ 9.90\*\*

**NOTA:** \*Plan Individual: Padres, hermanos, tíos, sobrinos, ahijados y/o cualquier tercero (Pago de prima es por cada Asegurado). \*\*Plan Familiar: Titular, cónyuge y 3 hijos menores de 18 años.

**BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO (A) Nota:** En caso no se designe Beneficiarios se considerará a los herederos legales

Nombre	Apellidos	Relación con el Asegurado	Porcentaje

**NOTA:** En caso de fallecimiento de un menor de edad asegurado, los padres y/o tutor serán beneficiarios.

**LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA**

**Lugar:** Con cargo en cuenta de ahorros del asegurado / **Forma:** Mensual con cargo en la cuenta de ahorros del asegurado / **Fecha de vencimiento de pago de la prima:** Mensual contra los fondos disponibles de la cuenta de ahorro del asegurado / **Período de Gracia:** 60 días calendarios / **Interés Moratorio:** 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.**

<b>VIGENCIA: Mensual</b>	<b>Inicio de Vigencia:</b> 12:00 horas de aceptada la Solicitud-Certificado del Seguro por parte de la Compañía y previo pago de la prima / <b>Fin de Vigencia:</b> 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:** El Contrato de seguro será renovado automáticamente de manera mensual.

**GASTOS ADMINISTRATIVOS:** No aplica / **COASEGURO:** Aplica, negocio Coasegurado por La Positiva Vida al 50%

**DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO:** Indemnizar al Beneficiario en caso de Fallecimiento del Asegurado.

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

ASEGURADO /  
RESPONSABLE DE PAGO

GERENTE DE DIVISIÓN DE OPERACIONES Y SISTEMAS  
BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS



COBERTURA PRINCIPAL	Sepelio	Luto	Traslado	Beneficio Educacional
Suma Asegurada	S/ 3,000	S/ 3,000	S/ 800	S/. 1,200 por cada hijo entre 5 y 18 años de edad Máximo: 3 hijos
Forma de pago de la indemnización	En caso de fallecimiento se indemnizará a los Beneficiarios del Titular de la Póliza.	En caso de fallecimiento se indemnizará a los Beneficiarios del Titular de la Póliza.	En caso el fallecimiento no ocurra en la ciudad de origen del Titular de la Póliza, se indemnizará a los Beneficiarios la suma asegurada pactada para cubrir los gastos de traslado.	En caso de fallecimiento del Titular de la Póliza y/o cónyuge (asegurado dependiente) se indemnizará por cada hijo entre 5 y 18 años la suma asegurada pactada, se limitará esta indemnización a máximo 3 hijos.
Deducible	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Periodo de Carencia	60 días calendarios (*)	60 días calendarios (*)	60 días calendarios (*)	60 días calendarios (*)

**COBERTURA POR FALLECIMIENTO (\*)** Solo aplica Periodo de Carencia en caso de Fallecimiento por Muerte Natural.

COBERTURA ADICIONAL	Luto Accidental	Desamparo Súbito Familiar
Suma Asegurada	S/ 1,000	S/ 10,000
Deducible	No aplica	No aplica
Periodo de Carencia	No aplica	No aplica

DESCRIPCIÓN GENERAL	MONTO / PORCENTAJE	
	Plan Individual	Plan Familiar
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor	No aplica	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	No aplica	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	S/ 0.48	S/ 1.92

**BONIFICACIONES / PREMIOS / BENEFICIOS:** Aplica, beneficio gratuito de asistencia dental

**DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA PRINCIPAL**

**FALLECIMIENTO (SEPELIO, LUTO, TRASLADO, BENEFICIO EDUCACIONAL):**

La Compañía pagará al Beneficiario de la Póliza por concepto de Sepelio y Luto, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado en caso de fallecimiento del Asegurado por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. 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. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente. Adicionalmente en caso el fallecimiento no ocurra en la Ciudad de Origen del Asegurado, la Compañía pagará por concepto de Traslado al Beneficiario la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado. Del mismo modo la Compañía pagará por concepto de Beneficio Educacional la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado por cada hijo y hasta un máximo de tres (3) hijos, en caso de fallecimiento del Asegurado Titular y/o su cónyuge (Asegurado Dependiente).

**DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS ADICIONALES**

**LUTO ACCIDENTAL PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL:**

La Compañía pagará al Beneficiario por concepto de Luto Accidental, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente. La Suma Asegurada, el Periodo de Carencia, Deducible, Planes y demás condiciones aplicables a esta cobertura, se encontrará establecidos en la Solicitud-Certificado.

**DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR:**

La Compañía pagará al Beneficiario por concepto de Desamparo Súbito Familiar, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, si el Asegurado y su cónyuge fallecen a consecuencia directa e inmediata de un mismo Accidente. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente. La Suma Asegurada, el Periodo de Carencia, Deducible, Planes y demás condiciones aplicables a esta cobertura, se encontrará establecidos en la Solicitud-Certificado.



**EXCLUSIONES**

Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia directa o indirecta, parcial o totalmente a:  
**PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO:**

1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia. No se considerará como preexistencia los casos de hipertensión, diabetes o asma.
2. Los Accidentes derivados de infarto de miocardio, ataque epiléptico, apoplejías, síncope, accidente cerebro vascular, desvanecimientos, sonambulismo y trastornos mentales, así como aquellos originados o como repercusión o consecuencia de estos eventos, episodios o crisis y/o los derivados de negligencia médica o mala praxis.
3. Las consecuencias de hernias, inhalación de gases, intoxicaciones y envenenamientos sistemáticos.
4. 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 en la sangre es de 0.15 gr/lit 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.
5. Pena de Muerte; fallecimiento a consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado; peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; así como participación activa en actos notoriamente peligrosos: huelgas, motín, conmoción civil contra el orden público dentro o fuera del país, daño malicioso, vandalismo, actos subversivos y terrorismo.
6. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
7. Accidente provocado dolosamente por el Contratante y/o Beneficiario; acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor, cómplice o participe, por uno o más Beneficiarios.
8. 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, 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.
9. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
10. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas\*.
11. Viajes en algún medio de transporte aéreo particular 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.
12. 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.
13. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el HIV, SCRS o SIDA.

\* La exclusión no aplica para los miembros de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú.

**PARA LAS COBERTURAS ADICIONALES**

**PARA LA COBERTURA DE LUTO ACCIDENTAL:** Aplican las exclusiones señaladas en la cobertura de Fallecimiento.

**PARA LA COBERTURA DE DESAMPARO SUBITO FAMILIAR:** Aplican las exclusiones señaladas en la cobertura de Fallecimiento.

**PROCEDIMIENTO Y DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO**

**Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro:** 180 días calendarios desde la ocurrencia del Siniestro

**Lugar para presentar la Solicitud de Cobertura y Documentos Sustentatorios:** Oficina de la Compañía de Seguros y cualquier Agencia del Banco.

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



**Para la cobertura de Fallecimiento por causa Natural (Sepelio y Luto):**

1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
2. Copia simple del Documento de Identidad del Beneficiario.
3. Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
4. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado.
5. Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, en caso la Compañía lo requiera.
6. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la Declaratoria de herederos, Acta de Sucesión Intestada o Testamento, debidamente inscritos en Registros Públicos, según corresponda, en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.

**Para la cobertura de Fallecimiento por Accidente (Sepelio y Luto); adicionalmente a los Documentos Sustentatorios para el Fallecimiento por causa Natural:**

7. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
8. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.

**Para el pago del concepto de Traslado, adicionalmente a los documentos antes señalados:**

9. Factura de gastos incurridos por el Traslado a la ciudad origen del Asegurado.

**Para el pago del concepto de Beneficio Educativo, adicionalmente a los documentos antes señalados:**

10. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la Partida de nacimiento de los hijos del Asegurado Titular.

**Para Desamparo Súbito Familiar: Adicionalmente a los Documentos Sustentatorios señalados en la cobertura de Fallecimiento por Accidente:**

11. Copia simple del Acta de Defunción del Cónyuge.
12. Original y/o copia certificada del Certificado de Defunción del Cónyuge.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar en caso lo estime conveniente la 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 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 visados 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 falsa.
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 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 obligación 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. 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 resolución surtirá efectos 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 supuestos señalados en los numerales 4 y 5 la Compañía devolverá al Contratante



y/o Asegurado las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido. La devolución de la prima en caso corresponda será efectuada 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 2, 3 y 6 corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato. En los supuestos señalados en los numerales 1, 5 y 6 y de tratarse de un Seguro Grupal, el Contratante comunicará al Asegurado la resolución del Contrato de Seguro. En el caso de un Seguro Grupal, las causales de resolución que aplicarán al Asegurado respecto de la Solicitud-Certificado serán las previstas en los numerales 1 al 6.

#### **TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS**

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

1. Cuando la Compañía pague la Suma Asegurada de cualquiera de las coberturas estipuladas en la Póliza.
2. Vencimiento de la vigencia de la Póliza y no proceda la renovación automática
3. Cuando el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia, establecida en la Solicitud-Certificado.
4. Por fallecimiento del Asegurado.
5. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado. La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguro 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 de la Solicitud-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 de la oferta 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 medios utilizados para la celebración del presente Contrato.

#### **OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO**

Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

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. El seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado que éste no conociera al momento de la celebración del Contrato.

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 3 por dolo y/o culpa inexcusable, liberará automáticamente a la Compañía de su obligación de pago del Siniestro, sin perjuicio de su derecho de resolver el Contrato de Seguros. 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.

#### **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.

#### **ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE**

El Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán 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 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 / E-mail: [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 – Lima / Horario de Atención Presencial: De lunes a viernes de 09:00 a 13:00 hrs., y de 15:00 a 18:00 hrs. 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.

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 ([info@defaseg.com.pe](mailto:info@defaseg.com.pe) / <http://www.defaseg.com.pe>). Dirección: Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - Edificio Nacional, San Isidro / Teléfono: (01) 421-0614.

Adicionalmente el Asegurado podrá acudir a la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD ([www.susalud.gob.pe](http://www.susalud.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.

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

#### **IMPORTANTE**

La Póliza de Seguro de Grupo N° 72070868 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 quince (15) 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.

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.

El presente Contrato de Seguros forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguro de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental.

#### **DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- El Asegurado manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria.
- El Asegurado declara que de manera previa a la contratación del seguro, han tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro, encontrándose en la página web de la Compañía las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Resumen aplicables al presente Contrato de Seguro.
- El Asegurado autoriza a la Compañía, el envío de la Póliza 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 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 es informado que sus 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,



incluyendo sus datos sensibles, a fin de ejecutar, gestionar y administrar la relación contractual que mantiene con la Compañía, ejecutar los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar la Compañía a favor del Asegurado, incluyendo la realización de encuestas de satisfacción sobre los alcances de los productos y/o servicios de la Compañía. El tratamiento de los datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades detalladas en este párrafo, a las empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece la Compañía y/o de terceros con los que mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que sea actualizada permanentemente en la página web [www.bnpparibascardif.com.pe](http://www.bnpparibascardif.com.pe). 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 de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales, llenando el formulario al que puede 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 su Documento de Identidad y de ser el caso, la documentación que acredite su representación legal. Los datos personales proporcionados serán conservados durante la vigencia de la relación contractual celebrada con el Contratante y/o Asegurado, más el plazo establecido por la legislación vigente. Vencido este plazo los datos personales serán suprimidos, anonimizados o disociados.

- 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, 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 y/o Parálisis. Asimismo, declara NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.
- Mediante la suscripción de la presente Solicitud-Certificado, el Contratante y/o 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.