

## RESUMEN SEGURO

### RENTA ALIMENTICIA

#### 1. INFORMACION GENERAL

##### 1.1. 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: (01) 615-5700 / Fax: (01) 615-1721
- Correo Electrónico: [servicioalcliente@cardif.com.pe](mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe)
- Web: [www.bnpparibascardif.com.pe](http://www.bnpparibascardif.com.pe)

##### 1.2. Denominación del Producto:

- Seguro Renta Alimenticia

##### 1.3. Lugar y Pago de la Prima:

- Lugar: Con cargo en la Tarjeta de Crédito.
- Forma: El pago de la prima es mensual, con cargo en la Tarjeta de Crédito.

De no existir saldo en la cuenta el Asegurado autoriza a la Entidad Financiera a proceder con el cargo respectivo en cualquier otra Tarjeta de Crédito donde mantenga saldo acreedor. Sin embargo, si la Entidad Financiera no usase esta facultad no será responsable de la suspensión de la cobertura, resolución o extinción del seguro.

Cuando la Tarjeta de Crédito del Asegurado se encuentre bloqueada o retenida por requerimiento de la autoridad competente y/o por instrucciones de la Entidad Financiera por operaciones activas celebradas por el Asegurado, la Entidad Financiera y/o la Compañía no será responsable por la imposibilidad de realizar el cargo de la prima del presente seguro. Las consecuencias de esta falta de pago serán de total responsabilidad del Asegurado.

Es responsabilidad del Asegurado informar a la Entidad Financiera y/o a la Compañía de cualquier cambio, renovación, bloqueo, suspensión, anulación u otra modificación sobre la Tarjeta de Crédito donde se carga mensualmente el seguro.

- Fecha: Fecha de pago de la Tarjeta de Crédito.

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

##### 1.4. Medio y plazo establecido para el aviso del Siniestro:

- El Siniestro deberá ser comunicado a la Compañía por escrito dentro del plazo de 30 días.

##### 1.5. Lugares autorizados por la Compañía para solicitar la cobertura del seguro:

- Oficina de la Compañía.

### 1.6. Medios habilitados por la Compañía para presentar reclamos:

- La central telefónica de la Compañía: (01) 615-5700 / Fax: (01) 615-1721
- E-mail: [servicioalcliente@cardif.com.pe](mailto:servicioalcliente@cardif.com.pe) / Página web: [www.bnpparibascardif.com.pe](http://www.bnpparibascardif.com.pe) (ícono “consultas”)
- Oficina: Canaval y Moreyra No.380 Piso 11 San Isidro.

### 1.7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias:

- Defensoría del Asegurado, institución privada creada por la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG).  
Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima - Perú  
Telefax: 446-9158  
Correo electrónico: [info@defaseg.com.pe](mailto:info@defaseg.com.pe) / <http://www.defaseg.com.pe>
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la protección de la propiedad Intelectual – INDECOPI ([www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)).
- Poder Judicial.
- Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

## 2. INFORMACION DE LA POLIZA

### 2.1. Coberturas:

- **MUERTE ACCIDENTAL:** Artículo 4° de las Condiciones Generales.
- **RENTA CANASTA POR MUERTE ACCIDENTAL:** Artículo 2° de las Clausulas Adicionales.
- **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Artículo 2° de las Clausulas Adicionales.
- **DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR:** Artículo 2° de las Clausulas Adicionales.

### 2.2. Exclusiones

- **MUERTE ACCIDENTAL:** Artículo 6° de la Condiciones Generales.
- **RENTA CANASTA POR MUERTE ACCIDENTAL:** Artículo 3° de las Clausulas Adicionales.
- **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Artículo 5° de las Clausulas Adicionales.
- **DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR:** Artículo 3° de las Clausulas Adicionales.

### 2.3. Condiciones de acceso y límites de permanencia:

- Edad Mínima de Ingreso: 18 años
- Edad Máxima de Ingreso: 70 años cumplidos
- Edad Máxima de Permanencia: 75 años cumplidos

#### **2.4. Derecho de Arrepentimiento:**

- El Asegurado puede ejercer el derecho de arrepentimiento previsto en el artículo 29° de las Condiciones Generales.

#### **2.5. Derecho de Resolución:**

- El Asegurado puede ejercer el derecho de resolución del contrato sin expresión de causa previsto en el numeral 13.5 del artículo 13° de las Condiciones Generales.

#### **2.6. Modificación de contrato:**

- La modificación de la Póliza se sujetará a lo dispuesto en el artículo 22° de las Condiciones Generales.

#### **2.7. Procedimiento para solicitar cobertura del seguro:**

Producido el Siniestro estando esta Póliza en pleno vigor, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, dentro de los 30 días calendarios de ocurrido el Siniestro, adjuntando los siguientes Documentos Sustentatorios:

##### **Para la cobertura de Muerte Accidental y Renta Canasta por Muerte Accidental:**

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- Original y/o copia certificada del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad o partida de nacimiento de los menores de edad.
- Original y/o copia legalizada de la Declaratoria de herederos en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
- Original y/o copia legalizada del Atestado Policial.
- Original y/o copia legalizada del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje étílico.
- Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, en caso la Compañía lo requiera.

##### **Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente**

- Formulario de denuncia del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del DNI o documento de identidad del Asegurado.
- Historia Clínica completa foliada y fedateada del Asegurado, en caso sea requerido por la Compañía.
- Original y/o copia certificada del 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 bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

- Original y/o copia legalizada del Atestado Policial.
- Original y/o copia legalizada del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico.

**Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar:**

En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte Accidental, será necesaria la presentación del siguiente documento:

- Original y/o copia certificada del Certificado de Defunción del Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular.

**3. INFORMACION ADICIONAL:**

- La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de las coberturas contratadas.
- La Compañía es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra la empresa del sistema financiero. Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado a la empresa del sistema financiero, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.
- Los pagos efectuados por el Contratante a la empresa del sistema financiero se considerará abonados a la Compañía.