

Solicitud / Certificado N°**Seguro de Desgravamen Banco Financiero (Pólizas N° 61100056 y 61100057)****DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR**

Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Tipo de Doc.	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CEX <input type="checkbox"/> CIP	N° Doc.	Fec. Nac.	/	/
Estado Civil		Ocupación			
Dirección				Urb.	
Distrito		Provincia		Departamento	
Referencia				Telf. Fijo	
Telf. Celular		Correo Electrónico Personal			

DATOS DEL PRÉSTAMO (Sólo aplica para Línea Paralela)

Moneda	<input type="checkbox"/> Soles	<input type="checkbox"/> Dólares	Plazo del Préstamo	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Años
Importe del Préstamo					

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (Sólo aplica para Línea Paralela)

Asegurado	Titular
1. ¿Ha requerido o le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o médico? (no considerar apendicitis, amigdalitis, hernias).	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha requerido atención médica de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardiacos, neurológicos, epilepsia, renales, parálisis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, sida o enfermedad venérea?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Le han detectado algún tumor o se ha sometido o le han recomendado someterse a alguna prueba para descartar cáncer?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud o se está sometiendo a algún tratamiento tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio el diagnóstico de alguna enfermedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Fuma ¿Cuántos cigarrillos al día?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Sólo para personas del sexo femenino: ¿Esta Ud. embarazada?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. Peso y Talla	P: <input type="text"/> T: <input type="text"/>
Si alguna de las respuestas es afirmativa, sirvase proporcionar la información detallada que a continuación se indica:	

Nombres y Apellidos	Enfermedad padecida o tratamiento recomendado	Fecha	Duración	Nombre de la clínica o médico	Estado actual

SEGURO DE DESGRAVAMEN PARA EL CRÉDITO

Autorizo al Banco Financiero a coordinar la contratación de la póliza de Seguro de Desgravamen para el crédito que se haya solicitado, cuyas principales condiciones se consignan en el presente documento (coberturas, riesgos excluidos, plazo de reclamos y resolución del seguro). Tipos de Crédito:

Línea Paralela Tarjetas de Crédito

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en el Certificado de Desgravamen, y declaramos que hemos tomado pleno conocimiento de las condiciones del seguro solicitado, la cual se encuentra a disposición para cualquier revisión en las oficinas del Banco Financiero.

 / /
 Fecha de Solicitud

 Firma del Titular

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

1. MAPFRE PERÚ VIDA CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS es responsable frente al contratante y/o de la cobertura contratada y de todos los errores y omisiones que incurra el Banco Financiero con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
2. Declaramos que la información suministrada y contenida en la presente declaración es verídica reconociendo que la misma constituye la base del contrato de seguro. De este modo, la reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el contratante y/o asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato si media dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado. Lo indicado se expone en la nueva Ley del Contrato de Seguro N° 29946, Art°8, en fe de lo cual autorizamos expresamente a cualquier médico tratante, procurador o perito a proporcionar a La Compañía toda información, debidamente documentada, del tratamiento que haya sido sometido, sin limitación alguna.
3. En caso que La Compañía crea conveniente se realice un examen médico para su evaluación, autorizo a La Compañía y/o clínica y/o centro médico y/u hospital, a entregar copia de los resultados obtenidos a La Compañía en caso sean requeridos por ésta.
4. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro, haber recibido la solicitud y el certificado de la póliza habiendo tomado pleno conocimiento de sus contenidos. Asimismo, declaro conocer que la póliza emitida por La Compañía, está disponible en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
5. Solicito y autorizo a La Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual. En caso no haya señalado en la presente Solicitud una dirección electrónica, la referida comunicación deberá realizarse a mi dirección física, por escrito. Asimismo, me comprometo a informar por escrito cualquier variación de mi dirección con por lo menos 15 días de anticipación. Se considerarán como válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica o física informada. Todas las comunicaciones entre las partes relacionadas al presente seguro deberán ser puestas en conocimiento del Banco Financiero, en su calidad de beneficiario y comercializador del seguro.
6. La Compañía está obligada de entregar la Póliza de Seguro dentro del plazo de 15 días calendario, a solicitud del Asegurado.
7. Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales: Declaro conocer que la información del presente documento, se incluirá en los sistemas y base de datos de la Compañía, quien podrá registrarlos y utilizarlos para la ejecución del contrato de seguro.

CERTIFICADO DE DESGRAVAMEN - RESUMEN DE CONDICIONES

Mapfre Perú Vida Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con RUC N° 20418896915 y domicilio en Av. 28 de Julio 873 Miraflores, Lima, deja constancia que la persona indicada en este certificado se encuentra cubierta por las pólizas Matrices de Desgravamen soles N° 61100056 y de Desgravamen dólares N° 61100057, emitidas a favor de los clientes titulares de créditos vigentes (Asegurado), de Banco Financiero, identificada con RUC 20100105862 y domicilio en Av. Ricardo Palma N° 278 Miraflores - Lima, en adelante EL BANCO, para los riesgos materia del seguro hasta el límite de la suma asegurada y siempre que la póliza se encuentre vigente a la fecha de producirse un eventual siniestro.

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Contratante, para aspectos relacionados con el contrato de seguro tendrán el mismo efecto como si hubieran sido presentadas a La Compañía. Los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante, se consideran abonados a La Compañía.

COBERTURAS Y LIMITES ASEGURADOS

COBERTURAS	DEFINICIONES	LIMITE ASEGURADO
MUERTE NATURAL	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales.	S/.50,000 ó su equivalente en moneda extranjera (*)
MUERTE ACCIDENTAL	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas accidentales.	S/.50,000 ó su equivalente en moneda extranjera (*)
INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE Y DEFINITIVA POR ENFERMEDAD	Pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a los 2/3 de su capacidad de trabajo, reconocida por la Compañía según el Dictamen de Evaluación y Calificación de la Invalidez Total Permanente y Definitiva.	S/.50,000 ó su equivalente en moneda extranjera (*)
INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE Y DEFINITIVA POR ACCIDENTE	Para los efectos de esta cobertura, se considera: a) Fractura incurable de la columna vertebral; b) Descerebramiento que impida realizar trabajo alguno por el resto de su vida; c) Pérdida total o funcional absoluta de: (i) la visión de ambos ojos, (ii) ambos brazos o ambas manos; (iii) ambas piernas o ambos pies, (iv) una mano y un pie, siempre y cuando se determine una discapacidad superior o igual a los 2/3 de su capacidad de trabajo, reconocida por la Compañía según el Dictamen de Evaluación y Calificación de la Invalidez Total Permanente y Definitiva.	S/.50,000 ó su equivalente en moneda extranjera (*)

En caso de muerte natural o accidental, la suma asegurada considera el saldo insoluto de la deuda al momento del fallecimiento. En caso de invalidez total permanente y definitiva del Asegurado, se considera el saldo insoluto a la fecha final en la que se determine tal condición por el organismo competente, tomando en cuenta el Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez. Se entiende como saldo insoluto, el monto adeudado sin considerar intereses ni moras ni otros gastos, hasta el límite asegurado de la Póliza.

BENEFICIARIOS

El beneficiario de las coberturas del presente seguro es el Banco Financiero. De determinarse la procedencia del pago de la cobertura de muerte o invalidez total permanente y definitiva por accidente o enfermedad, la Compañía pagará al Banco Financiero la suma asegurada que corresponda en un solo acto.

VIGENCIA DE LA COBERTURA

Inicio de Vigencia: La vigencia de las coberturas otorgadas al amparo del presente seguro se inicia desde que el Contratante efectúe el desembolso del crédito o la activación de la tarjeta.

Fin de Vigencia: Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el crédito (Para el caso de Línea Paralela, el plazo máximo de vigencia es de 48 meses); (ii) el Asegurado no supere los 80 años (79 años, 11 meses y 29 días) y, (iii) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

Se deja establecido que si en cualquier momento la persona hubiera excedido los límites de edad establecidos, se dará por concluida la cobertura respectiva, quedando La Compañía obligada únicamente a reintegrar las primas pagadas luego de dichos límites, aún cuando dicha inexactitud se descubra después del fallecimiento o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado.

/ /
Fecha de Solicitud

Firma del Titular

PRIMA Y FORMA DE PAGO

La prima se cobrará en el caso de Línea Paralela una única vez al inicio y sobre el monto desembolsado. En el caso de Tarjetas de Crédito será de forma mensual siempre que haya saldo deudor o se haya realizado algún movimiento en el período de facturación. El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares.

EXCLUSIONES

- a) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, así como en la práctica de los siguientes deportes: caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación en altamar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, esquí y deportes afines, tabla hawaiana y similares, hípica, corridas de toros y similares, alpinismo, andinismo y caminatas en alta montaña, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.
- b) A consecuencia de enfermedades preexistentes diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inclusión en este seguro. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular del seguro.
- c) Cuando el siniestro sobrevenga por consecuencia directa de acción de guerra declarada o no; o como consecuencia de actividades de alto riesgo como minería, torres de alta tensión, actividades de las fuerzas armadas y/o policía y pilotos de aeronaves.
- d) Cuando el siniestro sea imputable a suicidio o intento de suicidio durante los primeros dos años del plan u acto delictuoso provocado por el ASEGURADO o por cualquier otra persona que resultase favorecida con los alcances de éste seguro.
- e) El riesgo de aviación, salvo que el ASEGURADO esté viajando de manera autorizada y en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a diez pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados del organismo nacional o internacional competente.
- f) A consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas.
- g) Actos infractorios de leyes o reglamentos o participación activa del ASEGURADO en actos de terrorismo, conmoción civil, huelga, vandalismo, etc.
- h) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de reacción nuclear o contaminación radioactiva.
- i) Cuando el siniestro se produzca en situación de embriaguez, bajo la influencia de drogas, en estado de sonambulismo o por la participación del asegurado en actos delictuosos.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso ocurriera el fallecimiento o el inicio de la Invalidez Total Permanente y Definitiva del Asegurado, el Banco Financiero deberá cursar carta a la Compañía denunciando el siniestro, indicando nombre del asegurado, DNI y monto adeudado del saldo insoluto al momento del fallecimiento o invalidez, asimismo los datos del solicitante (Nombre completo, dirección y teléfonos).

Las pruebas del fallecimiento o invalidez total permanente y definitiva que contengan datos exactos sobre la causa del siniestro del Asegurado, originales o copias notarialmente legalizadas, deberán ser presentadas en cualquiera de nuestras agencias a nivel nacional. La Compañía pagará la indemnización que corresponda en un plazo máximo de 30 días de recibida la documentación completa para la liquidación del siniestro, considerando el saldo insoluto que adeudase al momento de su fallecimiento o a la fecha del Dictamen de Invalidez Total Permanente y Definitiva, sin considerar intereses, ni moras, gastos o cualquier otro concepto cobrado por el Contratante.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

Muerte Natural o Muerte Accidental: Copia simple de Solicitud y Certificado de Seguro, Copia simple del DNI del asegurado, Certificado de Defunción (en original o copia certificada), Acta o Partida de Defunción (en original o copia certificada) y estado de cuenta del crédito a la fecha de fallecimiento o inicio de la Invalidez Total Permanente y Definitiva. La Aseguradora podrá solicitar los informes médicos adicionales y/o ampliatorios que considere necesarios. Adicionalmente, por Muerte Accidental, deberá presentar: copia simple del parte o atestado policial, certificado y protocolo de necropsia, y resultado de examen toxicológico, de haberse realizado.

Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Accidente y/o Enfermedad: Copia simple de Solicitud y Certificado de Seguro, Copia simple del DNI del Asegurado, Certificado de Invalidez Total, Permanente y Definitiva a causa de accidente y/o enfermedad, expedido por cualquiera de las siguientes instituciones: ESSALUD, AFP, MINSA, Instituto Nacional de Rehabilitación o una junta de médicos aprobada por la Aseguradora. Adicionalmente, deberá presentarse: Copia de la historia clínica o, copia simple del parte o atestado policial en caso de ser requerido.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro puede ser resuelto por las siguientes causales:

- * Resolución unilateral de cualquiera de las partes.
- * Al cancelarse la deuda del Asegurado (en los casos de LINEA PARALELA se deberá consultar al BANCO FINANCIERO el procedimiento para solicitar la devolución de la prima por el tiempo del crédito no consumido).
- * Con respecto a cada Asegurado, al cumplir éste la edad máxima estipulada.

PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS

Los usuarios, entendiéndose estos como la persona natural o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por la Compañía de Seguros, pueden presentar reclamos a la Compañía. Asimismo, cualquier interesado puede presentar consultas formales. El procedimiento a seguir será el siguiente:

Se deberá presentar:

Carta dirigida al presidente del Grupo MAPFRE PERU, con indicación clara y precisa de su nombre completo, datos e identificación, domicilio, número de póliza, nombre del producto y una breve explicación del hecho reclamado.

La respuesta al reclamo, será emitida al usuario en un plazo máximo de 30 días calendario de presentada la carta de la Compañía. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por este en su carta, se le tendrá por desistido. Los reclamos deberán presentarse dentro del plazo de prescripción dispuesto por el Código Civil y demás normas que resulten aplicables.

En caso de siniestro:

En caso de disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, usted podrá acudir a las vías de solución de controversias como son la Defensoría del Asegurado (www.defaseg.com.pe), el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI (www.indecopi.gob.pe) o el Poder Judicial o instancia arbitral según se haya pactado.

Para solicitar orientación, podrá comunicarse con la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP al teléfono gratuito 0-800-10840.

ATENCIÓN DE RECLAMOS

Para canalizar la atención de reclamos, según el procedimiento para la atención de reclamos establecido en este documento, el Asegurado y/o Usuario deberán dirigirse al responsable de Calidad Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, teléfono 213-3333.

MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todo litigio, controversia, desavenencia o reclamación resultante, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación incluso las del convenio arbitral, serán resueltas mediante arbitraje de derecho. El tribunal arbitral estará conformado por tres árbitros los cuales deberán ser abogados con no menos de cinco años de reconocida experiencia en materia de seguros. El laudo será definitivo e inapelable, de conformidad con los reglamentos arbitrales del Centro de Arbitraje de la Cámara de Comercio de Lima a cuyas normas, administración y decisión se someten las partes en forma incondicional, declarando conocerlas y aceptarlas en su integridad. Los costos y gastos de arbitraje serán de cargo de la parte vencida. En caso el monto redamado por ELASEGURADO no excediera las tres (3) UIT éste podrá acudir a la vía judicial, para cuyo efecto las partes se someten a la competencia.

El laudo arbitral podrá ser revisado por el Poder Judicial, con arreglo a lo dispuesto en la Ley de Arbitraje (artículos 62° y 63° del D. Leg N°1071).

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

La Defensoría del Asegurado, opera en: Calle Arias Aragüéz 146, San Antonio Miraflores, Lima Perú Telefax 446 91 58 www.defaseg.com.pe

Las condiciones especiales del contrato prevalecen sobre las condiciones generales y particulares. La Compañía podrá verificar el estado de salud en caso de Invalidez Total Permanente y Definitiva por Accidente o Enfermedad.

IMPORTANTE: La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de las Pólizas Nro. 61100056 (Soles) y Nro. 61100057 (Dólares) que obran en poder del CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA.

COBERTURA SUJETA A LA ACTIVACIÓN DEL PRÉSTAMO O TARJETA DE CRÉDITO EN MATERIA DE LA PRESENTE OPERACIÓN Y LA APROBACIÓN DE LA COMPAÑÍA.



Directora de la Unidad de Vida



Gerente de Negocio

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en el Certificado de Desgravamen, y declaramos que hemos tomado pleno conocimiento de las condiciones del seguro solicitado, la cual se encuentra a disposición para cualquier revisión en las oficinas del Banco Financiero.

Fecha de Solicitud

Firma del Titular