

SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO MULTISEGURO CÁLIDDA

N° Póliza: 72482101108	Código SBS: VI2087200061	N° Solicitud Certificado:	Fecha de Emisión:
---------------------------	--------------------------	---------------------------	-------------------

DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC: 20513328819	Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380 - Piso 11, San Isidro	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: 615-5728
---------------------	---	-------------------------------------	-----------------------

DATOS DEL CONTRATANTE: Gas Natural de Lima y Callao S.A.

RUC: 20503758114	Dirección: Calle Morelli Nro. 150, San Borja	Web: www.calidda.com.pe	Teléfono: 611-7500
---------------------	---	----------------------------	-----------------------

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

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

EDAD

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
		Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura
Titular, cónyuge y padres: 18 años. Hijos: A partir de los 0 años (para cobertura Invalidez Total y Permanente por accidente y, Gastos de Curación por accidente)	Titular, cónyuge y padres: 69 años y 364 días. Hijos: Hasta 24 años con 364 Días. (para cobertura Invalidez Total y Permanente por accidente y, Gastos de Curación por accidente).	Titular, cónyuge y padres: 74 años y 364 días. Hijos: Hasta 24 años con 364 Días (para cobertura Invalidez Total y Permanente por accidente y, Gastos de Curación por accidente).

PLANES

Plan Individual: ☐Plan Familiar: ☐

DATOS DEL ASEGURADO(S) DEPENDIENTES

NOTA: Para Plan Familiar deberá incluir los dependientes:

A1	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
			Cónyuge		
	Correo electrónico:			Nacionalidad:	
A2	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
			Hijo		
	Correo electrónico: El mismo del Asegurado Titular			Nacionalidad:	
A3	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
			Hijo		
	Correo electrónico: El mismo del Asegurado Titular			Nacionalidad:	
A4	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
			Hijo		
	Correo electrónico:			Nacionalidad:	
A5	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
			Padre/Madre		
	Correo electrónico:			Nacionalidad:	

BENEFICIARIOS

Herederos Legales del Asegurado, salvo que se designe a otros mediante los canales de atención habilitados por Cardif.

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO ADICIONAL DE DATOS PERSONALES:

Solicito y autorizo de manera voluntaria que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones y Autorizaciones, la Compañía use mis datos personales para las siguientes finalidades: enviarme publicidad y/o contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. para los propósitos antes señalados. En caso de no proporcionar su consentimiento, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas.

Acepto: ☐No acepto: ☐

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE ONCE (11) PÁGINAS.

ASEGURADO
TITULAR



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

COBERTURA PRINCIPAL	MUERTE NATURAL (APLICA SOLO AL ASEGURADO TITULAR)
Suma Asegurada	Plan Individual: S/ 5,000 por fallecimiento del asegurado titular Plan Familiar: S/ 6,500 por fallecimiento del asegurado titular
Forma de pago de la indemnización	Pago único a los beneficiarios
Período 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 en caso de muerte a consecuencia de enfermedad
Deducible	Ninguna

COBERTURAS ADICIONALES	Muerte Accidental (APLICA SOLO AL ASEGURADO TITULAR)	Invalidez Total y Permanente por Accidente (APLICA ASEGURADO TITULAR Y DEPENDIENTES)
Suma Asegurada	Plan Individual: S/ 10,000 por fallecimiento del asegurado titular Plan Familiar: S/ 15,000 por fallecimiento del asegurado titular	Plan Individual: S/ 5,000 Plan Familiar: S/ 7,500 por asegurado.
Forma de pago de la indemnización	Pago único a los beneficiarios	Pago único a los beneficiarios
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la solicitud de cobertura) En este periodo no hay cobertura.	Ninguno	Ninguno
Deducible	Ninguno	Ninguno

COBERTURAS ADICIONALES	Gastos de curación por Accidente (APLICA ASEGURADO TITULAR Y DEPENDIENTES)	Desamparo Súbito Familiar (APLICA SOLO AL ASEGURADO TITULAR)
Suma Asegurada	Plan Individual: Hasta S/ 1,000 por evento Plan Familiar: Hasta S/ 1,400 por evento y asegurado	Plan Individual: S/ 4,000 por fallecimiento del asegurado titular y cónyuge Plan Familiar: S/ 4,000 por fallecimiento del asegurado titular y cónyuge
Forma de pago de la indemnización	Reembolso al asegurado	Pago único a los beneficiarios.
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	Ninguno
Número de eventos	3 eventos al año	1 evento
Deducible	No aplica	No aplica

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Mensual (*)

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

Inicio de Vigencia: Desde la suscripción del Certificado por parte del asegurado titular.

Fin de Vigencia: Último día en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA : Mensual

Renovación automática SI ☒ NO ☐

PRIMA	Plan Individual	Plan Familiar
Prima Comercial (No aplica IGV)	S/ 8.00	S/ 13.50
Lugar de Pago	No aplica	
Forma y Plazo de Pago	La prima se cargará mensualmente junto con la facturación de su recibo de distribución de gas natural emitido por GAS NATURAL DE LIMA Y CALLAO S.A. 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.	

PRIMA	Plan Individual	Plan Familiar
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros	Veintinueve céntimos de sol	Cincuenta y dos céntimos de sol
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	Tres soles con sesenta y ocho céntimos	Cinco soles con ochenta y nueve céntimos



DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento. La Compañía confirmará la recepción de la Póliza mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo.
- 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

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura?
MUERTE NATURAL (APLICA SOLO AL ASEGURADO TITULAR) La Compañía pagará a los Beneficiarios una indemnización hasta por la Suma Asegurada establecida, después de acreditarse el fallecimiento por Muerte Natural del Asegurado Titular	1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia. 2. 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.	1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple de Acta de Defunción del Asegurado. 3. Copia simple de Certificado de Defunción del Asegurado. 4. Copia simple del Documento Nacional de identidad del Asegurado. 5. Copia simple del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o de la partida de nacimiento de los menores de edad. 6. Copia simple de la Historia Clínica del Asegurado. 7. Copia simple de Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
COBERTURAS ADICIONALES ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura?
MUERTE ACCIDENTAL (APLICA SOLO AL ASEGURADO TITULAR) La Compañía pagará señalada en la Solicitud - Certificado al Beneficiario, la Suma Asegurada señalada, si el Asegurado Titular 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.	1. 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 con intervención por orden de un gobierno o autoridad pública. 2. Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro y fuera del país, así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.	1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 3. Copia simple de Acta de defunción del Asegurado. 4. Copia simple Certificado de defunción del Asegurado. 5. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad o partida de nacimiento de los menores de edad. 6. Copia simple de Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.



	3. 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. 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 5. 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.	7. Copia simple de Atestado Policial. 8. Copia simple de Protocolo de necropsia que incluya el examen toxicológico y dosaje etílico. (de corresponder).
<u>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (APLICA ASEGURADO TITULAR Y DEPENDIENTE)</u> La Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud - Certificado el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un Accidente. Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un 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	1. Intento de suicidio y/o lesiones autoinflingidas intencionalmente estando en su sano juicio o no, o por terceros con el consentimiento del Asegurado. 2. 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. 3. Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro y fuera del país, así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas. 4. 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.	1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 3. Copia simple de la Historia Clínica del Asegurado. 4. Copia simple de Dictamen de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajola gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación. 5. Copia simple de Atestado Policial. 6. Copia simple de Resultado de examen toxicológico y dosaje etílico. (de corresponder).



	5. 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, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.	
	6. 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. 7. 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 8. Participación activa en actos notoriamente peligrosos: huelgas, motín, tumulto popular, conmoción civil contra el orden público dentro o fuera del país, daño malicioso, vandalismo, rebelión, insurrección, actos subversivos y terrorismo.	
<u>GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE (APLICA ASEGURADO TITULAR Y DEPENDIENTE)</u> La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos de curación en los que el Asegurado haya incurrido como consecuencia de un Accidente hasta por el monto máximo de la Suma Asegurada. Los gastos de curación por Accidente comprenden honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, pruebas y exámenes médicos.	1. Accidentes provocados por el Asegurado en vehículos motorizados conducidos por éste sin contar con la licencia correspondiente o en un Accidente vehicular no reportado a las autoridades competentes. 2. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo, como: 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,	1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado. 3. Copia simple de Atestado Policial. 4. Copia simple de Dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder). 5. Copia simple del Certificado médico. 6. Copia simple de las Facturas de los gastos de curación.



parapente, puenting, caza, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales. 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, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.

3. El ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo y agente de seguridad.

4. 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 adquiriera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.

5. 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.

6. Manipulación de explosivos o armas de fuego por el Asegurado.

7. Participación activa en actos notoriamente peligrosos: huelgas, motín, tumulto popular, conmoción civil contra el orden público dentro o fuera del país, daño malicioso, vandalismo, rebelión, insurrección, actos subversivos y terrorismo.

8. 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.

7. Copia simple de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.



	9. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible. 10. A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado; peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa. 11. 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. 12. Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos. 13. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas. 14. Accidente provocado dolosamente por el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario. 15. Accidente de trabajo 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. 16. Atenciones u hospitalizaciones realizadas en centros no reconocidos por el Ministerio de Salud o por el Colegio Médico Peruano o fuera del territorio peruano, así como todo tratamiento que se encuentre en fase experimental o período de prueba cuya indicación no esté aprobada por la FDA o la Organización Mundial de la Salud. 17. Chequeos médicos o despistajes	
DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR (APLICA SOLO AL ASEGURADO TITULAR) La Compañía pagará al Beneficiario por concepto de Desamparo Súbito Familiar, la Suma Asegurada, si el Asegurado Titular 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.	1. Accidentes provocados por el Asegurado en vehículos motorizados conducidos por éste sin contar con la licencia correspondiente o en un Accidente vehicular no reportado a las autoridades competentes. 2. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo, como: 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, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.	1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente. 3. Copia simple de Acta de defunción del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente. 4. Copia simple de Certificado de defunción del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente. 5. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad o partida de nacimiento de los menores de edad.



	3. 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. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lit o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú. 5. Manipulación de explosivos o armas de fuego por el Asegurado. 6. Participación activa en actos notoriamente peligrosos: huelgas, motín, tumulto popular, conmoción civil contra el orden público dentro o fuera del país, daño malicioso, vandalismo, rebelión, insurrección, actos subversivos y terrorismo. 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 8. 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.	6. Copia simple de Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza. 7. Copia simple de Atestado Policial. 8. Copia simple de Protocolo de necropsia que incluya el examen toxicológico y dosaje etílico. (De corresponder
--	--	--



9. A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado; peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa.
10. 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.
11. Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.
12. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.
13. Accidente provocado dolosamente por el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario.
14. Accidente de trabajo 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.

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:

1. Teléfono: 615-5728 / Atención por WhatsApp: 924122920
2. Correo electrónico: atenciondeseguros@cardif.com.pe
3. Oficinas de la Compañía y Centro de atención al cliente del Contratante

TERRITORIALIDAD: La Póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro del territorio nacional.

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 mismos mecanismos de forma, lugar y medios previstos para la celebración del seguro, 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.

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 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: 615-5728 / 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, mediante un previo aviso a la Compañía. 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 Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- Los comprobantes de pago electrónicos se ponen a su disposición mediante el siguiente enlace: <http://www.bnpparibascardif.com.pe/es/pid3971/comprobantes-electronicos.html>.
- BNP Paribas Cardif pone a su disposición una plataforma de servicios asistenciales que le ayudarán a disfrutar de manera más plena los beneficios de su seguro. Dichos servicios son accesorios a su cobertura y además son totalmente gratuitos. Asimismo, podrán ser prestados directamente o por terceros. Nos reservamos el derecho de incorporar nuevos servicios o modificar los servicios existentes en cualquier momento. Para mayor información del detalle de los servicios o cualquier cambio de los mismos, visite nuestra página web www.bnpparibascardif.com.pe

SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO MULTISEGURO CÁLIDDA

N° Póliza: 72482101108	Código SBS: VI2087200061	N° Solicitud Certificado:	Fecha de Emisión:
---------------------------	--------------------------	---------------------------	-------------------

DATOS DE LA COMPAÑÍA: BNP PARIBAS CARDIF S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC: 20513328819	Dirección: Av. Canaval y Moreyra 380 - Piso 11, San Isidro	Web: www.bnpparibascardif.com.pe	Teléfono: 615-5728
---------------------	---	-------------------------------------	-----------------------

DATOS DEL CONTRATANTE: CALIDDA ENERGIA S.A.C.

RUC: 20604145253	Dirección: Calle Morelli Nro. 150, San Borja	Web: www.calidda.com.pe	Teléfono: 611-7500
---------------------	---	----------------------------	-----------------------

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

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

EDAD

Edad		Edad Máxima de Permanencia
Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura
Titular, cónyuge y padres: 18 años. Hijos: A partir de los 0 años (para cobertura Invalidez Total y Permanente por accidente y, Gastos de Curación por accidente)	Titular, cónyuge y padres: 69 años y 364 días. Hijos: Hasta 24 años con 364 Días. (para cobertura Invalidez Total y Permanente por accidente y, Gastos de Curación por accidente).	Titular, cónyuge y padres: 74 años y 364 días. Hijos: Hasta 24 años con 364 Días (para cobertura Invalidez Total y Permanente por accidente y, Gastos de Curación por accidente).

PLANES

Plan Individual: ☐

Plan Familiar: ☐
DATOS DEL ASEGURADO(S) DEPENDIENTES
NOTA: Para Plan Familiar deberá incluir los dependientes:

A1	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
			Cónyuge		
	Correo electrónico:			Nacionalidad:	
A2	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
			Hijo		
	Correo electrónico: El mismo del Asegurado Titular			Nacionalidad:	
A3	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
			Hijo		
	Correo electrónico: El mismo del Asegurado Titular			Nacionalidad:	
A4	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
			Padre/Madre		
	Correo electrónico:			Nacionalidad:	
A5	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
			Padre/Madre		
	Correo electrónico:			Nacionalidad:	

BENEFICIARIOS
Herederos Legales del Asegurado, salvo que se designe a otros mediante los canales de atención habilitados por Cardif.

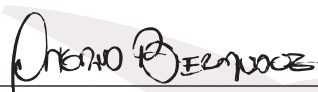
CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO ADICIONAL DE DATOS PERSONALES:

Solicito y autorizo de manera voluntaria que, además de las finalidades señaladas en la sección Declaraciones y Autorizaciones, la Compañía use mis datos personales para las siguientes finalidades: enviarme publicidad y/o contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. para los propósitos antes señalados. En caso de no proporcionar su consentimiento, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas.

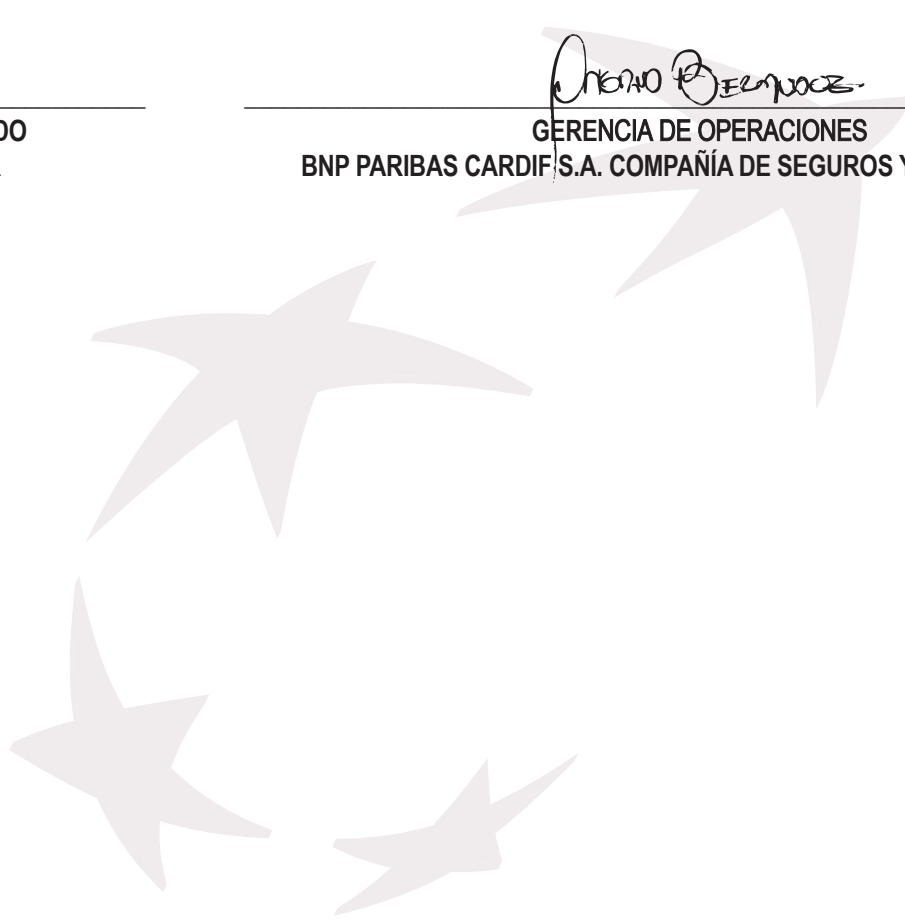
Acepto: ☐No acepto: ☐

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE ONCE (11) PÁGINAS.

ASEGURADO
TITULAR



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



CARTILLA BENEFICIO ADICIONAL ASISTENCIA MULTISEGURO PLAN INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Tipo de Asistencia	Servicio	Monto Máximo por Evento	Número Máximo de Eventos al año
Asistencia Funeraria	Asistencia funeraria en la realización del sepelio y el entierro	Hasta S/ 3,500	Plan Individual (Solo Titular) Plan Familiar (Titular + 05 asegurados dependientes)
Telemedicina	Telemedicina con especialista	Sin Límite	Sin Límite
Asistencia Psicológica	Acompañamiento emocional telefónico	Sin Límite	Sin Límite
Asistencia Legal	Asistencia legal telefónica en materia civil	Sin Límite	Sin Límite

IMPORTANTE:

- Los servicios se otorgan al **AFILIADO TITULAR** y sus **ASEGURADOS DEPENDIENTE**, en caso aplique, que contrató y mantiene vigente el seguro MULTISEGURO PLAN INDIVIDUAL Y PLAN FAMILIAR emitido por BNP Paribas Cardif Compañía de Seguros y Reaseguros.
- Los servicios estarán a disposición del **AFILIADO TITULAR + 05 ASEGURADOS DEPENDIENTES** en caso de contratar y mantener vigente el seguro MULTISEGURO PLAN FAMILIAR, de acuerdo con las condiciones descritas en el presente documento.
- Los servicios que forman parte de estas asistencias no incluyen ningún pago por parte del **AFILIADO**. La contratación de servicios adicionales con el proveedor del servicio que realice el **AFILIADO** será bajo su exclusiva responsabilidad. La Compañía de Seguros no asumirá responsabilidad o pago alguno por dichos servicios adicionales.

1. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias (01) 615-5728 opción 2, las 24 horas y los 365 días del año y serán atendidos por el proveedor. Los referidos servicios serán atendidos máximo 24 horas después de la coordinación con el afiliado.

Al momento de llamar el **AFILIADO** deberá indicar los siguientes datos:

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

(*) Datos del **AFILIADO QUE SOLICITA EL SERVICIO Y DEL AFILIADO TITULAR** obligatorios para todo tipo de información o solicitud de asistencia.

El proveedor de asistencias le prestará al **AFILIADO** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

2. DETALLE DE ASISTENCIAS:

2.1 ASISTENCIA FUNERARIA:

Este servicio consiste en proporcionar asistencia funeraria en la realización del sepelio y del entierro, la cual se brindará ante la muerte del **AFILIADO TITULAR** o sus **ASEGURADOS DEPENDIENTES**, hasta 5 personas, por un monto máximo de S/ 3500 soles, los servicios cubiertos son los siguientes:

- Asesor funerario
- Trámites para la organización de sepelio
- Ataúd de madera modelo imperial o urna
- Servicio de tanatología
- Traslado e instalación del servicio
- Capilla ardiente
- Carros de flores
- Carroza mortuoria

- Adorno floral
- Movilidad para el transporte de familiares hacia el sepelio o entierro con una capacidad máxima de 12 personas.
- Responso religioso en el cementerio o crematorio
- Maquillaje y arreglo estético del cuerpo
- Tratamiento de conservación del cuerpo
- Traslado de féretro de carroza
- Nicho o cremación

Cualquiera de los servicios antes listados podrá ser reembolsable cuando no se encuentre la infraestructura en la localidad del evento. El monto a reembolsar será hasta el monto de la cobertura. **EL AFILIADO TITULAR** deberá presentar los documentos del gasto relacionado con los servicios que se brindan en la asistencia funeraria, el reembolso será de hasta un máximo de 7 días útiles después de presentar los documentos.

2.2 TELEMEDICINA:

Este servicio consistirá en la consulta a través de llamada telefónica o la plataforma zoom realizada por un médico en las áreas de ginecología, pediatría y medicina general.

2.3 ASISTENCIA PSICOLÓGICA

El servicio de asistencia psicológica telefónica consistirá en el acompañamiento emocional y asesoría telefónica para el manejo del estrés, ansiedad y depresión. Este servicio incluirá la atención de los síntomas como estrés, ansiedad, depresión, problemas de pareja constantes, control de emociones como la ira, cambios de humor constantes, falta de apetito, insomnio, sentir tristeza constantemente y tener pensamientos o comportamientos suicidas.

La consultoría a que se refiere este servicio será únicamente con fines de orientación para el **AFILIADO**, por lo que proveedor no será responsable por el resultado de las gestiones y defensas realizadas por parte del psicólogo que contrate directamente el **AFILIADO**.

2.4 ASISTENCIA LEGAL

La asistencia Legal consistirá en la prestación de asesoría jurídica realizada por un abogado, será únicamente con fines de orientación para el **AFILIADO** en temas relacionados a la sucesión intestada, herencia u otros de materia civil.

3. LIMITACIONES DE LOS SERVICIOS: El proveedor no proporcionará los servicios en los siguientes casos:

- Cuando el **AFILIADO** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Cuando el **AFILIADO** no se identifique como **AFILIADO TITULAR, o CÓNYUGE, HIJO, PADRE O MADRE DEL AFILIADO TITULAR** de los **SERVICIOS**.
- Mala fe del **AFILIADO**, comprobada por el personal del proveedor o si en la petición mediare mala fe.
- Hechos o eventos relacionados con Enfermedades mentales.

4. TERRITORIALIDAD

Los servicios presenciales que se detallan en esta cartilla solo serán prestados dentro de los siguientes límites territoriales:

- Lima Metropolitana, Callao y Balnearios
- Por el Norte: Hasta la Variante de Ancón.
- Por el Sur: Hasta Villa el Salvador (en verano se amplía hasta Asia).
- Por el Este: Hasta Chosica.
- Por el Oeste: Hasta la Punta.
- Provincias: El radio de acción será de 40km. a la redonda, partiendo del centro de cada ciudad. Se entiende que se dará servicio en lugares de fácil acceso, en donde no haya fácil acceso o no tengamos proveedor se coordinará el reembolso con el afiliado previa coordinación telefónica.

5. PROVEEDOR DE ASISTENCIA

A la fecha de emisión de esta cartilla el proveedor de los servicios de asistencia designado es **Grupo Especializado de Asistencia del Perú SAC, con RUC 20521582147**. No obstante, 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/>