

Certificado de Seguro N° Seguro de Vida - Caja Piura (Póliza Grupo N° 6160037)

DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR

Nombres:		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Tipo de Doc.:	N° Doc.:	Fec. Nac.:		Sexo:	
Estado Civil:			Ocupación:		
Dirección:					
Distrito:		Provincia:		Departamento:	
Referencia:		Residencia:		Nacionalidad:	
Telf. Fijo:		Telf. Celular:		E-mail:	

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(s) persona(s) indicada(s) en este certificado se encuentra (n) amparadas por la póliza de Vida Soles N° 6160037 registrada bajo el Código SBS VI2047210091, emitida a favor de los clientes (Asegurados) de CMAC Piura S.A., identificada con RUC 20113604248 y domicilio en Jr. Ayacucho Nro. 353 Centro Cívico - Piura, en adelante El Contratante para los riesgos y la póliza se entere 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, de igual manera, los pagos efectuados por el Asegurado al Contratante, se consideran abonados a La Compañía.

ASEGURADOS

Personas naturales clientes de CMAC Piura S.A.C., que tengan operaciones activas, sean mayores de edad y cumplan con los requisitos del plan elegido.

CONDICIONES DE AFILIACIÓN

Personas naturales mayores de 18 años y hasta los 60 años de edad, con un máximo de permanencia hasta los 64 años, 11 meses y 29 días de edad. 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.

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES ASEGURADOS

Plan Vida	Coberturas	Suma Asegurada	Plan elegido	Costo mensual
Plan 1	Muerte Natural o Muerte Accidental	S/5,000	<input type="checkbox"/>	S/3,99
Plan 2	Muerte Natural o Muerte Accidental	S/10,000	<input type="checkbox"/>	S/7.99

BENEFICIARIOS

Nombre de Beneficiario	Fecha de Nacimiento	Parentesco	%

AUTORIZACIÓN DE CARGO

Autorizo a la Caja Municipal de Ahorro y Crédito de Piura S.A.C. a cargar la prima mensual de seguro de Vida en el crédito otorgado. SI NO

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en la hoja 1 y hoja 2, y sus reversos. Asimismo declaramos que hemos tomado pleno conocimiento de las condiciones del seguro solicitado, la cual se encuentra a disposición para cualquier revisión en las oficinas de la CMAC Piura S.A.C.

Fecha de Solicitud

Firma del Titular

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

1. 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.
2. 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).
3. 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 de la CMAC Piura S.A.C., en su calidad de beneficiario y comercializador del seguro.
4. La Compañía está obligada de entregar la Póliza de Seguro dentro del plazo de 15 días calendario, a solicitud del Asegurado.

VIGENCIA DE LA COBERTURA

Inicio de Vigencia: La vigencia de la cobertura al amparo del presente seguro, se inicia desde que se firma la solicitud de seguro y se aprueba la DPS (Declaración Personal de Salud).

Fin de Vigencia: Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el crédito; (ii) el Asegurado no supere los 65 años (64 años, 11 meses y 29 días); (iii) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro y (iv) mantenga un producto activo con Caja Piura.

Los asegurados estarán cubiertos por el seguro hasta el fin de la vigencia de su último pago realizado.

En caso transcurran noventa (90) días calendario desde el vencimiento para el pago de la prima de seguro, y LA COMPAÑÍA no haya comunicado al CONTRATANTE la falta de pago de la misma se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros efectuada fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguro o de un promotor de seguro, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, el ASEGURADO Titular tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medio de uso para la contratación del seguro, en cuyo caso podrá resolver el presente Certificado sin extensión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción del certificado o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

EXCLUSIONES

La Compañía no reconocerá los siniestros:

- 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 deportes notoriamente peligrosos, tales como: equitación, corridas de toros y similares, alpinismo, andinismo y caminatas en alta montaña, cacería de fieras, pesca submarina, vuelo sin motor y similares, tabla hawaiana y similares, boxeo y deportes de contacto; o actividades de alto riesgo, tales como: trabajos en minas, manipulación de explosivos, torres de alta tensión, comunicaciones o similares, pilotos o asistentes de vuelo, miembros de las fuerzas armadas o policía (incluyendo la particular), conductor o acompañante de motocicletas de cilindrada mayor a 120 cc.
- 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 y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Solicitud de Seguro.
- c) Cuando la muerte sobrevenga por consecuencia directa de acción de guerra civil o internacional (declarada o no).
- d) Participación activa en actos de insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular y terrorismo.
- e) El resultante de homicidio por un Beneficiario de esta Póliza o un integrante del grupo Asegurado.
- f) Suicidio o intento de suicidio u homicidio o intento de homicidio por un beneficiario de este seguro.
- g) 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 plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, con intervención del organismo nacional o internacional competente.
- h) Cuando la muerte se produzca en situación de embriaguez, bajo la influencia de drogas, en estado de sonambulismo ó por la participación del asegurado en actos delictivos o infractorios de leyes y/o reglamentos.
- i) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción nuclear o contaminación radioactiva.
- j) A consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia (SIDA), HIV y enfermedades relacionadas.

PRIMA Y FORMA DE PAGO

Las primas serán cobradas mensualmente. El monto de la prima varía de acuerdo al plan elegido. Los pagos efectuados por el Asegurado a la CMAC Piura S.A.C. se consideran abonados a la Compañía. El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso ocurriera el fallecimiento, CMAC Piura S.A.C., deberá cursar carta a la Compañía denunciando el siniestro, indicando nombre del asegurado, DNI, asimismo los datos del solicitante (Nombre completo, dirección y teléfonos).

Las pruebas del fallecimiento 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.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

Muerte Natural o Muerte Accidental: Copia Simple de 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). La Compañía 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.

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
- * Por nulidad de la póliza
- * Con respecto a cada asegurado, al cumplir éste la edad máxima estipulada.
- * Por falta de pago de primas

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 PERÚ, con indicación clara y precisa de su nombre completo, datos e identificación, domicilio, número de póliza, nombre del producto, domicilio 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.

Fecha de Solicitud

Firma del Titular

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 en la Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, teléfono 213-3333 o ingresar a la página web www.mapfre.com.pe

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 EL ASEGURADO 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 Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro, Lima - Perú Telefax 421 06 14
www.defaseg.com.pe

La Compañía entregará la póliza, a solicitud del Asegurado, dentro de un plazo de 15 días de haber presentado la solicitud respectiva.

Las condiciones especiales del contrato prevalecen sobre las condiciones generales y particulares. Derecho de Arrepentimiento: Dentro de los 15 días siguientes a la entrega de la póliza, el Contratante tendrá la facultad de dejar sin efecto el contrato, sin expresión de causa, cursando una comunicación al domicilio de la Compañía consignado en este documento, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida.

IMPORTANTE: La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de la Póliza N°6160037 (Soles) que obran en poder del CONTRATANTE o LACOMPANÍA.

COBERTURA SUJETA A LA ACTIVACIÓN DEL PRÉSTAMO EN MATERIA DE LA PRESENTE OPERACION Y LA APROBACION DE LA COMPANIA



Director de la Unidad de Vida



Gerente de Negocio