



RESUMEN DEL SEGURO DE SALUD

INFORMACION GENERAL

1. Datos de La Compañía

- Denominación Social: BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros
- Dirección: Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro
- Teléfono: xxx / Fax: xxx
- Correo Electrónico: servicioalcliente@cardif.com.pe
- Web: www.bnpparibascardif.com.pe

2. Denominación del Producto: Seguro de Salud

3. Lugares autorizados por la Compañía para solicitar la cobertura del seguro.

- Dirección: Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro - Lima.
- Teléfono: (01) X / Fax: (01) X
- Web: www.bnpparibascardif.com.pe

INFORMACION DE LA POLIZA

4. Vigencia: xxxxxx

5. Monto de la prima comercial: xxxxxxxx

6. Coberturas

Coberturas (artículo 1° de las Condiciones Generales y artículo 1° de las Cláusulas Adicionales):

Coberturas Principales

Cirugía

Coberturas Adicionales

- XXXXXXXXX

7. Principales Exclusiones

Previsto en el artículo 2° de las Condiciones Generales y artículo 2° de las Cláusulas Adicionales.

- 7.1. Enfermedades Preexistentes y/o sus complicaciones.
- 7.2. Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria o enfermedades que se desarrollen por esta causa.
- 7.3. Enfermedades o lesiones que sufra el Asegurado encontrándose bajo la influencia de alcohol y/o drogas no prescritas por un Médico.
- 7.4. Impotencia sexual y sus complicaciones.
- 7.5. Intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, prevención y control de la infección por VIH/SIDA.
- 7.6. Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad.
- 7.7. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
- 7.8. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de prestar servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- 7.9. Lesiones que el Asegurado sufra en algún vehículo utilizado en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.



- 7.10. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en cualquier aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de personas.
- 7.11. Cirugía con fines estéticos y/o preventivos y/o experimentales, excepto cuando sean a causa de un Accidente.
- 7.12. Legrados.
- 7.13. Cirugías relacionadas con la maternidad, control de la natalidad o tratamiento de fertilidad.
- 7.14. Cirugías Maxilofaciales que se requieran por cualquier causa que no sea un Accidente ocurrido en la Vigencia del seguro.
- 7.15. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.

8. Derecho de Arrepentimiento

El Contratante o Asegurado, según se trate de un seguro individual o grupal, respectivamente, 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 Póliza o una nota de cobertura provisional, Solicitud-Certificado y/o Certificado

En caso el Contratante o 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 Contratante o Asegurado solicitando la aplicación de este derecho.

El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Contratante o Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía o ante el comercializador, a través de los medios contemplados en el artículo 13 de las presentes Clausulas Generales de Contratación. El derecho de arrepentimiento no será exigible cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura.

9. Canales de orientación sobre el procedimiento para solicitar cobertura del seguro:

Correo electrónico: xxx
Oficinas de xxx

Firma

Fecha: