BNP PARIBAS CARDIF

SOLICITUD - CERTIFICADO DEL SEGURO DE SEPELIO

N° Póliza Soles: 72070868	Código SBS: VI2088100036 (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

Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11 San Isidro-Lima-Lima	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: (01)615-5700

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

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

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica

DATOS DEL RESPONSABLE DE PAGO (NO ES ASEGURADO)

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

DATOS DE LOS 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	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
A1					
A2					
A3					
A4					
A5					

BENEFICIARIOS

Nombres	Apellidos	Relación con el Asegurado	Porcentaje

Nota: En caso no se designen Beneficiarios se considerará a los Herederos Legales como tales
En caso de fallecimiento de un menor de edad asegurado, los padres y/o tutores serán beneficiarios.

EDAD DEL ASEGURADO TITULAR Y DEPENDIENTE

Edad Mínima de Ingreso: 18 años (Para asegurado Titular) y 0 años (Para asegurado Dependiente)	Edad Máxima de Ingreso: 69 años y 364 días	Edad Máxima de Permanencia: 75 años y 364 días (Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura)

PRIMA COMERCIAL (No gravado con IGV)

Plan Individual: S/ 4.70* ☐	**Plan Familiar:** S/ 18.90** ☐

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.**

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADO POR EL CONTRATANTE (5 PÁGINAS), ADEMÁS DE LAS CARTILLAS DE ASISTENCIA DENTAL Y ASISTENCIA FUNERARIA, LA CUAL CONSTA DE SIETE (7) PÁGINAS.

ASEGURADO TITULAR

RESPONSABLE DE PAGO

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

cadena. CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025

BNP PARIBAS CARDIF

COBERTURA PRINCIPAL COBERTURA POR FALLECIMIENTO				
	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 Asegurado Titular.	En caso de fallecimiento se indemnizará a los Beneficiarios del Asegurado Titular.	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 (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) En este periodo no hay cobertura.	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
Forma de pago de la indemnización	En caso de Fallecimiento accidental se indemnizara a los Beneficiarios del Asegurado Titular	En caso de Fallecimiento accidental del Asegurado y Cónyuge se indemnizara a los Beneficiarios del Asegurado Titular
Deducible	No aplica	No aplica
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

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

Lugar de Pago	Con cargo en cuenta de ahorros del asegurado
Forma y Plazo de Pago	**Forma:** Mensual con cargo en la cuenta de ahorros del asegurado / **Fecha de vencimiento de pago de la prima:** Último día del mes o la fecha en la que haya fondos suficientes para realizar el cargo, en caso ésta sea anterior / **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.**

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE:	**MONTO / PORCENTAJE**	
	Plan Individual	**Plan Familiar**
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros	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/ 1.32	S/ 5.29

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	**EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?**	**DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura?**
1. Fallecimiento (Sepelio, Luto, Traslado, Beneficio Educacional)	**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.**	**Para la cobertura de Fallecimiento por causa Natural (Sepelio y Luto):**

cadena. CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025

BNP PARIBAS CARDIF

SOLICITUD - CERTIFICADO DEL SEGURO DE SEPELIO

N° Póliza Soles: 72070868	Código SBS: VI2088100036 (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

Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11 San Isidro-Lima-Lima	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: (01)615-5700

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

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

DATOS DEL CORREDOR DE SEGURO: No aplica

DATOS DEL RESPONSABLE DE PAGO (NO ES ASEGURADO)

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

DATOS DE LOS 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	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
A1					
A2					
A3					
A4					
A5					

BENEFICIARIOS

Nombres	Apellidos	Relación con el Asegurado	Porcentaje

Nota: En caso no se designen Beneficiarios se considerará a los Herederos Legales como tales
En caso de fallecimiento de un menor de edad asegurado, los padres y/o tutores serán beneficiarios.

EDAD DEL ASEGURADO TITULAR Y DEPENDIENTE

Edad Mínima de Ingreso: 18 años (Para asegurado Titular) y 0 años (Para asegurado Dependiente)	Edad Máxima de Ingreso: 69 años y 364 días	Edad Máxima de Permanencia: 75 años y 364 días (Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura)

PRIMA COMERCIAL (No gravado con IGV)

Plan Individual: S/ 4.70* ☐	**Plan Familiar:** S/ 18.90** ☐

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.**

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADO POR EL CONTRATANTE (5 PÁGINAS), ADEMÁS DE LAS CARTILLAS DE ASISTENCIA DENTAL Y ASISTENCIA FUNERARIA, LA CUAL CONSTA DE SIETE (7) PÁGINAS.

ASEGURADO TITULAR

RESPONSABLE DE PAGO

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

cadena. CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025

BNP PARIBAS CARDIF

COBERTURA PRINCIPAL COBERTURA POR FALLECIMIENTO	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 Asegurado Titular.	En caso de fallecimiento se indemnizará a los Beneficiarios del Asegurado Titular.	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 (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) En este periodo no hay cobertura.	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
Forma de pago de la indemnización	En caso de Fallecimiento accidental se indemnizara a los Beneficiarios del Asegurado Titular	En caso de Fallecimiento accidental del Asegurado y Cónyuge se indemnizara a los Beneficiarios del Asegurado Titular
Deducible	No aplica	No aplica
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

VIGENCIA: Mensual	**Inicio de Vigencia:** 12:00 horas de aceptada la Solicitud-Certificado del Seguro por parte de la Compañía y previo pago de la prima / **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	El Contrato de seguro será renovado automáticamente de manera mensual.
Lugar de Pago	Con cargo en cuenta de ahorros del asegurado
Forma y Plazo de Pago	**Forma:** Mensual con cargo en la cuenta de ahorros del asegurado / **Fecha de vencimiento de pago de la prima:** Último día del mes o la fecha en la que haya fondos suficientes para realizar el cargo, en caso ésta sea anterior / **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.**

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE:	MONTO / PORCENTAJE Plan Individual	Plan Familiar
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros	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/ 1.32	S/ 5.29

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura?
1. Fallecimiento (Sepelio, Luto, Traslado, Beneficio Educacional)	**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.**	**Para la cobertura de Fallecimiento por causa Natural (Sepelio y Luto):**

cadena. CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025

La Compañía pagará al Beneficiario de la Póliza por concepto de Sepelio y Luto, la Suma Asegurada señalada en el 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 nacimiento del Asegurado, la Compañía pagará por concepto de Traslado al Beneficiario la Suma Asegurada señalada en el Certificado. Del mismo modo la Compañía pagará por concepto de Beneficio Educacional la Suma Asegurada señalada en el Certificado por cada hijo y hasta un máximo de tres (3) hijos, en caso de fallecimiento del Asegurado y/o su cónyuge.	2. Los Accidentes derivados de infarto de miocardio, ataque epiléptico, apoplejías, sincopes, 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. 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/lt 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/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. 4. 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. 5. 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. 6. 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. 7. 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.	1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Beneficiario. 3. Copia simple del Acta y Certificado de Defunción del Asegurado. 4. Copia Simple de la Historia Clínica, siempre y cuando la compañía lo requiera. 5. Copia simple del Testimonio del Acta de la Sucesión Intestada o del Testamento en Escritura Pública o de la Resolución Judicial firme que acredite la Sucesión Intestada, con la respectiva copia literal de la Partida Registral emitida por los Registros Públicos en donde figure la Anotación Definitiva de su inscripción, 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: 6. Copia simple del Informe, Parte o Atestado, según corresponda. 7. Copia simple 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: 8. Copia simple del comprobante de pago donde se acredite los gastos incurridos para el Traslado a la ciudad de nacimiento del Asegurado. Para el pago del concepto de Beneficio Educacional, adicionalmente a los documentos antes señalados: 9. Copia simple de la Partida de nacimiento de los hijos del Asegurado.

cadena. CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025

BNP PARIBAS CARDIF

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

COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura?
1. Luto Accidental para la cobertura de fallecimiento accidental La Compañía pagará al Beneficiario por concepto de Luto Accidental, la Suma Asegurada señalada en el 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 Período de Carencia, Deducible, Planes y demás condiciones aplicables a esta cobertura, se encontrará establecidos en el Certificado.	Aplican las exclusiones señaladas en la cobertura de Fallecimiento	Para la cobertura de Luto Accidental; adicionalmente a los Documentos Sustentatorios para el Fallecimiento por causa Natural: 1.Copia simple del Informe, Parte o Atestado, según corresponda. 2.Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.
2. Desamparo Súbito Familiar La Compañía pagará al Beneficiario por concepto de Desamparo Súbito Familiar, la Suma Asegurada señalada en el 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 Período de Carencia, Deducible, Planes y demás condiciones aplicables a esta cobertura, se encontrará establecidos en el Certificado.	Aplican las exclusiones señaladas en la cobertura de Fallecimiento	Para Desamparo Súbito Familiar: Adicionalmente a los Documentos Sustentatorios señalados en la cobertura de Fallecimiento por Accidente: 1.Copia simple del Acta de Defunción del Cónyuge. 2.Original y/o copia certificada del Certificado de Defunción del Cónyuge.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado 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. 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.
- 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.
- 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.

BNP PARIBAS CARDIF

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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Usted podrá dejar sin efecto la contratación del seguro, dentro del plazo de quince (15) días calendarios de recibir el Certificado y a través de los medios contemplados en el artículo 18ª de las Cláusulas Generales de Contratación, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima pagada, dentro de los 30 días calendario de ejercido el derecho de arrepentimiento

IMPORTANTE: Este derecho no aplica cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura o beneficios.

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:

- **Teléfono: (01) 615-5709**
- **Correo electrónico: servicioalcliente@cardif.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**

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: 615-5709 / 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. 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. 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 Coberturade Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

cadena. CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025

BNP PARIBAS CARDIF

CARTILLA DE ASISTENCIA
DENTAL

1. ASISTENCIAS:

Prestación	Límite de Cobertura	Eventos al Año
Consulta telefónica dental	Sin Límites	Sin Límites
Urgencia dental	Sin Límites	Sin Límites
Examen clínico **(1) (3)**	Sin Límites	Sin Límites
Cementado provisional de coronas y puentes fijos **(3)**	Sin Límites	Sin Límites
Profilaxis Dental localizado **(1)(3)**	Sin Límites	Sin Límites
Radiografías dentales simples **(1) (3)**	Sin Límites	Sin Límites
Exodoncia (extracción simple de dientes) **(1) (2) (3)**	Sin Límites	Sin Límites
Beneficios Adicionales (Descuentos Especiales)		
Consulta con especialista (ortodoncia, periodoncia)	Tarifa especial	
Radiografías dentales panorámicas	Tarifa especial	
Profilaxis simples	Tarifa especial	
Sellantes por pieza	Tarifa especial	
Restauración con resina (hasta 2 superficies)	Tarifa especial	
Endodoncia Anterior, Premolar y Molar	Tarifa especial	
Blanqueamiento dental	Tarifa especial	
Tratamientos Adicionales	Hasta 30 % de descuento	

Leyenda:

(1) Solo cuando sea por una Urgencia
(2) Excepto muelas del juicio
(3) Solo de la pieza o piezas que originan la Urgencia

Cuando la Urgencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de Urgencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

• Importante:

• Este servicio estará a disposición del **AFILIADO TITULAR**, **CÓNYUGE**, **HIJOS** Y **PADRES** ilimitadamente las veces que el **AFILIADO TITULAR** lo requiera de acuerdo a las coberturas descritas en el presente documento, a través de la Central de Asistencias +51 (01) 700-6620 para Lima y 0-800-78457 para provincias.

• PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA:

MOK PERU SAC

Central de Asistencias: +51 (01) 700-6620 para Lima y 0-800-78457 para provincias.

La compañía de seguros se reserva el derecho de cambiar de prestador de servicios de asistencia. Para cualquier consulta sobre el prestador de servicios designado o sus canales de atención, revise la siguiente web: https://bnpparibascardif.com.pe/

Canales de atención de reclamos y consultas: En caso de reclamo, relacionado con los servicios de asistencia prestados puede llamar a la Central de Asistencias +51 (01) 700-6620 para Lima y 0-800-78457 para provincias; o escribir a la casilla de correo electrónico sacmokperu@grupomok.com. **MOK** tendrá un plazo máximo de quince (15) días hábiles para resolver el reclamo presentado. En caso de persistencia del reclamo o queja, podrá ejercer los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

Además, también puede comunicarse a través de los siguientes medios: Teléfono: 615-5700 (Opción: 1) / correo electrónico: servicioalcliente@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe

2. DETALLE DE ASISTENCIAS:

2.1 Consulta telefónica dental: En caso el **AFILIADO TITULAR** necesite realizar una consulta telefónica **dental**, ya sea por un fuerte dolor **dental**, una lesión en la que se perdieron uno o varios dientes, o un absceso dental infectado podrá ponerse en contacto con un asesor del proveedor de asistencia para que pueda ser derivado con un especialista.

El servicio se deberá programar con al menos 4 horas hábiles de anticipación de lunes a domingo en el horario de atención 9:00 am a 6:00 pm.

Condiciones del Servicio: Sin límite de tope y eventos.

Profilaxis: Revisión dental preventiva, que consta en consulta médica que incluye una limpieza básica.

Cementado provisional de coronas y puentes fijos

cadena. CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025

Los cementos provisionales son aquellos que se utilizan para unir dos superficies de distinta naturaleza química, pero que poseen una capacidad limitada de retención y durabilidad.

Exodoncia
Es una intervención que se realiza con anestesia local, consiste en el uso de fórceps que agarran con fuerza una pieza de la dentadura, la realización de movimientos rotatorios y de tracción para ir soltando la pieza y la extracción final.

Endodoncia
La endodoncia es un procedimiento que tiene como finalidad preservar las piezas dentales dañadas, evitando así su pérdida. Para ello, se extrae la pulpa dental y la cavidad resultante, se rellena y sella con material inerte y biocompatible.

2.2 Urgencia dental: En caso de que el **AFILIADO TITULAR** sufra un accidente que afecte su dentadura y requieran de la revisión de un odontólogo, podrá acceder a la RED de clínicas y médicos especialistas afiliados, conforme al detalle de los servicios señalados en este documento.

Condiciones del Servicio: Sin límite de tope y eventos.

2.3 Examen clínico (1) (3)
2.4 Cementado provisional de coronas y puentes fijos (3)
2.5 Profilaxis Dental localizado (1)(3)
En caso el afiliado requiera realizarse una revisión dental preventiva, El Proveedor de la asistencia coordinará y gestionará con la red de clínicas del proveedor, la realización del examen (profilaxis) que consta en consulta médica que incluye una limpieza básica.
2.6 Radiografías dentales simples (1) (3)
2.7 Exodoncia (extracción simple de dientes) (1) (2) (3)
2.8 Consulta con especialista (ortodoncia, periodoncia)
2.9 Radiografías dentales panorámicas
2.10 Profilaxis simples
2.11 Sellantes por pieza
2.12 Restauración con resina (hasta 2 superficies)
2.13 Endodoncia Anterior, Premolar y Molar
2.14 Blanqueamiento dental
2.15 Tratamientos Adicionales

Leyenda:
(1) Solo cuando sea por una Urgencia
(2) Excepto muelas del juicio
(3) Solo de la pieza o piezas que originan la Urgencia

3. LIMITACIONES:

El Servicio de Asistencia Médica no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una Urgencia odontológica, entre los cuales a título enunciativo se encuentran los siguientes:

3.1 Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, rehabilitación oral y prótesis, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en el Artículo 1.
3.2 Urgencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y perdida de tejido blando, sustancia calcificada y dientes. Este Cláusula no cubre este tipo de Urgencias, ya que se considera una Urgencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multi disciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.
3.3 Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo al Artículo 1, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
3.4 Medicinas (a excepción de la anestesia infiltrativa local que se requiera para los servicios cubiertos) defectos físicos, enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales, radioterapia y/o quimioterapia. Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de Urgencia odontológica indicada en el este documento.

No obstante si el AFILIADO requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente servicios, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes aplicarán una tarifa especial, respecto de sus tarifas normales, debiendo el AFILIADO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.

Están excluidas las Urgencias que ocurran fuera de la República del Perú.

Adicionalmente, no se prestará los servicios de esta asistencia:

✔ Cuando el **AFILIADO / TITULAR** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
✔ Cuando el **AFILIADO TITULAR** no se identifique como **AFILIADO TITULAR** de los **SERVICIOS**.

cadena. CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025

4. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS:

Los servicios de asistencia se prestarán a nivel nacional, en Lima según el siguiente radio de acción:

- Lima Metropolitana, Callao y Balnearios:
  - Por el Norte: hasta Ancón.
  - Por el Sur: hasta Asia (KM 100)
  - Por el Este: hasta Chaclacayo, Chosica y Cieneguilla
  - Por el Oeste: La Punta
- Provincias: el radio de acción será de 40 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad.

5. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias +51 (01) 700-6620 para Lima y 0-800-78457 para provincias los 365 días del año. Los referidos servicios serán atendidos con la mayor prontitud posible.
Al momento de llamar el AFILIADO TITULAR deberá indicar los siguientes datos:

- Nombre y Apellidos (*)
- DNI (*)
- Dirección y teléfono
- Tipo de servicio que precise

(*) Datos del AFILIADO / TITULAR obligatorios para todo tipo de información o solicitud de asistencia.
El **AFILIADO TITULAR** será guiado por un asesor del proveedor de asistencia, quien estará encargado de derivarlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la Urgencia odontológica, realizándose dicha asistencia en base a las siguientes condiciones:

5.1 Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el Proveedor de Asistencia Dental.
5.2 El Proveedor de Asistencia Dental no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en esta cartilla, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
5.3 Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los afiliados en los horarios que se le informará al Asegurado al momento de generar la cita de atención a través de la Central de Asistencias .
5.4 En caso de requerir referencia a algún especialista, su Odontólogo le proporcionará la información necesaria. El afiliado no debe acudir al especialista sin referencia previa del Odontólogo general que lleva su tratamiento.
5.6 El **AFILIADO TITULAR** deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su documento nacional de identidad (D.N.I.) recibirá la atención del Odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará al Proveedor de Asistencia Dental la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.

6. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS:

Las prestaciones mencionadas se realizarán por empresas profesionales o proveedores designados por **el proveedor de asistencia.**

El proveedor de la asistencia queda relevado de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o caso fortuito ajenos a su voluntad, las prestaciones antes mencionadas no estén disponibles en el lugar en que se encuentre ubicado el Afiliado, o el inmueble del Afiliado. No obstante, en estos casos, el proveedor de la asistencia quedará obligado a compensar los gastos que expresamente haya autorizado efectuar al Afiliado para obtener directamente las prestaciones garantizadas en el presente documento, siendo necesaria la presentación de los comprobantes de los gastos respectivos.

El proveedor de la asistencia cubrirá hasta concurrencia del límite nacional que se señala en las condiciones particulares anteriores, siempre que hubiese sido autorizado previamente. En tal evento, el proveedor de la asistencia reembolsará los gastos efectivos hasta una suma que no exceda de la responsabilidad máxima por evento indicada en las condiciones particulares del presente documento.

cadena. CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025

BNP PARIBAS CARDIF

ASISTENCIA FUNERARIA

1. PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA:

MOK PERU SAC

Central de Asistencias: +51 (01) 700-6620 para Lima y 0-800-78457 para provincias.
La compañía de seguros se reserva el derecho de cambiar de prestador de servicios de asistencia. Para cualquier consulta sobre el prestador de servicios designado o sus canales de atención, revise la siguiente web: https://bnpparibascardif.com.pe/

Canales de atención de reclamos y consultas: En caso de reclamo, relacionado con los servicios de asistencia prestados puede llamar a la Central de Asistencias +51 (01) 700-6620 para Lima y 0-800-78457 para provincias; o escribir a la casilla de correo electrónico sacmokperu@grupomok.com. **MOK** tendrá un plazo máximo de quince (15) días hábiles para resolver el reclamo presentado. En caso de persistencia del reclamo o queja, podrá ejercer los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

Además, también puede comunicarse a través de los siguientes medios: Teléfono: 615-5700 (Opción: 1) / correo electrónico: servicioalcliente@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe

2. SERVICIOS DE ASISTENCIA:

ASISTENCIA FUNERARIA		
SERVICIOS	**EVENTOS**	**LIMITE**
Telemedicina General (Solo para el titular)	Sin Límites	6 consultas
Orientación Médica Telefónica	Sin Límites	Sin Límites
Orientación Psicológica Telefónica	Sin Límites	Sin Límites
Orientación Pediátrica Telefónica	Sin Límites	Sin Límites
Orientación Nutricional Telefónica	Sin Límites	Sin Límites
Envío de Médico a Domicilio	Sin Límites	Sin Límites
Traslado Médico Terrestre (Ambulancia) por Accidente o Enfermedad	Sin Límites	Sin Límites
Asistencia Psicológica a consecuencia de un Accidente, Robo y/o intento de Robo	Sin Límites	Sin Límites
Servicio de Traslado de Acompañante en caso de lesiones producto de un Accidente, Robo y/o Intento de Robo	Sin Límites	Sin Límites
Reembolso de la Primera Atención Médica en caso de lesiones producto de un Accidente , Robo y/o intento de Robo	Sin Límites	Sin Límites
Coordinación en la Compra de Medicamentos	Sin Límites	Sin Límites
Referencias de médicos especialistas, clínicas, hospitales, laboratorios y centros médicos	Sin Límites	Sin Límites
Asistencia Legal Telefónica en lo Civil, Penal y Familiar	Sin Límites	Sin Límites
Coordinación con veterinarios, alimento para mascotas, vacunas	Sin Límites	Sin Límites
Coordinación para el servicio de empleadas(os) para el hogar, niñeras, jardineros, técnicos para el hogar	Sin Límites	Sin Límites
Coordinación con centros culturales, restaurantes, cines	Sin Límites	Sin Límites
Coordinación con serenazgo, policía, bomberos	Sin Límites	Sin Límites
Coordinación de taxis	Sin Límites	Sin Límites
Asistencia de Director Funerario	Sin Límites	Sin Límites
Ataúd de Madera	Sin Límites	Sin Límites
Capilla Ardiente	Sin Límites	Sin Límites
Carroza Modelo Básico	Sin Límites	Sin Límites
Auditoría de Servicio	Sin Límites	Sin Límites

Importante:

- Este servicio estará a disposición del **AFILIADO TITULAR** y/o su cónyuge, hijos y padres según las condiciones de cada servicio descritas en el presente documento.

3. DETALLE DE SERVICIOS:

3.1 Telemedicina General (Solo para el titular): En caso de que el **TITULAR** requiera la evaluación de un médico por alguna enfermedad o molestia (situaciones que no sean emergencias), podrá comunicarse con la central telefónica del proveedor de la asistencia y solicitar el servicio de telemedicina que se brindará a través de Video llamada mediante Whatsapp, Zoom o Google Meet; incluye el envío de una receta digital personalizada con firma y sello del médico, aplica para medicina general.

El servicio se deberá programar con al menos 4 horas de anticipación dentro del horario de atención, de lunes a domingo en el horario de atención 8:00 am a 10:00 pm.
El servicio podrá ser usado por un máximo de 06 (seis) eventos al año.

cadena. CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025

3.2 Orientación Médica Telefónica: Servicio de información proporcionado por profesionales del área de la salud, operativo durante las 24 horas y los 365 días, orientado a responder las inquietudes efectuadas por el titular y los beneficiarios de este, en búsqueda de una solución u orientación sobre enfermedades, dolencias, síntomas, malestares, imprevistos de salud, interacción de medicamentos, seguimiento de enfermedades crónicas, medidas de auto cuidado en salud, etc.
Condiciones del Servicio: Cobertura ilimitada, sin máximos ni topes. Se brindará la orientación tanto al AFILIADO TITULAR como a su cónyuge, hijos y padres, las 24 horas del día y los 365 días del año. No se asumirá o reembolsará ningún gasto en el que incurra el AFILIADO TITULAR por medicamentos, exámenes o cualquier otro gasto adicional, los que correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el SERVICIO se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica.

3.3 Orientación Psicológica Telefónica: Servicio de información proporcionado por profesionales del área de la salud, operativo de lunes a sábado de 8:00 a 18:00 hrs y se agenda con 24 horas de anticipación, orientado a responder las inquietudes efectuadas por el titular y/o cónyuge, hijos y padres, en búsqueda de una solución u orientación sobre temas psicológicos.

Condiciones del Servicio: Se brindará la orientación tanto al AFILIADO TITULAR como a su cónyuge, hijos y padres, de lunes a sábado de 8:00 a 18:00 hrs y se agenda con 24 horas de anticipación. No se asumirá o reembolsará ningún gasto en el que incurra el AFILIADO TITULAR por medicamentos, exámenes o cualquier otro gasto adicional, los que correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el SERVICIO se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica.

3.4 Orientación Pediátrica Telefónica: Servicio de información proporcionado por profesionales del área de la salud, operativo durante las 24 horas y los 365 días, orientado a responder las inquietudes efectuadas por el titular y los beneficiarios de este, en búsqueda de una solución u orientación sobre temas pediátricos.

Condiciones del Servicio: Cobertura ilimitada, sin máximos ni topes. Se brindará la orientación tanto al AFILIADO TITULAR como a su cónyuge, hijos y padres, las 24 horas del día y los 365 días del año. No se asumirá o reembolsará ningún gasto en el que incurra el AFILIADO TITULAR por medicamentos, exámenes o cualquier otro gasto adicional, los que correrán por su propia cuenta.. Queda entendido que el SERVICIO se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica.

3.5 Orientación Nutricional Telefónica: Servicio de información proporcionado por profesionales del área de la salud, operativo de lunes a sábado de 8:00 a 18:00 hrs y se agenda con 24 horas de anticipación, orientado a responder las inquietudes efectuadas por el titular y los beneficiarios de este, en búsqueda de una solución u orientación sobre temas nutricionales.

Condiciones del Servicio: Se brindará la orientación tanto al AFILIADO TITULAR como a su cónyuge, hijos y padres, operativo de lunes a sábado de 8:00 a 18:00 hrs y se agenda con 24 horas de anticipación.. No se asumirá o reembolsará ningún gasto en el que incurra el AFILIADO TITULAR por medicamentos, exámenes o cualquier otro gasto adicional, los que correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el SERVICIO se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica.

3.6 Envío de Médico a Domicilio: En caso de que el AFILIADO requiera un médico especialista en medicina general en su domicilio para situaciones que no sean consideradas como emergencias, a solicitud de éste, se coordinará el envío de un médico para que evalúe al Afiliado y le realice un diagnóstico.

Condiciones del Servicio: Sin límite de número de eventos.

3.7 Traslado Médico Terrestre (Ambulancia) por Accidente o Enfermedad: En caso de que el Afiliado sufra una enfermedad grave o accidente que le provoquen lesiones o traumatismos tales que requiera traslado a un hospital y/o clínica, siempre y cuando exista la INFRAESTRUCTURA pública o privada que lo permita.

Condiciones del Servicio: Sin límite de tope y eventos.

3.8 Asistencia Psicológica a consecuencia de un Accidente, Robo y/o intento de Robo: En caso de que el Afiliado requiere de una Orientación Telefónica Psicológica ante cualquier angustia emocional que sufriera a raíz de un accidente, robo y/o intento de robo (situaciones que no sean Emergencia), se gestionará y coordinará el enlace telefónico con un médico especialista en Psicología para poder absolver consultas y brindar la consejería requerida.

El servicio se deberá programar con al menos 24 horas hábiles de anticipación operativo de lunes a sábado de 8:00 a 18:00 hrs.

3.9 Servicio de Traslado de Acompañante en caso de lesiones producto de un Accidente, Robo y/o Intento de Robo: Cuando el tercero acompañante del Afiliado requiera de esta asistencia, a consecuencia de algún accidente, Robo y/o Intento de Robo. Se pondrá a su disposición una unidad (vehículo) para el traslado al destino que solicite.

Este servicio se atenderá las 24 horas del día los 365 días del año.

Condiciones del servicio: Sin límite de tope y eventos.
No incluye: Traslado de menores de edad sin un adulto.

3.10 Reembolso de la Primera Atención Médica en caso de lesiones producto de un Accidente , Robo y/o intento de Robo: Cuando el Afiliado realice gastos relacionados a la atención Médica por lesiones producto de un Accidente, Robo y/o intento de Robo (primera atención). El proveedor de la asistencia reembolsará los gastos efectivos.

CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025

El Afiliado, deberá enviar a el proveedor de la asistencia, los sustentos de la atención vía correo electrónico (comprobante de pago, orden médica, receta, informe médico, entre otros).

3.11 Coordinación en la Compra de Medicamentos: En caso de ser recetado por parte del médico en la visita a domicilio con algún medicamento, se gestionará y coordinará la entrega del medicamento directamente al domicilio del afiliado. El costo de éste será cubierto por el afiliado con sus propios medios.

Condiciones del Servicio: Sin límite de tope y eventos.

3.12 Referencias de médicos especialistas, clínicos, hospitales, laboratorios y centros médicos: Cuando se necesite referencias de médicos especialistas, clínicas y hospitales, se proporcionará al AFILIADO información sobre la disponibilidad, ubicación y contacto de las mismas, así como especialistas como odontólogos, cardiólogos, pediatras, ginecólogos, dermatólogos, etc. La información brindada no deberá considerarse como una recomendación, por lo que no se asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los médicos o centros médicos contactados.

Condiciones del Servicio: Sin límite de tope y eventos.

3.13 Asistencia Legal Telefónica en lo Civil, Penal y Familiar: Se brindará al AFILIADO TITULAR, previa solicitud y solamente por vía telefónica, los servicios de referencia y consultoría legal en materia penal, civil y familiar, las veinticuatro horas del día durante los trescientos sesenta y cinco días del año sobre: Materia administrativa, civil, comercial, competencia y regulación, constitucional, laboral y tributaria. En todo caso, los gastos adicionales a la consulta telefónica en los que incurra el AFILIADO por la prestación de los servicios profesionales legales no serán parte de este servicio, sino que deberá ser asumido por el AFILIADO con sus propios recursos.
El proveedor del servicio de asistencia no será responsable por el resultado de las gestiones y defensas realizadas por parte del abogado que contrate directamente el AFILIADO. El presente servicio se prestará sin límite de eventos por año.

Condiciones del Servicio: Sin límite de tope y eventos.

3.14 Coordinación con veterinarios, alimento para mascotas, vacunas: En caso de que el AFILIADO solicite de alguna coordinación con veterinarias/tiendas sobre la compra de comida para mascota y vacunas, se apoyará con la gestión de coordinación, el cual será tomado de forma particular por el cliente. La información brindada no deberá considerarse como una recomendación, por lo que no se asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o los productos adquiridos.

Condiciones del Servicio: El costo de la atención veterinaria, los alimentos o vacunas será cubierto por el afiliado con sus propios medios.

Servicio de forma ilimitada las 24 horas del día, los 365 días del año. Sujeto a disponibilidad de tiendas/veterinarias. El costo total de la compra será cubierto por el afiliado. No garantizamos la calidad de los productos y todo cambio, reclamo y/o devolución lo tendrá que manejar con el establecimiento de cargo.

3.15 Coordinación para el servicio de empleadas(os) para el hogar, niñeras, jardineros, técnicos para el hogar: En caso que el afiliado necesite coordinar el servicio de empleadas (os) para su hogar, así como niñeras, jardineros o técnicos para su hogar, podrá ponerse en contacto para asistirlo en su solicitud. La información brindada no deberá considerarse como una recomendación, por lo que no se asumirá responsabilidad alguna en relación a los servicios prestados por el personal que contrate.

Condiciones del Servicio: El costo de los servicios con el personal que contrate será cubierto por el afiliado con sus propios medios.

3.16 Coordinación con centros culturales, restaurantes, cines: En caso que el afiliado necesite coordinar con centros culturales, restaurantes o cines, podrá ponerse en contacto para asistirlo en su solicitud. La información brindada no deberá considerarse como una recomendación, por lo que no se asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o los productos adquiridos.

Condiciones del Servicio: El costo de los servicios o productos adquiridos será cubierto por el afiliado con sus propios medios.

3.17 Coordinación con serenazgo, policía, bomberos: En caso que el afiliado necesite coordinar con serenazgo, policía o bomberos podrá ponerse en contacto para asistirlo en su solicitud.

Condiciones del Servicio: Sin límite de tope y eventos.

3.18 Coordinación de taxis: En caso que el afiliado necesite coordinar con el servicio de taxi, podrá ponerse en contacto para asistirlo en su solicitud. La información brindada no deberá considerarse como una recomendación, por lo que no se asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o los servicios adquiridos.

Condiciones del Servicio: El costo de los servicios será cubierto por el afiliado con sus propios medios.

3.19 Asistencia de Director Funerario: Si a consecuencia del fallecimiento del TITULAR los beneficiarios solicitan un director funerario para la organización del sepelio, El proveedor de la asistencia pondrá a su disposición una persona calificada para poder gestionar la organización del hecho.

Condiciones del servicio: No asume gastos y/o reembolsos de algún trámite. No genera funciones de limpieza. Sujeto a disponibilidad. Sin límite de tope y eventos.

cadena. CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025

3.20 Ataúd de Madera Imperial: Si a consecuencia del fallecimiento del TITULAR los beneficiarios solicitan un ataúd de madera imperial, el proveedor de la asistencia habilitará mediante la asistencia funeraria el mismo con el fin de poder velar al fallecido.

Condiciones del servicio: Ataúd básico. No incluye modelos superiores y/o de algún otro material que no sea madera. Modelos según stock de nuestro centro funerario. No incluye preparación del cuerpo ni posición del mismo. Sin límite de tope y eventos.

3.21 Capilla Ardiente: Si a consecuencia del fallecimiento del TITULAR los beneficiarios solicitan una capilla ardiente, El proveedor de la asistencia pondrá a su disposición un conjunto de ornamentos luminosos eléctricos que se utilizará en el funeral o incineración del fallecido.

Condiciones del servicio: Capilla ardiente según stock de nuestro centro funerario. Cualquier daño causado a los accesorios serán asumidos por el cliente. Solo incluye servicio de alquiler por horas o días sin límite de tope y eventos.

3.22 Carroza Modelo Básico: Si a consecuencia del fallecimiento del TITULAR los beneficiarios solicitan un carroza modelo básico, El proveedor de la asistencia pondrá a su disposición un coche fúnebre tradicional que consta de un chasis alargado tipo vagón con espacio suficiente para albergar un ataúd y los arreglos florales que le acompañan.

Condiciones del servicio: Carroza básica, no incluye acompañamiento de familiares dentro del mismo. Incluye un traslado directo sin límite de tope y eventos.

3.23 Auditoría de Servicio: Si a consecuencia del fallecimiento del TITULAR los beneficiarios solicitan un médico auditor para la verificación del expediente médico (Historia Clínica), el proveedor de la asistencia pondrá a su disposición un especialista para la verificación de los documentos médicos y en caso de informe para los fines pertinentes.

Condiciones del servicio: Solo incluye revisión de documentos informe y asesoría. No incluye gestión de trámites adicionales o visitas presenciales. Atención de lunes a viernes en horario hábil sin límite de tope y eventos.

4. LIMITACIONES GENERALES: No se prestará los servicios de esta asistencia:

- ✔ Cuando el **AFILIADO / TITULAR** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- ✔ Cuando el **AFILIADO TITULAR** no se identifique como **AFILIADO / TITULAR** de los **SERVICIOS.**

5. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS:

Los servicios de asistencia se prestarán a nivel nacional, en Lima según el siguiente radio de acción:

- Lima Metropolitana, Callao y Balnearios:
  - Por el Norte: hasta Ancón.
  - Por el Sur: hasta Asia (KM 100)
  - Por el Este: hasta Chaclacayo, Chosica y Cieneguilla
  - Por el Oeste: La Punta
- Provincias: el radio de acción será de 40 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias +51 (01) 700-6620 para Lima y 0-800-78457 para provincias los 365 días del año. Los referidos servicios serán atendidos con la mayor prontitud posible.

Al momento de llamar se deberá indicar los siguientes datos:

- Nombre y Apellidos del AFILIADO TITULAR y del familiar que usará el servicio
- DNI del AFILIADO TITULAR y del familiar que usará el servicio Dirección y teléfono
- Tipo de servicio que precise

7. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS:

Las prestaciones mencionadas se realizarán por empresas profesionales o proveedores designados por el proveedor de asistencia.

El proveedor de la asistencia queda relevado de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o caso fortuito ajenos a su voluntad, las prestaciones antes mencionadas no estén disponibles en el lugar en que se encuentre ubicado el Afiliado, o el inmueble del Afiliado. No obstante, en estos casos, el proveedor de la asistencia quedará obligado a compensar los gastos que expresamente haya autorizado efectuar al Afiliado para obtener directamente las prestaciones garantizadas en el presente documento, siendo necesaria la presentación de los comprobantes de los gastos respectivos.

El proveedor de la asistencia cubrirá hasta concurrencia del límite nacional que se señala en las condiciones particulares anteriores, siempre que hubiese sido autorizado previamente. En tal evento, el proveedor de la asistencia reembolsará los gastos efectivos hasta una suma que no exceda de la responsabilidad máxima por evento indicada en las condiciones particulares del presente documento.

cadena. CDF- 1884 V.4 MOD 02/2025