

SOLICITUD CERTIFICADO DEL SEGURO - INGRESO SEGURO GAS NATURAL DE LIMA Y CALLAO S.A.

N° Póliza: 5748210101	Código SBS: RG2085910001	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 (s): 611-7500
---------------------	---	----------------------------	---------------------------

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:	Teléfono:
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
18 años	69 años y 364 días	74 años y 364 días
		Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO
Indemnizar la suma asegurada en caso de siniestros
PLAN ÚNICO

Prima Comercial	S/ 9.24
Prima Comercial más IGTV	S/ 10.90


CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la firma de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan anteriormente y autorizo de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean usados para, además de ejecutar y administrar los contratos de seguros, coaseguros y/o reaseguros, realizar el envío de publicidad y/o contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. Y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

- ACEPTA**
- NO ACEPTA**

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE SEIS (6) PÁGINAS.

ASEGURADO



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

COBERTURAS PRINCIPALES	DESEMPLEO INVOLUNTARIO (TRABAJADORES DEPENDIENTES)	INCAPACIDAD TEMPORAL (TRABAJADORES INDEPENDIENTES)
Suma Asegurada	Un solo pago indemnizatorio equivalente a S/1,600	Un solo pago indemnizatorio equivalente a S/1,600. Siempre que se demuestre por lo menos 15 días consecutivos de incapacidad temporal, previo a la indemnización.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	2 eventos por año	2 eventos por año
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva solicitud de cobertura)	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.	No aplica
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera solicitud de cobertura)	60 días	60 días por enfermedad. No aplica para accidentes
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.	No aplica
Beneficiarios	Asegurado	Asegurado

VIGENCIA DE LA PÓLIZA:		
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 de la Solicitud-Certificado por parte del Asegurado	Fin de Vigencia: Último día en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia
RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA : Mensual	Renovación automática <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

PRIMA	
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 calendario siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE:	PLAN ÚNICO
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros	Cuarenta y dos céntimos
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	Cuatro soles con veinticuatro céntimos

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
<ul style="list-style-type: none"> Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento. Declaro haber sido informado que mis datos personales serán registrados en el banco de datos personales de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, para la preparación, celebración y ejecución del contrato de seguro, así como de los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar a mi favor y/o para la realización de encuestas de satisfacción. El tratamiento de mis datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades a terceras empresas con las que la Compañía mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. En caso de no proporcionar los datos personales solicitados, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas. Podré ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación

y oposición al tratamiento de sus datos, llenando el formulario al que puedo acceder a través de la página web antes mencionada y remitiéndolo a servicioalcliente@cardif.com.pe o de manera presencial en la dirección señalada en este punto, debiendo presentar y/o adjuntar copia de mi Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley.

- Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro.
- Autorizo a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.

COBERTURA PRINCIPAL ¿Qué te cubrimos?	EXCLUSIONES ¿Qué no te cubrimos?	DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS ¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura ?
<p>DESEMPLEO INVOLUNTARIO (APLICABLE SOLO A TRABAJADORES DEPENDIENTES):</p> <p>La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o 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 las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.</p> <p>El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o 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.</p> <p>Habrà lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Desempleo Involuntario, si el Asegurado reincide en un estado de Desempleo Involuntario y siempre y cuando haya transcurrido el Periodo Activo Mínimo señalado en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado, que se computa desde el cese del último estado de Desempleo Involuntario.</p> <p>El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.</p>	<p>DESEMPLEO INVOLUNTARIO (APLICABLE SOLO A TRABAJADORES DEPENDIENTES):</p> <p>La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con ó a consecuencia de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador. 2. Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad. 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. 4. Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público. 5. Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a un año. 6. Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa. 	<p>DESEMPLEO INVOLUNTARIO (APLICABLE SOLO A TRABAJADORES DEPENDIENTES):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía. 2. Copia simple de la carta de despido o de la constatación policial del despido. 3. Copia simple de la liquidación de beneficios sociales por despido en la que se establezca la causal de despido. 4. Copia simple del documento de identidad del Asegurado. 5. Copia simple del certificado laboral en el que se establezca la fecha de inicio y fin del contrato. 6. Copia simple del contrato de trabajo, de contar con el mismo.

INCAPACIDAD TEMPORAL:

La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado, en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Incapacidad Temporal.

El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Temporal.

Habrà lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Incapacidad Temporal, si el Asegurado reincide en estado de Incapacidad Temporal y siempre y cuando haya transcurrido el Período Activo Mínimo señalado en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado, que se computa desde el cese del último estado de Incapacidad Temporal y siempre que esta nueva Incapacidad Temporal sea por una causa distinta y no originada por la Enfermedad o Accidente que originó la Incapacidad Temporal ya indemnizada.

El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado

INCAPACIDAD TEMPORAL:

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con ó a consecuencia de:

1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia.
2. 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.
3. Manipulación de explosivos o armas de fuego.
4. Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado.
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/lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15gr/lt. por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.

INCAPACIDAD TEMPORAL:

1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
2. Copia simple del documento de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
3. Copia simple del certificado médico emitido por el médico tratante que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado y Pronóstico, Días de descanso, Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención, Médico tratante, Fechas de atención
4. Copia simple del informe médico completo (debe incluir copia del informe sucinto (resumen) de la historia clínica).

6. A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legítima defensa.
7. Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

PASOS PARA REALIZAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

1	2	3
Complete los documentos	Remite la documentación por los siguientes medios: - WhatsApp 924 122 920, donde también podrás conocer el estado del siniestro - Buzón: atenciondeseguros@cardif.com.pe o comunícate con nuestra línea de atención al cliente al 615-5728 - Oficina de la Compañía y Centro de Atención al Cliente del Contratante.	Nos contactaremos contigo para informarte la resolución del caso.
Plazo: Treinta (30) días calendario de ocurrido el Siniestro, de manera presencial, telefónica, por escrito o medio electrónico a través del Servicio al Cliente (SAC) de la compañía de seguros o directamente con el contratante.		

TERRITORIALIDAD : NACIONAL

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento para resolverlo sin expresión de causa ni penalidad, siempre que no sea condición para contratar operaciones crediticias y que haya sido ofertado a través del uso de sistema a distancia o a través de comercializadores, incluyendo la banca seguros, dentro del plazo de quince (15) días calendarios computados desde la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado.

En caso el Asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento, la Compañía quedará obligada a devolver la prima pagada, dentro de los 30 días calendario contados a partir de la comunicación realizada por el Asegurado solicitando la aplicación de este derecho.

El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía o ante el comercializador, a través de los medios contemplados en el artículo 27° de las Cláusulas Generales de Contratación aplicables a riesgos generales. El derecho de arrepentimiento no será exigible cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura.

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 Transparencia de Información y contratación con usuarios 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: atenciondeseguros@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 de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. Asimismo, la Compañía, de forma voluntaria y sin expresión de causa podrá resolver el seguro, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios al Asegurado.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- 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 - INGRESO SEGURO GAS NATURAL DE LIMA Y CALLAO S.A.

N° Póliza: 5748210101	Código SBS: RG2085910001	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 (s): 611-7500
---------------------	---	----------------------------	---------------------------

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo: Teléfono:
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
18 años	69 años y 364 días	74 años y 364 días
		Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO
Indemnizar la suma asegurada en caso de siniestros
PLAN ÚNICO

Prima Comercial	S/ 9.24
Prima Comercial más IGTV	S/ 10.90

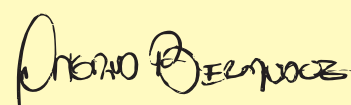
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la firma de la presente cláusula, me someto a los términos y condiciones que en materia de protección de datos personales se detallan anteriormente y autorizo de forma detallada, sencilla, previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean usados para, además de ejecutar y administrar los contratos de seguros, coaseguros y/o reaseguros, realizar el envío de publicidad y/o contactarme para ofrecerme los productos de la Compañía y/o efectuar la transferencia nacional y/o internacional de mis datos personales a terceras empresas según se detalla en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. Y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

- ACEPTA**
- NO ACEPTA**

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE, LA CUAL CONSTA DE SEIS (6) PÁGINAS.

ASEGURADO



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

COBERTURAS PRINCIPALES	DESEMPLEO INVOLUNTARIO (TRABAJADORES DEPENDIENTES)	INCAPACIDAD TEMPORAL (TRABAJADORES INDEPENDIENTES)
Suma Asegurada	Un solo pago indemnizatorio equivalente a S/1,600	Un solo pago indemnizatorio equivalente a S/1,600. Siempre que se demuestre por lo menos 15 días consecutivos de incapacidad temporal, previo a la indemnización.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	2 eventos por año	2 eventos por año
Período activo mínimo después de un siniestro (Período que se debe esperar para presentar una nueva solicitud de cobertura)	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.	No aplica
Período de Carencia (Período de permanencia mínimo en el Contrato de Seguro para presentar la primera solicitud de cobertura)	60 días	60 días por enfermedad. No aplica para accidentes
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.	No aplica
Beneficiarios	Asegurado	Asegurado

VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

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 de la Solicitud-Certificado por parte del Asegurado

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

Lugar de Pago:	No aplica
Forma y Plazo de Pago:	<p>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.</p> <p>El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.</p>

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE:

	PLAN ÚNICO
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros	Cuarenta y dos céntimos
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	Cuatro soles con veinticuatro céntimos

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Autorizo a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica al correo electrónico indicado en el presente documento. Declaro haber sido informado que mis datos personales serán registrados en el banco de datos personales de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, para la preparación, celebración y ejecución del contrato de seguro, así como de los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar a mi favor y/o para la realización de encuestas de satisfacción. El tratamiento de mis datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades a terceras empresas con las que la Compañía mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará en la página web www.bnpparibascardif.com.pe. En caso de no proporcionar los datos personales solicitados, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas. Podré ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación

BENEFICIO ADICIONAL DE ASISTENCIA – INGRESO SEGURO CALIDDA

El servicio asistencia de Asesoría Telefónica es un beneficio que se otorga a los asegurados que hubieran adquirido un seguro de Ingreso Seguro Calidda emitido por **BNP Paribas Cardif Compañía de Seguros y Reaseguros**, en adelante el **CLIENTE BENEFICIARIO**. Estos servicios son accesorios a su cobertura de seguro y además son totalmente gratuitos.

1. PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA: VDR ASISTENCIAS SAC

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 si este rechazara su atención, puede comunicarse a la línea (01) 615 5728

2. DETALLE DE LAS ASISTENCIAS:

1. Asistencia asesoría telefónica en la revisión del contenido del cv del asegurado

- El CLIENTE BENEFICIARIO deberá gestionar su cita a la central de asistencias: (01) 615-5728 opción 2 / (01) 226-0657 en los horarios de lunes a sábado de 09:00 am. a 06:00 pm. La Asistencia se brindará al 100% sin costo alguno, sin límite de eventos. El asegurado podrá recibir asesoría telefónica con un especialista en la materia para la revisión del Curriculum Vitae, de modo tal que podrá orientarlo sobre las mejores prácticas de estructura y composición existentes en el mercado.

2. Asistencia orientación telefónica para preparación de futuras entrevistas

- El CLIENTE BENEFICIARIO deberá gestionar su cita a la central de asistencias: (01) 615-5728 opción 2 / (01) 226-0657 en los horarios de lunes a sábado de 09:00 am. a 06:00 pm. La Asistencia se brindará al 100% sin costo alguno, sin límite de eventos. El asegurado podrá recibir orientación vía telefónica para futuras entrevistas, reforzando los aspectos que se deben de cuidar como, por ejemplo: la presentación, el desarrollo de la entrevista y el cierre de la misma.

3. Asistencia asesoría telefónica en temas de emprendimiento de negocio con un especialista

- El CLIENTE BENEFICIARIO deberá gestionar su cita a la central de asistencias: (01) 615-5728 opción 2 / (01) 226-0657 en los horarios de lunes a sábado de 09:00 am. a 06:00 pm. La Asistencia se brindará al 100% sin costo alguno, sin límite de eventos. Se prestará el servicio vía telefónica en temas de constitución de empresa, obtención de RUC, registro de MYPE, información de beneficios de la Ley MYPE, de igual forma se prestarán referencias legales, civiles o de cualquier industria que el emprendedor requiera.

4. Asistencia asesoría contable telefónica en temas de emprendimiento de negocio con un especialista.

- El CLIENTE BENEFICIARIO deberá gestionar su cita a la central de asistencias: (01) 615-5728 opción 2 / (01) 226-0657 en los horarios de lunes a viernes de 09:00 am. a 06:00 pm. La Asistencia se brindará al 100% sin costo alguno, sin límite de eventos. Se brindarán vía telefónica los servicios de consultoría contable en cualquier materia de índole empresarial, según disponibilidad de profesionales del proveedor, con el objeto de orientar al asegurado, sobre los pasos a seguir para abrir un nuevo emprendimiento, formalización y reestructuración contable; inversión y financiamientos del mercado entre otros temas relacionados.

5. Asistencia de Asesoría legal telefónica

- El CLIENTE BENEFICIARIO deberá gestionar su cita a la central de asistencias: (01) 615-5728 opción 2 / (01) 226-0657 en los horarios de lunes a viernes de 09:00 am. a 06:00 pm. La Asistencia se brindará al 100% sin costo alguno, sin límite de eventos. Se brindará vía telefónica los servicios de orientación legal tales como: Orientación telefónica en constitución de una empresa, orientación legal, orientación telefónica en caso de contratación de personal, trámites municipales y trámites ante SUNARP.



3. ASISTENCIA TELEFÓNICA

VDR Asistencias pone a disposición del CLIENTE BENEFICIARIO, en el horario de lunes a sábado de 09:00 am a 06:00 pm, los primeros tres Ítems (1, 2, 3) y los Ítems (4 y 5) en el horario de lunes a viernes de 09:00am a 06:00 pm., la asesoría contable y legal telefónica, los cuales le serán brindados, previa solicitud y mediante vía telefónica, a efectos de resolver consultas relacionadas de los Ítems.

En cualquier caso, el CLIENTE BENEFICIARIO correrá con los gastos en que incurra por la efectiva prestación o contratación de servicios profesionales de abogados a efectos de implementar, ejecutar o llevar a cabo las referencias y/o consejos legales brindados por VDR.

VDR no será responsable de manera alguna por el resultado de las gestiones, trámites, acciones legales y/o defensas iniciadas y/o ejercitadas por parte del CLIENTE BENEFICIARIO y/o por un abogado contratado por aquél a efectos de implementar, ejecutar o llevar a cabo las referencias y/o consejos legales brindados por VDR.

a) Estos servicios de orientación y asesoría telefónica legal, contable, telefónica serán asumidos al 100% por VDR y sin límite de eventos.

4. IMPORTANTE:

- La compañía se reserva el derecho de 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.
- El servicio será prestado a través de la Red Asistencial de VDR Asistencias a nivel nacional. Asimismo, todas las orientaciones se deben coordinar directamente con VDR Asistencias.
- VDR ASISTENCIAS, no asumirá responsabilidad alguna por cualquier falta o demora en la provisión de los servicios, cuando dicha falta de entrega o demora sean ocasionadas por fuerza mayor o caso fortuito. No obstante, en estos casos VDR Asistencias, no quedará obligada a compensar los gastos que hayan efectuado LOS ASEGURADOS de forma particular.
- VDR Asistencias no brinda reembolsos de las orientaciones o trámites, deberá comunicarse de forma inmediata con nuestra central de asistencia llamando al: (01) 615-5728 opción 2 / (01) 226-0657.
- No hay período de carencia ni tiempos de espera, por tanto, el servicio es desde la fecha de afiliación y pago del servicio.

5. ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS:

VDR ASISTENCIAS es responsable por los servicios que brinda conforme a lo señalado en esta cartilla. VDR ASISTENCIAS atenderá las quejas y reclamos, en un plazo máximo de treinta (30) días contados a partir de la presentación del reclamo por los familiares, ubicada en el distrito de San Isidro (Calle Armando Blondet 217 Of. 301, escribiendo a "atencionalcliente@vdrasistencias.com.pe" o llamando al Teléfono de Servicio al Cliente al: 641- 2586.