



<b>SOLICITUD-CERTIFICADO (SC) DEL SEGURO DESGRAVAMEN NEGOCIO BBVA</b>				
<b>Código SBS:</b> VI2087400069 (ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS)				
<b>Nro. Solicitud-Certificado</b>			<b>(*) Importe Prima Comercial + IGV</b>	
<b>Póliza N°</b>	<b>Moneda</b>	<b>Fecha de Inicio de Vigencia</b>	<b>Fecha Fin de Vigencia</b>	<b>Crédito Nro.</b>
Soles N° 7404210178 Dólares N° 7404210279				
<b>Oficina</b>		<b>Monto del Crédito</b>		<b>Número de cuenta</b>
<b>DATOS DEL CRÉDITO:</b>				
Denominación Social del Titular del Crédito:				RUC Nro.:
Dirección:				
Nro. Ext:		Nro. Int.:	Referencia:	
Distrito:			Provincia:	
Departamento:			Teléfono (s):	
Email:				
<b>DATOS DEL ASEGURADO 1: REPRESENTANTE LEGAL Y FIADOR SOLIDARIO DEL CRÉDITO/PERSONA NATURAL CON NEGOCIO</b>				
Nombre y Apellidos:				
Fecha Nacimiento:		Sexo:	DNI / CE:	Teléfono (s):
Dirección:				
Nro. Ext.:	Distrito:		Provincia:	
Departamento:	Relación con el Contratante: Cliente		Nacionalidad:	
Email:				
<b>DATOS DEL ASEGURADO 2: REPRESENTANTE LEGAL Y FIADOR SOLIDARIO DEL CRÉDITO/CÓNYUGE DEL ASEGURADO 1 (SOLO EN CASO EL ASEGURADO 1 SEA PERSONA NATURAL CON NEGOCIO)</b>				
Nombre y Apellidos:				
Fecha Nacimiento:		Sexo:	DNI / CE:	Teléfono (s):
Dirección:				
Nro. Ext.:	Distrito:		Provincia:	
Departamento:	Relación con el Contratante: Cliente		Nacionalidad:	
Email:				
<b>PRIMA / TASA</b>	<b>PLAN: UN ASEGURADO</b>	<b>Plan: Un Asegurado más periodo de gracia</b>	<b>PLAN: DOS ASEGURADOS</b>	<b>PLAN: Dos asegurados más periodo de gracia</b>
Prima Comercial:	<b>0.0712%</b>	<b>0.0828%</b>	<b>0.1424%</b>	<b>0.1656%</b>
Prima Comercial más IGV	<b>0.0840%</b>	<b>0.0977%</b>	<b>0.1680%</b>	<b>0.1954%</b>
<b>REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD</b>				
Mínima de Ingreso: 18 años / Máxima de Ingreso: 74 años y 364 días / Máxima de Permanencia: 79 años y 364 días Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura. En caso el titular del crédito sea una Persona Jurídica, el Asegurado deberá cumplir la condición de Representante Legal y ser Fiador Solidario del Crédito. Asimismo, este Representante legal deberá ser Titular de la MYPE o Socio o Accionista o Gerente General. En caso el titular del crédito sea una Persona Natural con Negocio, el Asegurado 1 deberá ser el Titular de la MYPE. Podrá asegurarse como Asegurado 2 la (el) cónyuge de la Persona Natural con Negocio, siempre que hubiera participado como contratante en el crédito asegurado.				



Declaro haber leído, aceptado, recibido y firmado la Solicitud-Certificado.

\_\_\_\_\_  
FIRMA ASEGURADO (1)

\_\_\_\_\_  
GERENTE DE DIVISIÓN DE OPERACIONES  
BNP PARIBAS CARDIF S.A  
COMPANÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS

\_\_\_\_\_  
FIRMA ASEGURADO (2)

**PRINCIPALES DEFINICIONES**

- Representante Legal: Para efectos de la Póliza será el Titular de la MYPE, Socio, Accionista o Gerente General de una MYPE debidamente inscritos como tales en el Registro de Personas Jurídicas.
- Fiador Solidario: Para efectos de la Póliza, se refiere a la Persona Natural obligada a cumplir una determinada prestación frente al acreedor, en garantía de una obligación ajena, si no es cumplida por el deudor y que no goza del beneficio de excusión.
- MYPE's: Micro y pequeña empresa, de conformidad con lo dispuesto por Ley N° 28015, Ley de Formalización de la Micro y Pequeña Empresa.
- Persona Natural con Negocio: Persona Natural Titular de una MYPE.

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Razón Social: BANCO BBVA PERÚ | RUC: 20100130204 | Teléfono(s): (01) 595-0000 | Web: <https://www.bbva.pe>  
Dirección: Av. República de Panamá N° 3055 San Isidro

**DATOS DE LA COMPANÍA**

Razón Social: BNP Paribas Cardif S.A Compañía de Seguros y Reaseguros | RUC: 20513328819  
Correo Electrónico: [atenciondeseguros@cardif.com.pe](mailto:atenciondeseguros@cardif.com.pe) | Teléfono (01) 615-5724 | Web: [www.bnpparibascardif.com.pe](http://www.bnpparibascardif.com.pe)  
Dirección: Av. Canaval y Moreyra N° 380 Piso 11 San Isidro

**DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS: No aplica**

COBERTURAS PRINCIPALES	SUMA ASEGURADA (SA)	CONDICIÓN
1. Fallecimiento	Saldo insoluto del crédito en caso de Fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente del Asegurado, lo que ocurra primero, siempre que cumpla con los requisitos de asegurabilidad, hasta un máximo de S/.300,000 o su equivalente en Moneda Extranjera.	Periodo de Carencia: No aplica Deducible: No aplica
2. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente		
COBERTURA ADICIONAL	SUMA ASEGURADA (SA)	CONDICIÓN DE COBERTURA
3. Incapacidad Temporal (por Accidente o Enfermedad)	Hasta 5 cuotas mensuales del Crédito (pagadas una a una) Monto máximo por cuota del Crédito hasta S/. 6,000 y siempre que cumpla con las condiciones de asegurabilidad que se mantenga como Representante Legal y Fiador Solidario.	Periodo de Carencia por Enfermedad: 60 días / Periodo de Carencia por Accidente: No aplica / Periodo Activo Mínimo: 180 días / Forma de pago: Una cuota a la vez / Deducible: 30 días de incapacidad continuos para el pago de una cuota mensual del Crédito hasta la suma asegurada máxima / Eventos: 2 eventos por cada 365 días de duración del Seguro.

**BENEFICIARIO: El Contratante**

**RENOVACIÓN**

La cobertura del presente seguro se inicia desde el momento en que el préstamo haya sido desembolsado por la ENTIDAD FINANCIERA al ASEGURADO, extendiéndose hasta la cancelación del monto total del préstamo o la fecha en la que el ASEGURADO alcance el límite de edad de permanencia, lo que ocurra primero\*. No obstante, en caso la Compañía decida no renovar la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, deberá comunicarlo al Contratante y/o Asegurado respectivamente, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario.

VIGENCIA\*: Desde el inicio del crédito hasta la cancelación del mismo.



LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA		
<b>Lugar:</b> Oficinas del Contratante.	<b>Período de Gracia:</b> Aplica el mismo plazo del periodo de gracia del crédito asegurado.No podrá exceder los 6 meses.	<b>Interés Moratorio:</b> No aplica
<b>Forma:</b> Mensual, se incluirá en la cuota mensual del crédito.	<b>Fecha de Vencimiento de pago:</b> En la fecha de vencimiento de la cuota del crédito.	
<b>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>		
DESCRIPCIÓN GENERAL		MONTO / PORCENTAJE
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor		No Aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros		No Aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de la banca seguros u otro comercializador		No Aplica
CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES		
<p>Mediante la firma de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan anteriormente y autorizo de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean usados para, además de ejecutar y administrar los contratos de seguros, coaseguros y/o reaseguros, realizar el envío de publicidad y/o contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web <a href="http://www.bnpparibascardif.com.pe">www.bnpparibascardif.com.pe</a>. Y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.</p>		
<p>_____</p> <p>ASEGURADO</p>		
DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES		
<p><b>1. FALLECIMIENTO:</b> La Compañía pagará al Beneficiario de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, si el Asegurado fallece por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. En el caso de Muerte 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. El periodo de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en solicitud-certificado. La cobertura de corresponder podrá sujetarse a planes establecidos en la solicitud-certificado</p>		
<p><b>2. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:</b> La Compañía pagará al Beneficiario de la Póliza, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado si el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de una Enfermedad o Accidente. Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una Enfermedad o Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones", regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.</p>		
DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL		
<p><b>3. INCAPACIDAD TEMPORAL (POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD):</b> La Compañía pagará al Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada de acuerdo a lo establecido en el presente documento, en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Incapacidad Temporal. El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en la Solicitud-Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Temporal. Habrá lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Incapacidad Temporal, si el Asegurado reincide en un estado de Incapacidad Temporal y siempre y cuando haya transcurrido el Periodo Activo Mínimo señalado en el presente documento, que se computa desde el cese</p>		



del último estado de Incapacidad Temporal y siempre que esta nueva Incapacidad Temporal sea por una causa distinta y no originada por la Enfermedad o Accidente que originó la Incapacidad Temporal ya indemnizada. El Período de Carencia aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en el presente documento.

### **EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES**

#### **FALLECIMIENTO:**

1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia.
2. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lit o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol 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.
3. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
4. 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.
5. 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.
6. Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.
7. 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.

**INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE:** Adicionalmente a las exclusiones previstas para el caso de Fallecimiento, esta póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

1. Lesiones autoinfligidas causadas intencionalmente por el Asegurado, estando en su sano juicio o no, o por terceros con el consentimiento del Asegurado.
2. A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátrico o psicológico, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol.

### **EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL**

#### **INCAPACIDAD TEMPORAL:**

1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia.
2. Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
3. Manipulación de explosivos o armas de fuego.
4. A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa.
5. Lumbago y cialgia.
6. Enfermedades y/o Accidente por el cual el Asegurado haya recibido una indemnización bajo esta Póliza.
7. Hernias y sus consecuencias.

### **AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA**

Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro: Treinta (30) días calendarios de ocurrido el Siniestro. Lugar para presentar la Solicitud de Cobertura y Documentos Sustentatorios: Oficina de la Compañía y/o Oficinas del Contratante.



**PASOS PARA REALIZAR LA SOLICITUD DE COBERTURA:**

1. Complete los documentos
2. Remita la documentación por los siguientes medios:
3. **a)** A través del correo electrónico, [atenciondeseguros@cardif.com.pe](mailto:atenciondeseguros@cardif.com.pe)  
**b)** A través de agencias de BBVA  
Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.

En caso de Siniestro se deberán presentar los documentos que se detallan a continuación:

**PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO POR CAUSA NATURAL:**

1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
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) del Informe médico del médico tratante en caso de fallecimiento por Enfermedad.
7. Original de la Copia literal de la Partida Registral de la MYPE, con una antigüedad no mayor a 30 días calendarios donde se verifique la calidad de Representante Legal del Asegurado; en caso el titular del crédito sea una MYPE Persona Jurídica.

**PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE:** Adicionalmente a los Documentos Sustentatorios antes indicados para la Cobertura de Fallecimiento por causa natural, en caso de Fallecimiento a consecuencia directa e inmediata de un Accidente, deberán presentarse los siguientes documentos:

8. Copia simple del Informe Policial, parte Policial o Atestado Policial.
9. Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.

**PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD:**

1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.
2. Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
3. Historia Clínica completa foliada y fedateada del Asegurado, en caso sea de invalidez por enfermedad.
4. Original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por ESSALUD o la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia) o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.
5. Original de la Copia literal de la Partida Registral de la MYPE, con una antigüedad no mayor a treinta (30) días calendarios donde se verifique la calidad de Representante Legal del Asegurado, en caso el titular del crédito sea una MYPE Persona Jurídica.

**PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Adicionalmente a los Documentos sustentatorios para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad deberá presentarse los siguientes documentos:

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

**PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:**

1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
2. Copia simple del documento de identidad y/o carné de identificación del Asegurado.
3. Copia simple del certificado de Renta de 4ta categoría o Declaración Jurada de Renta de 3ra categoría.
4. Certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal.
5. Copia simple del informe médico completo (debe incluir Copia del Informe sucinto (resumen) de la historia clínica).
6. Declaración Jurada que indique su situación de Trabajador de Independiente.
7. Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito.
8. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
9. Certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal.

**MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA**

La Compañía podrá modificar la prima, cobertura, moneda y demás condiciones de la Póliza, durante su vigencia, en caso lo considere necesario, previa aceptación por escrito del Contratante. La Compañía entregará



al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones efectuadas, sin perjuicio de comunicar a los Asegurados dichos cambios a través de cualquier medio indirecto contemplado en el artículo 18° de las Cláusulas Generales de Contratación. El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria. Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

#### **INFORMACIÓN ADICIONAL**

- El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza Grupal, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario de recibida la solicitud.
- La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que pudiera incurrir el comercializador durante la comercialización. Tratándose de un producto comercializado a través del canal de banca seguros 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: 615-5724 / correo electrónico: [atenciondeseguros@cardif.com.pe](mailto:atenciondeseguros@cardif.com.pe) / Página web: [www.bnpparibascardif.com.pe](http://www.bnpparibascardif.com.pe) / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.
- El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro, mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. Asimismo, la Compañía, de forma voluntaria y sin expresión de causa podrá resolver el seguro, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios al Asegurado.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

#### **TERRITORIALIDAD**

La Póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro y fuera del territorio nacional y en su caso, los que hayan sido materia de sentencia judicial ante los tribunales ordinarios de la República del Perú.

#### **DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento.
- A la firma de este documento (Solicitud Certificado), declaro haber recibido el Certificado de Seguro, toda vez que, la aceptación de la solicitud del seguro se evidencia con la emisión de esta Solicitud Certificado de Seguro, cumpliéndose en plazo de ley la obligación de la Compañía de entregar los certificados de seguro si no media rechazo previo.
- Declaro haber sido informado que mis datos personales serán registrados en el banco de datos personales de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, para la preparación, celebración y ejecución del contrato de seguro, así como de los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar a mi favor y/o para la realización de encuestas de satisfacción. El tratamiento de mis datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades a terceras empresas con las que la Compañía mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará en la página web [www.bnpparibascardif.com.pe](http://www.bnpparibascardif.com.pe). En caso de no proporcionar los datos personales solicitados, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas. Podré ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de sus datos, llenando el formulario al que puedo acceder



de la página web antes mencionada y remitiéndolo a [servicioalcliente@cardif.com.pe](mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe) o de manera presencial en la dirección señalada en este punto, debiendo presentar y/o adjuntar copia de mi Documento de Identidad.

- Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley.
- Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro.
- 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.