

**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:
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE:	Fecha Nacimiento:	Sexo:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
Dirección del Asegurado:	Provincia:	Departamento:
Distrito:	Relación con el Contratante: Cliente	
Nacionalidad:		

**EDAD**

Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
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).	Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura 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:

	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
A1			Cónyuge		
	Correo electrónico:			Nacionalidad:	
A2			Hijo		
	Correo electrónico: El mismo del Asegurado Titular			Nacionalidad:	
A3			Hijo		
	Correo electrónico: El mismo del Asegurado Titular			Nacionalidad:	
A4			Hijo		
	Correo electrónico:			Nacionalidad:	
A5			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 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](http://www.bnpparibascardif.com.pe). Y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

Acepto: No acepto: 

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

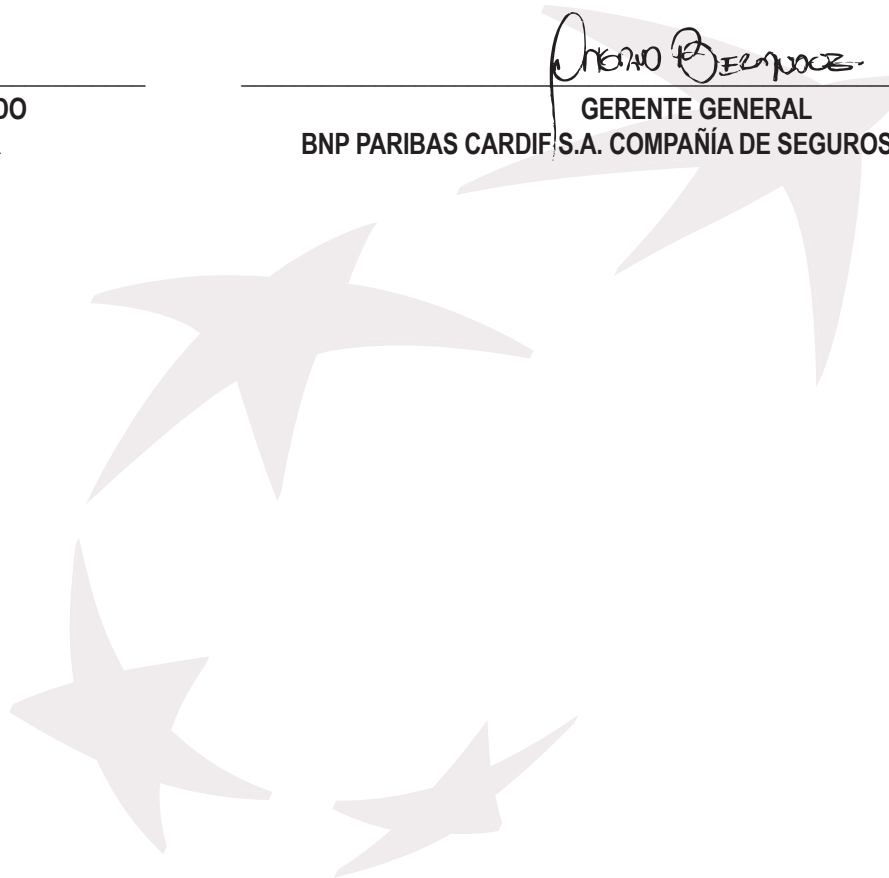
---

**ASEGURADO  
TITULAR**



---

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



COBERTURA PRINCIPAL	MUERTE NATURAL (APLICA SOLO AL ASEGURADO TITULAR)
Suma Asegurada	<b>Plan Individual:</b> S/ 5,000 por fallecimiento del asegurado titular <b>Plan Familiar:</b> 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	<b>Plan Individual:</b> S/ 10,000 por fallecimiento del asegurado titular <b>Plan Familiar:</b> S/ 15,000 por fallecimiento del asegurado titular	<b>Plan Individual:</b> S/ 5,000 <b>Plan Familiar:</b> 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	<b>Plan Individual:</b> Hasta S/ 1,000 por evento <b>Plan Familiar:</b> Hasta S/ 1,400 por evento y asegurado	<b>Plan Individual:</b> S/ 4,000 por fallecimiento del asegurado titular y cónyuge <b>Plan Familiar:</b> 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
<b>Prima Comercial (No aplica IGV)</b>	S/ 8.00	S/ 13.50
<b>Lugar de Pago</b>	No aplica	
<b>Forma y Plazo de Pago</b>	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.
- Declaro haber sido informado que mis datos personales serán registrados en el banco de datos personales de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro, para la preparación, celebración y ejecución del contrato de seguro, así como de los contratos de coaseguro y/o reaseguro que se pudiera celebrar a mi favor y/o para la realización de encuestas de satisfacción. El tratamiento de mis datos podrá ser encargado, para las mismas finalidades a terceras empresas con las que la Compañía mantenga una relación contractual, de acuerdo a la lista que se actualizará en la página web [www.bnpparibascardif.com.pe](http://www.bnpparibascardif.com.pe). En caso de no proporcionar los datos personales solicitados, no se podrá realizar las finalidades antes indicadas. Podré ejercer mis derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición al tratamiento de sus datos, llenando el formulario al que puedo acceder a través de la página web antes mencionada y remitiéndolo a [servicioalcliente@cardif.com.pe](mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe) o de manera presencial en la dirección señalada en este punto, debiendo presentar y/o adjuntar copia de mi Documento de Identidad. Los datos personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual, más el plazo establecido por ley.
- Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro.
- Declaro NO padecer, NO haber padecido, NO haber sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes Enfermedades: Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal, Derrame Cerebral, Enfermedad psiquiátrica, Esclerosis Múltiple, Lupus, Enfermedad Renal, Tuberculosis, Enfermedad Inmunológica, SIDA, Alzheimer, Hepatitis, Cirrosis, Enfermedades cardiológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declaro NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas.
- Autorizo a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica

<b>COBERTURA PRINCIPAL</b> <b>¿Qué te cubrimos?</b>	<b>EXCLUSIONES</b> <b>¿Qué no te cubrimos?</b>	<b>DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS</b> <b>¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura?</b>
<p><b><u>MUERTE NATURAL</u></b>  <b><u>(APLICA SOLO AL ASEGURADO TITULAR)</u></b></p> <p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.</li> <li>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.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de Declaración del Siniestro proporcionado por la Compañía.</li> <li>2. Copia simple de Acta de Defunción del Asegurado.</li> <li>3. Copia simple de Certificado de Defunción del Asegurado.</li> <li>4. Copia simple del Documento Nacional de identidad del Asegurado.</li> <li>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.</li> <li>6. Copia simple de la Historia Clínica del Asegurado.</li> <li>7. Copia simple de Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.</li> </ol>
<p><b><u>MUERTE ACCIDENTAL</u></b>  <b><u>(APLICA SOLO AL ASEGURADO TITULAR)</u></b></p> <p>La Compañía pagará al Beneficiario, la Suma Asegurada señalada, si el Asegurado Titular fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.</p> <p>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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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 confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.</li> <li>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.</li> </ol>	<p><b>DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS</b>  <b>¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.</li> <li>2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.</li> <li>3. Copia simple de Acta de defunción del Asegurado.</li> <li>4. Copia simple Certificado de defunción del Asegurado.</li> <li>5. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad o partida de nacimiento de los menores de edad.</li> <li>6. Copia simple de Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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</li> <li>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.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Copia simple de Atestado Policial.</li> <li>8. Copia simple de Protocolo de necropsia que incluya el examen toxicológico y dosaje etílico. (de corresponder).</li> </ol>
<p><b><u>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (APLICA ASEGURADO TITULAR Y DEPENDIENTE)</u></b></p> <p>La Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada señalada si el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un Accidente.</p> <p>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.</p> <p>Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones”, regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intento de suicidio y/o lesiones autoinflingidas intencionalmente estando en su sano juicio o no, o por terceros con el consentimiento del Asegurado.</li> <li>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.</li> <li>3. Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro y fuera del país, así como en actos delictivos, subversivos o terroristas.</li> <li>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.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.</li> <li>2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.</li> <li>3. Copia simple de la Historia Clínica del Asegurado.</li> <li>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.</li> <li>5. Copia simple de Atestado Policial.</li> <li>6. Copia simple de Resultado de examen toxicológico y dosaje etílico. (de corresponder).</li> </ol>

	<p>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.</p>	
	<p>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/lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lt por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.</p> <p>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</p> <p>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.</p>	
<p><b><u>GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE (APLICA ASEGURADO TITULAR Y DEPENDIENTE)</u></b></p> <p>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.</p> <p>Los gastos de curación por Accidente comprenden honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, pruebas y exámenes médicos.</p>	<p>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.</p> <p>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,</p>	<p>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.</p> <p>2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.</p> <p>3. Copia simple de Atestado Policial.</p> <p>4. Copia simple de Dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).</p> <p>5. Copia simple del Certificado médico.</p> <p>6. Copia simple de las Facturas de los gastos de curación.</p>

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/litro 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/litro 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.



	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>12. Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.</li> <li>13. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.</li> <li>14. Accidente provocado dolosamente por el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>17. Cheques médicos o despistajes</li> </ol>	
<p><b><u>DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR (APLICA SOLO AL ASEGURADO TITULAR)</u></b></p> <p>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.</p> <p>Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.</p> <p>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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.</li> <li>2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente.</li> <li>3. Copia simple de Acta de defunción del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente.</li> <li>4. Copia simple de Certificado de defunción del Asegurado y Cónyuge y/o Conviviente.</li> <li>5. Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad o partida de nacimiento de los menores de edad.</li> </ol>





	<p>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.</p>	<p>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</p>
	<p>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.</p> <p>5. Manipulación de explosivos o armas de fuego por el Asegurado.</p> <p>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.</p>	
	<p>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</p> <p>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.</p>	

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](mailto: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 Sinistros 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](mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe) / Página web: [www.bnpparibascardif.com.pe](http://www.bnpparibascardif.com.pe) / Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.
- El Asegurado podrá de forma voluntaria y sin expresión de causa resolver el seguro, mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del seguro. Asimismo, la Compañía, de forma voluntaria y sin expresión de causa podrá resolver el seguro, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios al Asegurado.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.
- 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](http://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:
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> 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
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).	Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin cobertura 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:**

	Nombres	Apellidos	Parentesco	DNI/CE	Fecha de Nacimiento
A1			Cónyuge		
	Correo electrónico:			Nacionalidad:	
A2			Hijo		
	Correo electrónico: El mismo del Asegurado Titular			Nacionalidad:	
A3			Hijo		
	Correo electrónico: El mismo del Asegurado Titular			Nacionalidad:	
A4			Padre/Madre		
	Correo electrónico:			Nacionalidad:	
A5			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 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](http://www.bnpparibascardif.com.pe). Y los propósitos antes señalados. Podré ejercer mis derechos conforme se indica en la sección Declaraciones y Autorizaciones.

Acepto: No acepto: 

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

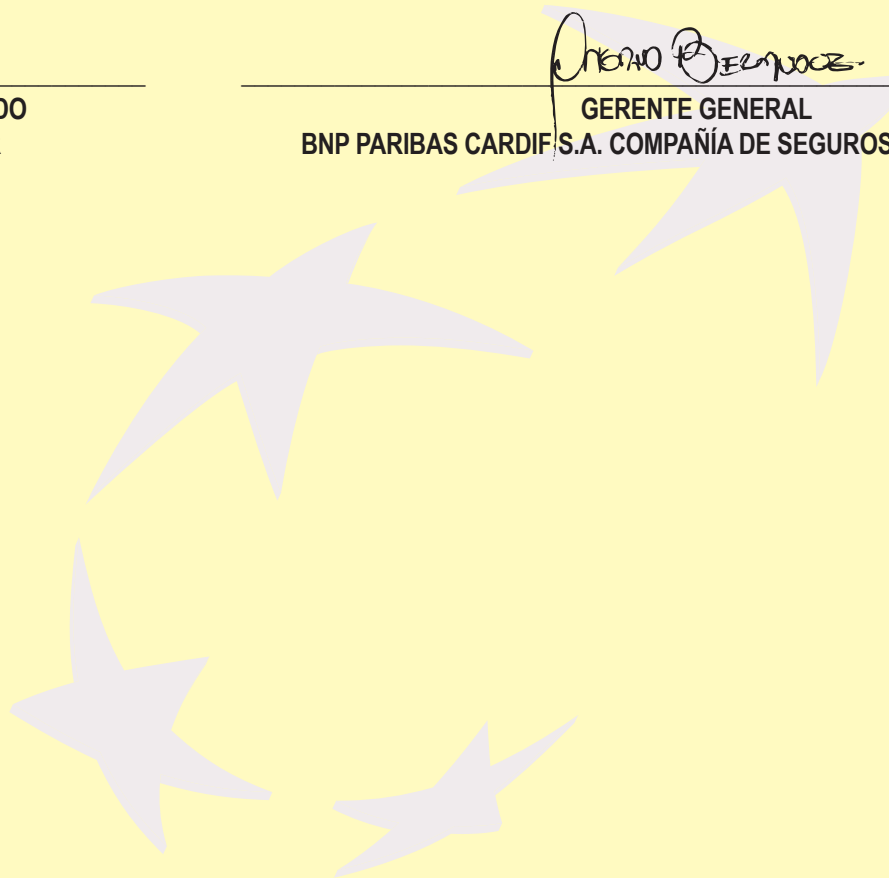
---

**ASEGURADO  
TITULAR**



---

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




## BENEFICIO ADICIONAL DE ASISTENCIA – MULTISEGURO CALIDDA

El servicio asistencia sepelio es un beneficio que se otorga a los asegurados que hubieran adquirido un seguro Multiseguro 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. SERVICIOS DE ASISTENCIAS:

Prestaciones	Valor máximo del servicio
Asistencia de director Funerario	 <p>Servicio Funerario: S/ 2,000 Nicho o Cremación: S/ 750</p>
Gestión de tramites de Sepelio	
Traslado, conducción e instalación del servicio a nivel nacional	
Ataúd de madera modelo Imperial	
Capilla ardiente	
Traslado de féretro en Carroza	
Carros de flores	
Maquillaje y arreglo estético del cuerpo	
Tratamiento de conservación del cuerpo	
Referencia de cementerios públicos y privados a nivel Nacional	
Referencia de crematorios y cinerarios a nivel nacional	
Nicho o cremación.	
Un manto floral natural	
Asesoría para solicitar reembolso por sepelio de ESSALUD	
Asesoría para solicitar reembolso por sepelio de SIS	

### 3. DETALLE DE LAS ASISTENCIAS:

- **Asistencia del director Funerario:** El director Funerario es la persona encargada de asistir a las personas que fallecieron y de las coordinaciones con los familiares. Su trabajo es asesorar, ayudar a los familiares y seres queridos en realizar las coordinaciones del funeral. Es responsable de comunicarse con la familia para organizar todos los aspectos, desde el día y la hora del retiro del fallecido, homenaje o funeral, hasta el día y hora del traslado al cementerio.
- **Gestión de trámites generales de sepelio:** El servicio consiste en la Gestión de Los trámites como inscripción de fallecimiento en la RENIEC (Acta de Defunción), coordinación del Certificado de Embalsamamiento, cuando la velación pase las 48 horas de velación.
- **Traslado, conducción e instalación del servicio a nivel nacional:** El servicio consiste en el traslado e instalación del servicio, donde el familiar del fallecido indique, teniendo en cuenta que tiene que ser dentro los límites de su localidad. Se parte desde el lugar del fallecimiento hasta el lugar de velación o complejo funerario y luego hasta el camposanto o crematorio. El servicio es a nivel nacional.
- **Ataúd de madera modelo imperial:** Se proporcionará el ataúd (modelo imperial) tamaño estándar, en la que se deposita el difunto para protegerlo, la cual sirve para el transporte y entierros respectivos. La finalidad es proteger el cuerpo del entorno, para que sus restos no se dispersen. Demostrando consideración y respeto hacia al difunto.
- **Capilla ardiente:** El servicio consiste en armar la capilla ardiente donde consiste se coloca dos filas de lámparas eléctricas, en medio el ataúd con el occiso, la alfombra, un manto, un Cristo y un reclinatorio. Estos elementos suelen darse en velatorios católicos o protestantes.
- **Traslado del féretro en carroza:** El servicio consiste en brindar un vehículo exclusivo para el cortejo fúnebre que sirve para transportar el ataúd que contiene los restos mortales de una persona, el cual realiza un trayecto desde el sitio de velación o complejo funerario y luego hasta el camposanto o crematorio.
- **Carro Porta Flores:** Vehículo de acompañamiento que llevan los arreglos florales del velatorio hasta el cementerio.
- **Maquillaje y arreglo estético del cuerpo:** El servicio consiste en realizar arreglos en el cuerpo, cuya finalidad es dejarlo lo más natural posible, bien sea de forma temporal o definitiva, para ello se utiliza una serie de técnicas y herramientas apropiadas.
- **Tratamiento de conservación del cuerpo:** consiste en frenar la descomposición del cuerpo.
- **Referencia de Cementerios Públicos y Privados a nivel nacional:** El servicio consiste en brindar datos al Afiliado sobre Cementerios Públicos, Privados o de Beneficencia. Se le proporcionará información de manera detallada para

que el Afiliado pueda coordinar de manera directa y se hará cargo bajo sus propios recursos de los costos y cualquier otro gasto que se incurra.

- **Referencia de Crematorios y Cinerarios a nivel nacional:** El servicio consiste en brindar datos al afiliado sobre Crematorios y Cinerarios se le brindará la información de los mismos con quién el afiliado podrá coordinar y controlar los servicios de manera directa y se hará cargo bajo sus propios recursos de los costos y cualquier otro gasto que se incurra.
- **Manto floral (manto):** El servicio consiste en brindar un arreglo floral (manto) para las condolencias donde se da opción a escoger los diferentes modelos de arreglos para difunto con modernos diseños de flores para el funeral.
- **Nicho o cremación:** donde los familiares del cliente elijan.
- **Asesoría para solicitar reembolso por sepelio de SIS:** Consiste en guiar al afiliado para que pueda solicitar el reembolso de los gastos de sepelio de SIS.
- **Asesoría para solicitar reembolso por sepelio de Essalud:** Consiste en guiar al afiliado para que pueda solicitar el reembolso de los gastos de sepelio de Essalud.

#### 4. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO:

- a) En caso del fallecimiento del CLIENTE BENEFICIARIO los interesados deberán comunicarse con la central de Asistencia al: (01) 615-5728 opción 2 / (01)226-0657 /950033020. La central atenderá las 24 horas del día, los 365 días del año.
- b) Una vez recibida la llamada, el operador de la central, solicitará la siguiente información a manera de validación:
  - o Nombre completo del fallecido y DNI
  - o Nombre completo de la persona que reporta la atención, celular y ubicación exacta donde se encuentra la persona fallecida.
- c) Copia del Certificado de Defunción para la activación del servicio de asistencia de sepelio. El operador verifica la vigencia del Plan contratado y coordina la prestación del servicio.
- d) La Central de Atención al Cliente, informará al interesado el nombre del Asesor Funerario que se comunicará para coordinar la prestación del servicio.
- e) El Ejecutivo de Atención al Cliente será el responsable de coordinar el servicio con el interesado y mantener reportes periódicos con el Centro de Atención al Cliente a fin de realizar un seguimiento permanente del servicio.
- f) Una vez instalado el servicio, se coordinará con el interesado el lugar donde deseen realizar la sepultura.
- g) Finalizado el servicio, el Asesor Funerario solicitará al interesado que firme el acta de conformidad.

#### 5. DOCUMENTOS A PRESENTAR EN CASO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO

- a) Copia del Documento de Identidad del Cliente
- b) Copia del Certificado de Defunción

#### 6. IMPORTANTE:

- Se considera Interesado a la persona facultada a realizar los trámites relacionados con el sepelio del CLIENTE BENEFICIARIO.
- 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](http://www.bnpparibascardif.com.pe).
- El servicio será prestado a través de la Red Asistencial de VDR Asistencias a nivel nacional, con quienes se coordinará la prestación de los servicios que se indican en esta cartilla. El Servicio de Sepelio se brindará considerando el importe máximo del plan. El plan no incluye la repatriación o expatriación de restos mortales.
- 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 BENEFICIARIOS de forma particular.
- VDR Asistencias no brinda reembolsos, ocurrido el siniestro deberá comunicarse de forma inmediata con nuestra central de asistencia llamando al: (01) 615-5728 opción 2 / (01)226-0657 /950033020.
- No coordinar con ninguna funeraria de manera particular.
- No hay período de carencia ni tiempos de espera, por tanto, el servicio es desde la fecha de afiliación y pago del servicio.

#### 7. 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.