

SOLICITUD-CERTIFICADO DEL SEGURO DE DESEMPLEO VIDA TRANQUILA BANCO CENCOSUD

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza: 5920140118	Código SBS: RG2085900043 adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias	Moneda: Nuevos Soles
--------------------	---	----------------------

DATOS DE LA COMPAÑÍA

Denominación Social: BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros		
RUC: 20513328819	Teléfono: (01) 615-1700 / Fax: (01) 615-1721	
Dirección: Av. Canaval y Moreyra N° 380 Piso 11	Correo Electrónico: servicioalcliente@cardif.com.pe	
Distrito: San Isidro	Provincia: Lima	Departamento: Lima

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación Social: Razón Social: BANCO CENCOSUD S.A.			
RUC: 20543166660	Teléfono (s): (01) 625-0500	Web: www.bancocencosud.com.pe	
Dirección: Av. Benavides N° 1555, Urb. San Antonio	Distrito: Miraflores	Provincia: Lima	Departamento: Lima

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
Dirección del Asegurado:		Correo Electrónico:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
Relación con el Contratante: Cliente			
Ocupación:	Trabajo Actual:	Antigüedad Laboral:	
Actividad:	<input type="checkbox"/> Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente	Nacionalidad:	

EDAD

Edad Mínima de Ingreso: 18 años	Edad Máxima de Ingreso: 64 años y 364 días	Edad Máxima de Permanencia: 69 años y 364 días
---------------------------------	--	--

AUTORIZACIÓN DE CARGO

Yo (Nombres/Apellidos) _____, identificado con documento _____ autorizo al Contratante a cargar la prima del seguro, durante la vigencia de la póliza, en forma mensual:

Tarjeta de Crédito: Visa MasterCard

Fecha de Vencimiento: Mes: Año:

Número de Tarjeta de Crédito:

Cuenta de Ahorros Soles: Dólares N°

De no encontrar saldo en la cuenta o si no se pudiera realizar el cobro con esta Tarjeta y/o cuenta, autorizo a que el Contratante proceda con el cargo respectivo en cualquiera de mis cuentas donde mantenga saldo acreedor. Sin embargo, si el Contratante no usase esta facultad no será responsable de la suspensión, resolución y/o extinción de la cobertura del seguro.

En caso de extravío, pérdida, robo, cambio de la Tarjeta de donde se realiza el cargo de la prima, el Asegurado está obligado a informar al Contratante, asimismo, autorizo que el cargo continúe realizándose en el nuevo número de Tarjeta. Sin embargo, si el Contratante no usase esta facultad no será responsable de la suspensión, resolución y/o extinción de la cobertura de seguro.

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

**SEGURO
NO OBLIGATORIO**

FIRMA DEL ASEGURADO

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADO POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE CATORCE PÁGINAS.



ASEGURADO

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

COBERTURAS PRINCIPALES Y CONDICIONES DEL SEGURO

Cobertura	Condiciones de Cobertura	Suma Asegurada
DESEMPLEO INVOLUNTARIO (Trabajadores Dependientes)	<p>Período de Carencia: 60 días</p> <p>Deducible: Una cuota</p> <p>Antigüedad Laboral: 6 meses para personas con contrato laboral indefinido, con el mismo empleador. 12 meses para personas con contrato laboral a plazo fijo, con el mismo empleador.</p> <p>Período Activo Mínimo: 6 meses para personas con contrato laboral indefinido, con el mismo empleador. 12 meses para personas con contrato laboral a plazo fijo, con el mismo empleador.</p> <p>Número máximo de eventos: Hasta 2 eventos por cada 12 renovaciones mensuales.</p> <p>Forma de pago de la indemnización: Se pagarán las 2 primeras cuotas en una sola oportunidad y las restantes una a una de manera mensual.</p>	Pago de hasta 6 cuotas de la tarjeta de crédito hasta un máximo S/. 650 por cuota
INCAPACIDAD TEMPORAL (Trabajadores Independientes)	<p>Período de Carencia: 60 días</p> <p>Deducible: 30 días</p> <p>Período Activo Mínimo: 6 meses</p> <p>Número máximo de eventos: Hasta 2 eventos por cada 12 renovaciones mensuales.</p> <p>Forma de pago de la indemnización: Se pagará la cuota una a una de manera mensual por cada 30 días de incapacidad temporal.</p>	Pago de hasta 6 cuotas de la tarjeta de crédito hasta un máximo S/. 650 por cuota

COBERTURAS ADICIONALES Y CONDICIONES DEL SEGURO

Cobertura	Condiciones de Cobertura	Suma Asegurada
DIVORCIO	<p>Período de Carencia: 90 días</p> <p>Deducible: No aplica</p> <p>Número máximo de eventos: 1 evento por cada 12 renovaciones mensuales.</p> <p>Forma de pago de la indemnización: Indemnización</p>	Pago de una cuota de la tarjeta de crédito hasta un máximo de S/. 650 por cuota
MATRIMONIO	<p>Período de Carencia: 90 días</p> <p>Deducible: No aplica</p> <p>Número máximo de eventos: 1 evento por cada 12 renovaciones mensuales.</p> <p>Forma de pago de la indemnización: Indemnización</p>	Pago de una cuota de la tarjeta de crédito hasta un máximo de S/. 650 por cuota
NACIMIENTO DE UN HIJO	<p>Período de Carencia: 9 meses</p> <p>Deducible: No aplica</p> <p>Número máximo de eventos: 2 eventos por cada 12 renovaciones mensuales.</p> <p>Forma de pago de la indemnización: Indemnización</p>	Pago de una cuota de la tarjeta de crédito hasta un máximo de S/. 650 por cuota
TITULACIÓN DEL ASEGURADO O DE UN HIJO	<p>Período de Carencia: 90 días</p> <p>Deducible: No aplica</p> <p>Número máximo de eventos: 2 eventos por cada 12 renovaciones mensuales.</p> <p>Forma de pago de la indemnización: Indemnización</p>	Pago de una cuota de la tarjeta de crédito hasta un máximo de S/. 650 por cuota
LUTO (Fallecimiento del Cónyuge)	<p>Período de Carencia: 90 días por muerte natural / No aplica carencia por muerte accidental</p> <p>Deducible: No aplica</p> <p>Número máximo de eventos: 1 evento por cada 12 renovaciones mensuales</p> <p>Forma de pago de la indemnización: Indemnización</p>	Pago de una cuota de la tarjeta de crédito hasta un máximo de S/. 650 por cuota

DEFINICIONES

1. Desempleo Involuntario: Se entiende por Desempleo Involuntario aquel estado que se produce por circunstancias no imputables al actuar del Asegurado o a su propia decisión y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales. Para empleados del sector privado, la definición de Desempleo Involuntario, comprenderá el despido arbitrario, los actos de hostilidad del empleador equiparables al despido y las causas objetivas para la terminación colectiva de los contratos de trabajo contempladas en la normatividad laboral vigente. Para empleados de la administración pública, miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales, la definición de Desempleo Involuntario, comprenderá también la cesantía involuntaria por las causales contempladas en sus Leyes Orgánicas, Estatutos y Reglamentos, siempre que no sean imputables a la voluntad o conducta del funcionario.

Se considerará como Desempleo Involuntario, el término del contrato de trabajo a plazo fijo, siempre y cuando el Asegurado haya laborado de manera ininterrumpida con el mismo empleador, por un período igual o mayor a un año. La cobertura de Desempleo Involuntario corresponderá únicamente a los Trabajadores Dependientes

2. Incapacidad Temporal: Se entiende como Incapacidad Temporal a la que por causa de un Accidente o Enfermedad impide al Asegurado ejercer total y temporalmente cualquier actividad profesional por un período de 30 días calendario. La cobertura de Incapacidad Temporal corresponderá únicamente a los Trabajadores Independientes.

3. Antigüedad Laboral: Período de tiempo determinado en la Solicitud-Certificado, durante el cual, el Asegurado deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de Desempleo Involuntario.

4. Causas Justas de Despido: Causas de despido relacionadas con la capacidad o conducta del trabajador.

Son causas justas de despido relacionadas con la capacidad del trabajador:

- Las deficiencias físicas, intelectuales, mentales o sensoriales sobrevenidas cuando, realizados los ajustes razonables correspondientes, impiden el desempeño de sus tareas, siempre que no exista un puesto vacante al que el trabajador pueda ser transferido y que no implique riesgos para su seguridad y salud o la de terceros.
- El rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo condiciones similares.
- La negativa injustificada del trabajador a someterse a examen médico previamente convenido o establecido por Ley, determinantes de la relación laboral, o a cumplir las medidas profilácticas o curativas prescritas por el médico para evitar enfermedades o accidentes.

Son causas justas de despido relacionada con la conducta del trabajador:

- La comisión de falta grave.
- La condena penal por delito doloso.
- La inhabilitación del trabajador.

5. Modalidad Formativa: Tipos especiales de convenios que relacionan el aprendizaje teórico y práctico mediante el desempeño de tareas programadas de capacitación y formación profesional. Las modalidades formativas son:

- Del aprendizaje: Con predominio en la Empresa o con predominio en el Centro de Formación Profesional.
- Prácticas Preprofesionales.
- Práctica Profesional.
- De la Capacitación Laboral Juvenil
- De la Pasantía: En la Empresa o de la pasantía de Docentes y Catedráticos.
- De la actualización para la Reinserción Laboral.

6. Período Activo Mínimo: Es el período de tiempo que debe transcurrir para que el Asegurado indemnizado en razón de alguna de las coberturas del seguro, pueda invocar nuevamente el derecho a gozar de la indemnización bajo esa misma cobertura.

7. Trabajador Dependiente: Se considerarán como Trabajadores Dependientes, aquellos que tengan:

- Contrato de trabajo a tiempo indefinido, verbal o escrito, y se encuentren registrados en la planilla del empleador.
- Contrato de trabajo a plazo fijo, siempre que estén debidamente inscritos en el Ministerio de Trabajo y perciban un ingreso mensual producto de este contrato, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es mayor a un año.

8. Trabajador Independiente: Se considerará como trabajador independiente aquella persona que ejerza una actividad lucrativa de manera autónoma, sin relación de dependencia, obteniendo de dicha actividad la totalidad o un porcentaje de sus ingresos mayor a 50%.

BENEFICIARIOS

Para las coberturas principales de Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal: El Contratante.

Para las coberturas adicionales de “matrimonio”, “nacimiento de un hijo”, “titulación del asegurado o de un hijo” y “luto” (fallecimiento del cónyuge): El Asegurado

VIGENCIA

Mensual (*)

Inicio de Vigencia

12.00 horas desde que la Compañía acepta la Solicitud de Seguro, mediante la emisión de la Solicitud-Certificado de Seguro (en caso de Tarjetas de crédito activas) y efectuado el pago de la prima. En caso de Tarjetas aún no emitidas, el inicio de vigencia será a partir de la habilitación de la Tarjeta. **

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.

(*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aun cuando la vigencia de la Póliza sea mensual.

(**) La Solicitud-Certificado iniciará vigencia a las 12.00 horas de la aceptación de la misma y pago de la prima. Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un Siniestro entre el periodo de la aceptación de la Solicitud-Certificado y el pago de la primera prima, la Compañía cubrirá el pago del Siniestro, devengándose la prima debida.

RENOVACIÓN

El Contrato de seguro será renovado de manera mensual automáticamente.

GASTOS ADMINISTRATIVOS

No aplica

PRIMA

MONTO

Prima Comercial

S/. 10.93

Prima Comercial más IGV

S/. 12.90

LUGAR , FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar:

Oficina del Contratante

Forma:

Mensual con cargo en la Tarjeta de Crédito del Asegurado

Fecha de vencimiento de pago de la prima:

En la fecha de pago de la cuota de la Tarjeta de Crédito

Interés Moratorio:

No aplica

El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

DESCRIPCION DEL INTERÉS ASEGURADO

Cubrir las cuotas de la tarjeta de crédito en caso de presentarse algún siniestro detallado en el presente documento.

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES

1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO (Aplicable solo a trabajadores dependientes):

La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada, de acuerdo a lo establecido en la Solicitud-Certificado en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario y siempre y cuando cumpla con la Antigüedad Laboral establecida en la Solicitud-Certificado.

El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en la Solicitud-Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en situación de Desempleo Involuntario. Reinsertado el Asegurado a la actividad laboral, con contrato de trabajo suscrito con un empleador, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones por parte de la Compañía.

Habrà lugar a una nueva aplicaci3n de la cobertura de Desempleo Involuntario, si el Asegurado reincide en estado de Desempleo Involuntario y siempre y cuando haya transcurrido el Período Activo Míximo señalado en la Solicitud-Certificado, que se computa desde el cese del último estado de Desempleo Involuntario.

El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Míximo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en la Solicitud-Certificado.

2. INCAPACIDAD TEMPORAL (Aplicable solo a trabajadores independientes):

La Compañía pagará al Asegurado que se vea afectado por una situaci3n de Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente. La Compañía otorgará al Beneficiario una indemnizaci3n que consistirá en el pago de las cuotas mensuales del crédito del Asegurado y/o rentas mensuales, según se determine en la Solicitud-Certificado y hasta el monto máximo de la Suma Asegurada establecidas en el presente documento.

Para la cobertura de Incapacidad Temporal, se entiende que el Asegurado es un Trabajador Independiente y que el Asegurado cumple con las condiciones de edad asegurable establecidas en el presente documento. Esta cobertura está vinculada al crédito otorgado.

El Período de Carencia aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en la Solicitud-Certificado.

En caso de Incapacidad Temporal del Asegurado, la Compañía pagará hasta el máximo de cuotas y/o rentas y en la forma establecida en la Solicitud-Certificado, luego haberse cumplido el Deducible establecido en la Solicitud-Certificado.

Por cada evento, la indemnizaci3n será otorgada siempre y cuando el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Temporal y siempre que no se haya superado el número de cuotas máximas señaladas en la Solicitud-Certificado y cuando haya transcurrido el Período Activo Míximo señalado en la Solicitud-Certificado, desde el término de la Incapacidad Temporal ya indemnizada y siempre que esta nueva Incapacidad Temporal sea por una causa distinta y no originada por la Enfermedad o Accidente que originó la primera Incapacidad Temporal ya indemnizada.

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS ADICIONALES

1. DIVORCIO:

La Compañía, pagará al Asegurado, la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado en el evento que se produzca el Divorcio del Asegurado.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

2. MATRIMONIO:

La Compañía, pagará al Asegurado, la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado en el evento que se produzca el Matrimonio Civil del Asegurado.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

3. NACIMIENTO DE UN HIJO:

La Compañía, pagará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado en el evento que se produzca el nacimiento de un hijo del Asegurado.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

4. TITULACIÓN DEL ASEGURADO O DE UN HIJO:

La Compañía, pagará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado en el evento que se produzca la Titulaci3n del Asegurado o de un hijo del Asegurado.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

5. LUTO:

La Compañía, pagará al Asegurado por Luto, la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado en el evento que se produzca el fallecimiento del c3nyuge y/o conviviente del Asegurado por causa natural o por Accidente.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES

1. PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia directa o indirecta, parcial o totalmente:

- 1.1. Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.
- 1.2. Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad.
- 1.3. Causales de extinción del Contrato de Trabajo: fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, cumplimiento de la condición resolutoria y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad, invalidez absoluta permanente y jubilación.
- 1.4. Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público.
- 1.5. Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a un año.
- 1.6. Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa.

2. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o consecuencia, directa o indirecta, parcial o totalmente de:

- 2.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia.
- 2.2. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA.
- 2.3. 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.
- 2.4. 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.
- 2.5. Lesiones que el Asegurado sufra en el servicio militar, actos de guerra internacional (con declaración o no), guerra civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular y terrorismo.
- 2.6. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez, 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.
- 2.7. Manipulación de explosivos o armas de fuego.
- 2.8. Emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radiactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
- 2.9. 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.
- 2.10. Suicidio o intento de suicidio y/o lesiones autoinflingidas intencionalmente estando en su sano juicio o no.
- 2.11. Lumbago y cialgia.
- 2.12. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.
- 2.13. Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado.
- 2.14. A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátricos o psicológicos, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol.
- 2.15. Enfermedades y/o Accidente por el cual el Asegurado haya recibido una indemnización bajo esta Póliza.
- 2.16. 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.
- 2.17. Hernias y sus consecuencias.
- 2.18. Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS ADICIONALES

1. DIVORCIO Y NACIMIENTO DE UN HIJO:

1.1. Fraude del Asegurado.

2. MATRIMONIO:

2.1. Fraude del Asegurado.

2.2. Matrimonio religioso.

3. TITULACIÓN DEL ASEGURADO O DE UN HIJO:

3.1. Fraude del Asegurado.

3.2. Terminación de carreras técnicas menores de tres (3) años.

4. LUTO:

4.1. Fraude del Asegurado.

4.2. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia, salvo las excepciones que se establezcan en la Solicitud-Certificado.

4.3. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.

4.4. 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.

4.5. Suicidio, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.

4.6. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA.

4.7. 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.

4.8. 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, 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.

4.9. 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.

4.10. 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.

4.11. Fallecimiento del asegurado en ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo, agente de seguridad.

4.12. Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

4.13. 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.

4.14. Accidente de trabajo o Enfermedad profesional para los trabajadores de empresas que realizan las actividades descritas en el Anexo 5 del Decreto Supremo N° 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y/o normas modificatorias o sustitutorias.

4.15. Accidente provocado dolosamente por el Contratante y/o Beneficiario; acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más Beneficiarios.

- 4.16. Accidentes provocados por el Asegurado en vehículos motorizados conducidos por éste sin contar con la licencia correspondiente o en Accidente vehicular no reportado a las autoridades competentes.
- 4.17. 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.
- 4.18. Pandemias o Epidemias.
- 4.19. Manipulación de explosivos o armas de fuego efectuada directamente por el Asegurado.
- 4.20. Enfermedades o lesiones por abuso de alcohol o de drogas.

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo y Lugar para comunicar el Siniestro: 30 días de ocurrido el Siniestro.

Medios para comunicar el Siniestro: Los siniestros podrán ser comunicados a la Compañía por escrito, vía telefónica o a través de Servicio de Atención al Cliente.

Lugar para presentar la Solicitud de Cobertura y Documentos Sustentatorios: Oficina de la Compañía y/o Oficina del Contratante.

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

1. PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

a) Para el primer pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple de la liquidación de beneficios sociales y constancia del pago.
- Copia legalizada de la carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en su defecto constatación policial por despido de facto o hecho.
- Copia del documento de identidad del Asegurado.
- Copia del Certificado de Trabajo.
- Copia del Contrato de Trabajo.
- Copia del Estado de Cuenta del Crédito, cuando corresponda.

b) Para cada uno de los siguientes pagos:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Declaración Jurada de encontrarse en situación de Desempleo Involuntario.
- Copia simple del certificado de aportaciones a la AFP o la ONP emitido dentro del mes de presentación del Formulario de Declaración de Siniestros.

2. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

a) Para el primer pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia del documento de identidad del Asegurado.
- Copia simple del certificado de Renta de 4ta categoría o Declaración Jurada de Renta de 3ra categoría.
- Copia legalizada del certificado médico emitido por el médico tratante que acredite la situación de Incapacidad Temporal.
- Copia simple del informe médico completo (debe incluir Copia del Informe sucinto (resumen) de la historia clínica)
- Declaración Jurada que indique su situación de Trabajador de Independiente.
- Copia del Estado de Cuenta del Crédito, cuando corresponda.

b) Para cada uno de los siguientes pagos

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia legalizada del certificado médico emitido por el médico tratante que acredite la situación de Incapacidad Temporal.

3. PARA LA COBERTURA DE DIVORCIO

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia certificada del Acta de Divorcio.
- Copia simple del Estado de Cuenta del Préstamo.

4. PARA LA COBERTURA DE MATRIMONIO

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia certificada del Acta de Matrimonio.
- Copia simple del Estado de Cuenta del Préstamo.

5. PARA LA COBERTURA DE NACIMIENTO DE UN HIJO

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia certificada del Acta de nacimiento del hijo del Asegurado.
- Copia simple del Estado de Cuenta del Préstamo.

6. PARA LA COBERTURA DE TITULACIÓN DEL ASEGURADO O DE UN HIJO

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia certificada del Acta de nacimiento del hijo del Asegurado, en caso la Compañía lo requiera.
- Copia certificada del Título Académico otorgado por la Institución Educativa.
- Copia simple del Estado de Cuenta del Préstamo.

7. PARA LA COBERTURA DE LUTO

a) Fallecimiento por causa Natural:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Acta de Defunción del Cónyuge y/o Conviviente.
- Original y/o copia certificada del Certificado de Defunción del Cónyuge y/o Conviviente.
- Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado.
- Copia legalizada del Informe médico del médico tratante en caso de fallecimiento por Enfermedad.

b) Fallecimiento por Accidente:

- Adicionalmente a los Documentos Sustentatorios antes indicados para el fallecimiento por causa natural, en caso de fallecimiento a consecuencia directa e inmediata de un Accidente, deberán presentarse los siguientes documentos:
- Original y/o copia legalizada del Atestado Policial cuando corresponda.
- Original y/o copia legalizada del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, cuando corresponda.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar en caso lo estime conveniente 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 Asegurado y/o 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 visado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

El pago de la indemnización por parte de la Compañía se efectuará dentro de los treinta (30) días calendario de aprobado o consentido el Siniestro. Se entiende consentido el Siniestro cuando la Compañía no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del Siniestro dentro de los treinta (30) días calendario desde la fecha de recibidos los Documentos Sustentatorios completos.

En caso de retraso en el pago por parte de la Compañía, ésta pagará al Asegurado y/o Beneficiario un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, en la moneda en que se encuentre expresado el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora.

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 calendario 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 falsas.
3. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa grave 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 carga 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 por escrito de treinta (30) días calendario a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del presente Contrato.
6. De forma voluntaria y sin expresión de causa por la Compañía, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendario al Contratante.
7. 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 calendario contados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendario para que el Contratante se pronuncie sobre la aceptación o rechazo.

La resolución del Contrato de Seguro en los supuestos señalados en el numeral 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 tendrá derecho al cobro de la prima en proporción al período efectivamente cubierto.

En los supuestos señalados en los numerales 4, 5 y 6 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 el supuesto señalado en los numerales 2, 3 y 7 corresponde a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

En el supuesto señalado en los numerales 1, 5, 6 y 7 y de tratarse de un Seguro Grupal, el Contratante comunicará a los Asegurados la resolución del Contrato de Seguros.

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 7.

TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGUROS

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

1. Vencimiento de la vigencia de la Póliza y/o Solicitud-Certificado no proceda la renovación automática.
2. Cuando el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia, establecida en la Solicitud.
3. Por fallecimiento del Asegurado.
4. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado.

La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguros 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 4.

MODIFICACION DE LA POLIZA

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 19° de las Condiciones Generales.

El Contratante tendrá treinta (30) días calendario 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 calendario 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 mecanismos de forma, lugar y medios previstos 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.
5. Pasar por la entrevista y la Prueba del Polígrafo en caso la Compañía lo requiera.

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 y/o 5 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 que 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.

ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE

El Contratante y/o Asegurado podrán presentar sus consultas o reclamos derivados de la presente Póliza al área de Servicio al Cliente de la Compañía o del Contratante, a través de los siguientes medios:

- La central telefónica de Banco CENCOSUD (01) 625-0100 opción 3.
- La central telefónica de Servicio de Atención al Cliente de la Compañía (01) 615-5717, 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
- Página web: www.bnpparibascardif.com.pe
- Oficina: Av. Canaval y Moreyra N°.380, piso 11, San Isidro, en el horario de atención es de Lunes a Viernes de 09:00 a 13:00 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 y número de Solicitud-Certificado. 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).

Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima - Perú

Telefax: 446-9158

Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / <http://www.defaseg.com.pe>

Adicionalmente el Asegurado podrá acudir al Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.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.

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.

TERRITORIALIDAD

La Póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro del territorio nacional y fuera del territorio nacional de acuerdo al siguiente detalle:

Coberturas de Desempleo Involuntario, Divorcio, Matrimonio, Nacimiento de un Hijo, Titulación del Asegurado o de un Hijo, Fallecimiento del Cónyuge: Dentro del territorio nacional.

Incapacidad Temporal: Dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE

- La Póliza de Seguro de Grupo N° 5920140118 suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resumen en el presente documento. La información proporcionada es parcial, prevalecen las condiciones de la Póliza de Seguro de Grupo que obra en poder del Contratante.
- La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que pudiera incurrir la empresa del sistema financiero durante la comercialización.
- 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 15 (quince) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiario a la empresa del sistema financiero, 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 a la empresa del sistema financiero durante la comercialización, se consideran abonados a la Compañía.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- El Asegurado manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria.
 - El Contratante y/o Asegurado declaran 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 y/o Certificado 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 y autoriza de forma expresa a la Compañía, el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales y datos sensibles de conformidad con lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de la Compañía.
 - 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, 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, declara NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas (*).
 - Mediante la suscripción de la presente Solicitud-Certificado, el 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 (*).
- (*) Sólo aplica para Trabajadores Independientes por la cobertura de Incapacidad Temporal; y, para Trabajadores Dependientes e Independientes por la Cobertura Adicional de Luto.