

Seguro Respaldo – Certificado de Seguro

Póliza Grupal N° 64721 – Código de Registro SBS N° VI2007200232

Datos del asegurado

Tipo de documento:	N°:
Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	Fecha de Nacimiento:
Correo electrónico:	Teléfono:

Domicilio Contractual será la dirección física ingresada en los sistemas de BCP y el correo electrónico proporcionado en la presente solicitud/certificado. **Edad máxima de ingreso:** A la firma de la solicitud/certificado, el Asegurado no deberá superar los 65 años y 364 días de edad. **Edad máxima de permanencia:** El asegurado podrá mantener el seguro hasta cumplir los 70 años y 364 días de edad. **Relación del asegurado con el contratante:** Cliente.

Datos del beneficiario para la cobertura de fallecimiento

a) Herederos

b) Otros beneficiarios

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	Parentesco	%

Si no llenó el recuadro, si marcó ambas opciones, si no llenó la información completa o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se registrará como beneficiarios a los herederos del Asegurado, instituidos de acuerdo a ley, conforme a lo antes expuesto.

El beneficiario de las coberturas de Indemnización por Cáncer y Renta por Hospitalización es el propio Asegurado.

Plan elegido, Prima comercial y forma de pago

Plan elegido (Frecuencia):	Prima comercial:
Tipo de medio de pago:	N° Cuenta:

El monto de la prima no incluye IGV. La póliza está inafecta al IGV cuando el comprobante de pago se expide a personas naturales residentes en el Perú. La primera prima será cargada en la cuenta/tarjeta afiliada dentro de los 30 días siguientes a la suscripción del presente Documento, salvo que el Asegurado haya realizado el pago en dicho momento. El pago de las primas siguientes vencerá en igual día del primer mes del periodo de cobertura correspondiente. **La Compañía podrá suspender la cobertura y posteriormente resolver el seguro por falta de pago de primas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946. En todo caso, transcurridos 90 días desde el vencimiento del plazo para el pago de la prima, se entiende que el seguro queda extinguido.**

Vigencia de la Cobertura del Seguro:

- **Inicio de Vigencia:** La cobertura se inicia respecto de cada Asegurado, a partir de las cero horas del día siguiente a la fecha de emisión del presente Certificado.
- **Fin de Vigencia:** Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente la presente póliza; (ii) la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; (iii) el Asegurado no supere la Edad Máxima de Permanencia establecida en el presente documento; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

Coberturas y Sumas Aseguradas

Coberturas	Suma Asegurada	Periodo de carencia
Vida: Si se produce el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional.	S/ 20 000	No aplica
Indemnización por Cáncer: Si al Asegurado se le diagnostica cáncer; siempre y cuando sea el primer diagnóstico de esta enfermedad durante la vigencia de la cobertura , el cual deberá estar sustentado a través de un Examen Anatomopatológico.	S/ 8 000	No aplica
Renta por Hospitalización: Si el Asegurado debe ser internado necesariamente en un hospital o clínica por disposición de un médico. Se cubrirá desde el 02 día, hasta un máximo de 90 renovables cada año de vigencia de la cobertura.	S/ 50 por día. Máximo por 90 días.	Deducible: 1er día de hospitalización.

Periodo de carencia:

No procederá el pago de las coberturas del seguro si el siniestro se produce con anterioridad al fin del "Periodo de Carencia" antes señalado. El "Periodo de Carencia" se contabiliza desde la fecha en la cual el Asegurado presenta la Solicitud de Afiliación ante el Contratante.

Definiciones importantes:

- **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de células malignas con crecimiento descontrolado, así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos. Se cubre el primer diagnóstico de cáncer.
- **Diagnóstico:** Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, incluyendo el informe anatomopatológico del paciente.
- **Hospital/Clínica:** Institución legalmente autorizada como tal para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales. **No se consideran hospitales o clínicas, los consultorios, policlínicos, postas de salud, hoteles, balnearios, residencias, asilos, casas de reposo, casa para convalecencia, manicomios o instituciones para tratamiento psiquiátrico e instituciones dedicadas especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas o al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos, problemas de peso o tratamientos quiroprácticos.**
- **Médico:** Persona graduada en estudios de Medicina Humana de una universidad reconocida por la autoridad educativa del Perú y que posea título profesional a nombre de la Nación, para el caso de médicos peruanos, y título equivalente, para el caso de médicos extranjeros. **El médico no podrá ser el mismo Asegurado ni un pariente consanguíneo en cuarto grado o por afinidad en segundo grado del mismo.**

Exclusiones (situaciones donde el seguro no cubre)

No se otorgará la cobertura de seguro cuando el siniestro se produzca a consecuencia de:

- (i) **Para todas las coberturas:** (a) Enfermedades o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro; o, enfermedades congénitas. (b) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación al seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos años. (c) Accidentes aéreos, excepto como pasajero de vuelo comercial sobre ruta sujeta a itinerario regular. (d) Participación como sujeto activo en un acto delictivo o tipificado como delito. (e) Guerra declarada o no, actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole; actos de guerrilla, rebelión, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular. (f) Práctica o participación en los siguientes deportes: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; carreras de caballo, automóviles, motocicletas y lanchas, como piloto o acompañante. (g) Estado etílico, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos – litro, o uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes; salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo. (h) La participación del Asegurado en actos temerarios, entendiéndose como tales a aquellos actos o actividades que pongan en grave peligro su vida e integridad física.
- (ii) Además, para la cobertura de Indemnización por Cáncer : (a) Cáncer de piel (excepto melanoma maligno). (b) Tumores benignos.
- (iii) Además, para la cobertura de Renta por Hospitalización: (a) El uso o adicción a drogas, estupefacientes o alcohol. (b) Embarazo y maternidad o tratamiento de infertilidad. (c) Obesidad o esterilización, cambio de sexo. (d) Enfermedades contagiosas epidémicas que requieren aislamiento. (e) Chequeos médicos o despistajes, cirugía estética o plástica con fines de embellecimiento, curas de reposo, surmenage, enfermedades emocionales o psicológicas.

Vigencia, Renovación y Modificaciones a la Póliza

La póliza en virtud de la cual se emite el presente Certificado de Seguro tiene una vigencia anual, la cual inició el día del primer pago. Transcurrido dicho plazo se renueva automáticamente por periodos similares y en las mismas condiciones, salvo que la Compañía comunique al Contratante las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor a 45 días previos al vencimiento del periodo de vigencia correspondiente. **El Contratante tendrá un plazo de 30 días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía. En caso se modifiquen las condiciones del seguro en la renovación o la Compañía y el Contratante acuerden modificar las condiciones de la póliza en otro momento, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que hayan sido incorporadas a la póliza.**

Requisitos y Canales de Orientación sobre el procedimiento de Solicitud de Cobertura

Para recibir orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura podrá llamar al 311-9898 *230 o dirigirse a cualquier agencia de Banco de Crédito del Perú.

El beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando original o copia certificada por un notario de los siguientes documentos:

<p>En caso de fallecimiento:</p> <p>(a) Certificado médico de defunción completo.</p> <p>(b) Copia de la Historia clínica completa, foliada y fedateada.</p> <p>Además, si el fallecimiento es accidental se deberá presentar:</p> <p>(c) Protocolo de Necropsia Completo, según corresponda.</p> <p>(d) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal.</p> <p>(e) Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda.</p> <p>(f) Resultado del examen toxicológico, según corresponda.</p>	<p>Para la cobertura de Indemnización por Cáncer:</p> <p>(a) Examen anatomopatológico realizado por un médico patólogo acreditado con número del Colegio Médico del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialidad (RNE).</p> <p>En caso el resultado del examen anatomopatológico no fuera concluyente de cáncer o se tratase de un tumor no biopsiable, el beneficiario deberá presentar copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.</p>	<p>Para la cobertura de Renta por Hospitalización:</p> <p>(a) Informe médico o historia clínica indicando las causas, diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de alta.</p>
--	---	---

Desafiliación del Seguro

El Asegurado, en cualquier momento y sin expresión de causa, podrá solicitar su desafiliación al seguro (resolución respecto de sus coberturas) empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro, quedando sin efecto las coberturas otorgadas al amparo de la presente póliza respecto de dicho Asegurado a partir de las 23:59 horas del último día calendario del mes en el que se realice la respectiva solicitud (fecha efectiva de la desafiliación) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza respecto del Asegurado solicitante. En caso la solicitud de desafiliación se realice por escrito, a efectos de verificar la identidad del Asegurado, deberá adjuntarse copia del DNI del Asegurado.

Se deja expresa constancia que cualquier prima que, por error o debido al corto periodo que medie entre la solicitud y la fecha efectiva de la desafiliación, fuese cobrada de manera posterior a la fecha de la desafiliación del Asegurado, únicamente generará la obligación de devolución de la prima cobrada en exceso más el interés legal. En tal sentido, la Compañía no asumirá responsabilidad alguna por los siniestros ocurridos con posterioridad a dicha fecha.

Domicilio Contractual

El domicilio contractual será la dirección física y la dirección electrónica que figura en los sistemas del Banco como datos proporcionados por el Asegurado. El Asegurado autoriza a la Compañía a notificarle cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica proporcionada al Banco de Crédito del Perú, la misma que constituye su domicilio contractual. Asimismo, se compromete a informar por escrito cualquier variación con por lo menos 15 días de anticipación. Se considerarán como válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la dirección electrónica indicada en el presente documento o a la última dirección electrónica comunicada a la Compañía en observación del plazo antes indicado. Asimismo, las comunicaciones podrán ser realizadas personalmente y/o a través de una llamada telefónica o cualquier otro medio, siendo válidas, en tanto la Compañía mantenga una constancia del envío de las mismas (cargo, grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación); salvo que en la Ley del Contrato de Seguro se establezca que la comunicación debe ser escrita.

Derecho de Arrepentimiento

El Asegurado podrá resolver el seguro respecto de sí mismo, sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su afiliación al seguro, dentro de los quince (15) días siguientes de recibido el correspondiente Certificado de Seguro, en cuyo caso, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

Información de la póliza de seguro

El presente documento constituye un resumen de las condiciones y términos de la Póliza Grupal N° 64721- **SEGURO RESPALDO**, emitida por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (Pacífico Seguros o la Compañía); con RUC N° 20332970411; con dirección física en la Av. Juan de Arona 830, piso 5, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima; con teléfono 518-4000; y, con dirección electrónica en www.pacifico.com.pe; la cual ha sido contratada por Banco de Crédito del Perú, con RUC N° 201000472178, con domicilio en Av. Centenario N° 156 Urb Las Laderas, La Molina, Lima y teléfono 313-2000; a favor de aquellos de sus clientes que soliciten su afiliación al presente seguro.

En ese sentido, Pacífico Seguros es responsable frente al Asegurado por la cobertura contratada, así como por todos los errores u omisiones en que incurra Banco de Crédito del Perú con motivo de la comercialización del presente seguro. En caso de bancaseguros, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias. Las comunicaciones y pagos efectuados por el Asegurado o sus beneficiarios al Banco de Crédito del Perú con motivo del presente seguro se entienden efectuados a la Compañía.

El Asegurado podrá solicitar una copia de la póliza en cualquiera de las Oficinas del Banco de Crédito del Perú, la que le será entregada dentro de los quince (15) días siguientes.



FUNCIONARIO
Dante Alfredo Lindley Artieda
Gerente de Bancaseguros y Alianzas



FUNCIONARIO
Luciano Bedoya
Gerente de División SSGG y Vehiculares Generales