

Certificado Seguro de Desgravamen



Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias
Póliza Grupo N° 6110064

Certificado N°
CÓDIGO SBS VI2047410006- VI2047420007

Empresa de seguros

RAZÓN SOCIAL: MAPFRE CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A	RUC: 20418896915
DOMICILIO: AV. ARMENDARIZ 345 MIRAFLORES, LIMA	TELÉFONO: 213-3333
CORREO ELECTRÓNICO: soporteSI24@MAPFRE.COM.PE	

Datos del FINANCIERA PROEMPRESA

RAZON SOCIAL: FINANCIERA PROEMPRESA	RUC: 20348067053	TELÉFONO: 625 -8080
DOMICILIO: Av. Aviación Nro. 2431 – San Borja	PAGINA WEB: https://www.proempresa.com.pe/	

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos					
Tipo de Doc.		DNI ☐ CEX ☐	Nro. Doc.	Fecha. Nac. __/__/____	Sexo: F ☐ M ☐
Dirección					
Provincia		Departamento		Distrito	
Nacionalidad		Telf. Fijo		Telf. Celular	
Correo Electrónico				Ocupación	

Datos del Cónyuge (solo aplica en caso de contratación de desgravamen conyugal)

Nombres y Apellidos					
Tipo de Doc.		DNI ☐ CEX ☐	Nro. Doc.	Fecha. Nac. __/__/____	Sexo: F ☐ M ☐
Dirección					
Provincia		Departamento		Distrito	
Nacionalidad		Telf. Fijo		Telf. Celular	
Correo Electrónico				Ocupación	

Datos del préstamo

MONEDA: Soles ☐ Dólares ☐	Plazo del préstamo:	Meses: ☐	Años: ☐
Importe del préstamo:		Tipo de seguro:	

Condiciones de Afiliación

Mínima de Ingreso	18 años	Máxima de Ingreso:	83 años y 364 días	Máxima de Permanencia	85 años y 364 días
En caso el asegurado exceda la edad establecida, se dará por concluida la cobertura respectiva, y LA COMPAÑIA reintegrará las primas pagadas luego de esos límites. Desde los 76 años cumplidos hasta los 81 años y 364 días, la suma asegurada máxima será de S/ 30,000.00 soles o su equivalente en moneda extranjera.					
Para los asegurados con edad de ingreso entre los 82 y 83 años y 364 días la suma asegurada máxima será S/10,000 y el plazo máximo será 12 meses. Todos los asegurados deberán completar la DPS y pasar por los exámenes médicos de ser solicitados por LA COMPAÑIA de seguros.					

¿Qué te cubre este Seguro? (Coberturas)

Muerte Natural	Muerte que sobrevenga como consecuencia o causas distintas a un accidente.	Saldo insoluto de la deuda sin considerar intereses ni moras hasta el límite máximo indemnizable de S/400,000 o \$105,000 por todos los créditos.
Muerte Accidental	Muerte producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del asegurado independientemente de su voluntad.	
Invalidez Total Permanente y Definitiva por Accidente o Enfermedad	Es la Pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a 2/3 de su capacidad de trabajo, reconocida por LA COMPAÑIA según dictamen médico expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD o Ministerio de Salud (Instituto Nacional de Rehabilitación-INR)	

Duración de tu Seguro

Se inicia, desde que desde que FINANCIERA PROEMPRESA efectúe el desembolso del crédito a EL ASEGURADO y la cobertura se mantendrá vigente (fin) en tanto: (i) EL ASEGURADO realice el pago puntual y completo de las cuotas del crédito suscrito con FINANCIERA PROEMPRESA, (ii) se encuentre vigente el crédito asegurado antes descrito, (iii) la póliza de desgravamen de FINANCIERA PROEMPRESA suscrita con LA ASEGURADORA se mantenga vigente; y, (iv) EL ASEGURADO se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en el presente certificado.

Beneficiario

El beneficiario será FINANCIERA PROEMPRESA hasta el monto máximo establecido del saldo de la deuda por Asegurado.

Forma de pago

La prima se cobrará de forma mensual con renovación automática dentro de la cuota del crédito, según el cronograma del mismo. El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares.

¿Cuánto cuesta este seguro? (Prima comercial)

Tasa	Titular	Titular + Cónyuge o Mancomunado
Tasa Comercial Cliente (por mil)	0.095%	0.152%

Cargos por comercialización

Cargos por la comercialización a través de Bancaseguros	Cincuenta y seis punto treinta y dos por ciento
---	---

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 de Asegurado.
- *Por nulidad de la póliza.
- *Con respecto a cada asegurado, al cumplir éste la edad máxima estipulada.
- *Por falta de pagos de Primas
- *90 días de impago

¿Qué no te cubrimos? (Exclusiones)

- Enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro; en caso contrario el siniestro se encontrará cubierto y será de responsabilidad de LA COMPAÑIA -de seguros la comprobación de lo contrario.
- Suicidio consciente y voluntario dentro de los primeros 2 años de vigencia completo e ininterrumpido. La auto mutilación o autolesión.
- Que el asegurado se encuentre conduciendo y bajo efecto de alcohol o de drogas (Se considerará estado de ebriedad igual o mayor a 0.5gr/lit en la sangre).
- Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, así como en huelgas, motín, tumulto popular, conmoción Civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.

Procedimiento en caso de siniestros

En caso de algún siniestro, deberán comunicarlo a LA COMPAÑIA o FINANCIERA PROEMPRESA a través de cualquiera de sus agencias indicando DNI y monto adeudado del saldo insoluto al momento del fallecimiento o invalidez, asimismo los datos del solicitante (Nombre completo, dirección y teléfonos) en un plazo máximo de 5 días útiles (Para Lima) y 8 días útiles (Para Provincia) Los documentos sustentatorios del siniestro según indicamos líneas abajo, deberán ser presentados en cualquiera de nuestras agencias a nivel nacional. LA COMPAÑIA pagará la indemnización que corresponda en un plazo máximo de 30 días de recibida la documentación completa, considerando el saldo insoluto que adeudase el Asegurado al momento del siniestro, sin considerar intereses ni otro concepto cobrado por FINANCIERA PROEMPRESA. De producirse la Invalidez Total Permanente y Definitiva del ASEGURADO, el contrato de seguro quedará resuelto una vez que LA COMPAÑIA pague el Beneficio. FINANCIERA PROEMPRESA no cobrará primas luego de la activación del seguro. Se podrá solicitar las coberturas del seguro dentro del plazo de prescripción (diez años) dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.

Autorización para acceder a Historia Clínica: El cliente ASEGURADO autoriza expresamente a LA COMPAÑIA, a través de la declaración contenida en la solicitud- certificado, en los casos de fallecimiento e invalidez total y permanente a causa de accidente y/o enfermedad a obtener y acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera. La aseguradora empleará su red de auditoría médica, sobre esta autorización, actuando pro activamente en facilitar y/o agilizar la satisfacción de los documentos necesarios para la liquidación.

¿Qué documentos debes presentar en caso de siniestro?

	Copia del DNI del asegurado	Certificado y Acta de defunción del Asegurado	Historia clínica completa	Informe policial completo	Protocolo de necropsia completo	Resultado de Examen químico toxicológico y Dosaje etílico	Dictamen médico*
Muerte natural	x	x	x				
Muerte Accidental	x	x		x	x	x	
Invalidez Total y Permanente por enfermedad	x		x				x
Invalidez Total y Permanente por Accidente	x			x		x	x

*Expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD, Ministerio de Salud o Instituto Nacional de Rehabilitación. **LA COMPAÑIA podrá solicitar documentación adicional para evaluar el siniestro.

- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar, copia de la póliza de seguro a LA COMPAÑIA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, el ASEGURADO autoriza de forma expresa a MAPFRE PERÚ, el tratamiento y transferencia de sus datos personales y datos sensibles aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros. Para mayor detalle de la Ley puede ingresar a la página web www.mapfre.com.pe
- Para canalizar la atención de reclamos, según el procedimiento para la atención de reclamos establecidos en este documento, el Asegurado y/o Usuario deberán dirigirse al responsable de Calidad en la Av. Armendariz 345, Miraflores, Lima, teléfono 213-3333 o ingresar a su página web www.mapfre.com.pe.
- En caso de disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, usted 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.

Firmado en señal de conformidad, conocimiento y aceptación de todas las condiciones indicadas en las tres (3) páginas de este Certificado.



Fecha de Solicitud

Director de Unidad Vida

Firma del asegurado

Firma del Cónyuge

Solicitud Seguro de Desgravamen



Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias
Póliza Grupo N° 6110064

Certificado N°
CÓDIGO SBS VI2047410006- VI2047420007

Empresa de seguros

RAZÓN SOCIAL: MAPFRE CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A	RUC: 20418896915
DOMICILIO: AV. ARMENDARIZ 345 MIRAFLORES, LIMA	TELÉFONO: 213-3333
CORREO ELECTRÓNICO: soporteSI24@MAPFRE.COM.PE	

Datos del Contratante

RAZON SOCIAL: FINANCIERA PROEMPRESA	RUC: 20348067053	TELÉFONO: 625 -8080
DOMICILIO: Av. Aviación Nro. 2431 – San Borja	PÁGINA WEB: www.proempresa.com.pe	

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos					
Tipo de Doc.		DNI ☐ CEX ☐	Nro. Doc.	Fecha. Nac. __/__/____	Sexo: F ☐ M ☐
Dirección					
Provincia		Departamento		Distrito	
Nacionalidad		Telf. Fijo		Telf. Celular	
Correo Electrónico				Ocupación	

Datos del Cónyuge (solo aplica en caso de contratación de desgravamen conyugal)

Nombres y Apellidos					
Tipo de Doc.		DNI ☐ CEX ☐	Nro. Doc.	Fecha. Nac. __/__/____	Sexo: F ☐ M ☐
Dirección					
Provincia		Departamento		Distrito	
Nacionalidad		Telf. Fijo		Telf. Celular	
Correo Electrónico				Ocupación	

Datos del préstamo

MONEDA: Soles ☐ Dólares ☐	Plazo del préstamo:	Meses:	Años:
Importe del préstamo:	Tipo de seguro:	Fecha de emisión: __/__/____	

Condiciones de Afiliación

Mínima de Ingreso	18 años	Máxima de Ingreso:	83 años y 364 días	Máxima de Permanencia	85 años y 364 días
En caso el ASEGURADO exceda la edad establecida, se dará por concluida la cobertura respectiva, y la COMPAÑÍA reintegrará las primas pagadas luego de esos límites. Desde los 76 años cumplidos hasta los 81 años y 364 días, la suma asegurada máxima será de S/ 30,000.00 soles o su equivalente en moneda extranjera. Para los ASEGURADOS con edad de ingreso entre los 82 y 83 años y 364 días la suma asegurada máxima será S/10,000 y el plazo máximo será 12 meses. Todos los asegurados deberán completar la DPS y pasar por los exámenes médicos de ser solicitados por la compañía de seguros.					

Declaración Personal de Salud (DPS)

Los ASEGURADOS hasta los 75 años y 364 días con solicitudes de créditos o cúmulo de S/60,001 o \$15,701 a S/400,000 o \$105,000, deberán llenar una Declaración Personal de Salud (DPS).
Para los ASEGURADOS de 76 a 81 años y 364 días, que tienen solicitudes de créditos o cúmulo máximo hasta S/. 30,000 o US\$ 8,000, no deben firmar Dps.
Para los ASEGURADOS con edad de ingreso entre los 82 y 83 años y 364 días la suma asegurada máxima será S/10,000 y el plazo máximo será 12 meses, deberán completar la DPS y pasar por los exámenes médicos de ser solicitados por la COMPAÑÍA de seguros.

N°	Preguntas	Titular	Cónyuge
1.	¿Ha requerido o le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o médico? (no considerar apendicitis, amigdalitis, hernias).	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐

2.	¿Ha requerido atención médica de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardíacos, neurológicos, epilepsia, renales, parálisis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, sida o enfermedad venérea?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
3.	¿Le han detectado algún tumor, se ha sometido o le han recomendado someterse a alguna prueba para descartar cáncer?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
4.	¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud, se está sometiendo a algún tratamiento tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio el diagnóstico de alguna enfermedad?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
5.	Fuma ¿Cuántos cigarrillos al día? () – Indicar cantidad	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
6.	Solo para personas del sexo femenino: ¿Esta Ud. Embarazada?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
7.	Peso y estatura (Talla)	P: T	P T

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvase 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

Importante

- Declaro que las respuestas dadas en la presente solicitud y en particular las referidas a la Declaración de Salud son verídicas y completas, y que es de mi conocimiento que cualquier RETICENCIA y/o DECLARACIÓN INEXACTA, anula de hecho al Contrato de Seguro y, en consecuencia, toda obligación de LA COMPAÑÍA, siempre y cuando medie dolo o culpa inexcusable. El ASEGURADO TITULAR autorizan expresamente a LA COMPAÑÍA, en los casos que se produzca un riesgo amparado por esta póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.
- De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, el ASEGURADO autoriza de forma expresa a MAPFRE PERÚ, el tratamiento y transferencia de sus datos personales y datos sensibles aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros. Para mayor detalle de la Ley puede ingresar a la página web www.mapfre.com.pe

Firmado en señal de conformidad, conocimiento y aceptación de todas las condiciones indicadas en las dos (2) páginas de esta solicitud.

Alma Nieto

Fecha de Solicitud

Director de Unidad Vida

Firma del Titular

Firma Cónyuge

Certificado Seguro de Desgravamen con Devolución



Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias
Póliza Grupo N° 6110068

Certificado N°
CÓDIGO SBS VI2047400188

Empresa de seguros

RAZÓN SOCIAL: MAPFRE CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A	RUC: 20418896915
DOMICILIO: AV. ARMENDARIZ 345 MIRAFLORES, LIMA	TELÉFONO: 213-3333
CORREO ELECTRÓNICO: soporteSI24@MAPFRE.COM.PE	

Datos del Contratante

RAZON SOCIAL: FINANCIERA PROEMPRESA	RUC: 20348067053	TELÉFONO: 625 -8080
DOMICILIO: Av. Aviación Nro. 2431 – San Borja	PAGINA WEB: https://www.proempresa.com.pe/	

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos					
Tipo de Doc.		DNI ☐ CEX ☐	Nro. Doc.	Fecha. Nac. __/__/____	Sexo: F ☐ M ☐
Dirección					
Provincia		Departamento		Distrito	
Nacionalidad		Telf. Fijo		Telf. Celular	
Correo Electrónico				Ocupación	

Datos del Cónyuge (solo aplica en caso de contratación de desgravamen conyugal)

Nombres y Apellidos					
Tipo de Doc.		DNI ☐ CEX ☐	Nro. Doc.	Fecha. Nac. __/__/____	Sexo: F ☐ M ☐
Dirección					
Provincia		Departamento		Distrito	
Nacionalidad		Telf. Fijo		Telf. Celular	
Correo Electrónico				Ocupación	

Datos del préstamo

MONEDA: Soles ☐ Dólares ☐	Plazo del préstamo:	Meses: ☐	Años: ☐
Importe del préstamo:		Tipo de seguro:	

Condiciones de Afiliación

Mínima de Ingreso	18 años	Máxima de Ingreso:	83 años y 364 días	Máxima de Permanencia	85 años y 364 días
En caso el ASEGURADO exceda la edad establecida, se dará por concluida la cobertura respectiva, y LA COMPAÑIA reintegrará las primas pagadas luego de esos límites. Desde los 76 años cumplidos hasta los 81 años y 364 días, la suma asegurada máxima será de S/ 30,000.00 soles o su equivalente en moneda extranjera. Para los asegurados con edad de ingreso entre los 82 y 83 años y 364 días la suma asegurada máxima será S/10,000 y el plazo máximo será 12 meses. Todos los ASEGURADOS deberán completar la DPS y pasar por los exámenes médicos de ser solicitados por LA COMPAÑIA .					

¿Qué te cubre este Seguro? (Coberturas)

Muerte Natural	Muerte que sobrevenga como consecuencia o causas distintas a un accidente.	Saldo insoluto de la deuda sin considerar intereses ni moras hasta el límite máximo indemnizable de S/400,000 o \$105,000 por todos los créditos.
Muerte Accidental	Muerte producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del asegurado independientemente de su voluntad.	
Invalidez Total Permanente y Definitiva por Accidente o Enfermedad	Es la Pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a 2/3 de su capacidad de trabajo, reconocida por LA COMPAÑIA según dictamen médico expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD o Ministerio de Salud (Instituto Nacional de Rehabilitación-INR)	
Sobrevivencia	Se entiende por la devolución de la prima establecida por el porcentaje de devolución en caso de sobrevivencia del asegurado al finalizar la vigencia de la póliza.	10% de las primas cliente pagadas

El titular puede solicitar un rescate siempre y cuando el cliente haya realizado la cancelación total y anticipada del crédito a la entidad Financiera y se haya pagado las dos (02) primeras anualidades del seguro, teniendo en cuenta los siguientes porcentajes:

Periodo	% Devolución	Periodo	% Devolución	Periodo	% Devolución	Periodo	% Devolución
Periodo 2	2.5%	Periodo 3	4%	Periodo 4	5.5%	Periodo 5 a más	7%

Duración de tu Seguro

Se inicia, desde que desde que EL CONTRATANTE efectúe el desembolso del crédito a EL ASEGURADO y la cobertura se mantendrá vigente (fin) en tanto: (i) EL ASEGURADO realice el pago puntual y completo de las cuotas del crédito suscrito con EL CONTRATANTE, (ii) se encuentre vigente el crédito asegurado antes descrito, (iii) la póliza de desgravamen de FINANCIERA PROEMPRESA suscrita con LA COMPAÑÍA se mantenga vigente; y, (iv) EL ASEGURADO se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en el presente certificado.

Beneficiario

El beneficiario será FINANCIERA PROEMPRESA hasta el monto máximo establecido del saldo de la deuda por Asegurado.

Forma de pago

La prima se cobrará de forma mensual con renovación automática dentro de la cuota del crédito, según el cronograma del mismo. El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares.

¿Cuánto cuesta este seguro? (Prima comercial)

Tasa	Titular	Titular + Cónyuge o Mancomunado
Tasa Comercial Cliente (por mil)	0.10068%	0.20136%

Cargos por comercialización

Cargos por la comercialización a través de Bancaseguros	Treinta y seis punto cinco porciento
---	--------------------------------------

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 de Asegurado.
- *Por nulidad de la póliza.
- *Con respecto a cada asegurado, al cumplir éste la edad máxima estipulada.
- *Por falta de pagos de Primas.
- *90 días de impago.

¿Qué no te cubrimos? (Exclusiones)

- a. Enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro; en caso contrario el siniestro se encontrará cubierto y será de responsabilidad de LA COMPAÑÍA de seguros la comprobación de lo contrario.
- b. Suicidio consciente y voluntario dentro de los primeros 2 años de vigencia completo e ininterrumpido. La auto mutilación o autolesión.
- c. Que el asegurado se encuentre conduciendo y bajo efecto de alcohol o de drogas (Se considerará estado de ebriedad igual o mayor a 0.5gr/lit en la sangre).
- d. Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, así como en huelgas, motín, tumulto popular, conmoción Civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.

Procedimiento en caso de siniestros

En caso de algún siniestro, Deberán comunicarlo a LA COMPAÑÍA o FINANCIERA PROEMPRESA a través de cualquiera de sus agencias indicando DNI y monto adeudado del saldo insoluto al momento del fallecimiento o invalidez, asimismo los datos del solicitante (Nombre completo, dirección y teléfonos) en un plazo máximo de 5 días útiles (Para Lima) y 8 días útiles (Para Provincia) Los documentos sustentatorios del siniestro según indicamos líneas abajo, deberán ser presentados en cualquiera de nuestras agencias a nivel nacional. FINANCIERA PROEMPRESA pagará la indemnización que corresponda en un plazo máximo de 30 días de recibida la documentación completa, considerando el saldo insoluto que adeudase el ASEGURADO al momento del siniestro, sin considerar intereses ni otro concepto cobrado por el Contratante. De producirse la Invalidez Total Permanente y Definitiva del ASEGURADO, el contrato de seguro quedará resuelto una vez que FINANCIERA PROEMPRESA pague el Beneficio. FINANCIERA PROEMPRESA no cobrará primas luego de la activación del seguro. Se podrá solicitar las coberturas del seguro dentro del plazo de prescripción (diez años) dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.

Autorización para acceder a Historia Clínica: El cliente ASEGURADO autoriza expresamente a LA COMPAÑÍA, a través de la declaración contenida en la solicitud- certificado, en los casos de fallecimiento e invalidez total y permanente a causa de accidente y/o enfermedad a obtener y acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera. LA COMPAÑÍA empleará su red de auditoría médica, sobre esta autorización, actuando pro activamente en facilitar y/o agilizar la satisfacción de los documentos necesarios para la liquidación.

¿Qué documentos debes presentar en caso de siniestro?

	Copia del DNI del asegurado	Certificado y Acta de defunción del Asegurado	Historia clínica completa	Informe policial completo	Protocolo de necropsia completo	Resultado de Examen químico toxicológico y Dosaje etílico	Dictamen médico*	Cronograma de pagos de crédito
Muerte natural	x	x	x					
Muerte Accidental	x	x		x	x	x		

Invalidez Total y Permanente por enfermedad	x		x				x	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	x			x		x	x	
Sobrevivencia y rescate	x							x

*Expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD, Ministerio de Salud o Instituto Nacional de Rehabilitación. **LA COMPAÑIApodrá solicitar documentación adicional para evaluar el siniestro.

Importante

- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar, copia de la póliza de seguro a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, el ASEGURADO autoriza de forma expresa a MAPFRE PERÚ, el tratamiento y transferencia de sus datos personales y datos sensibles aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros. Para mayor detalle de la Ley puede ingresar a la página web www.mapfre.com.pe
- Para canalizar la atención de reclamos, según el procedimiento para la atención de reclamos establecidos en este documento, el Asegurado y/o Usuario deberán dirigirse al responsable de Calidad en la Av. Armendariz 345, Miraflores, Lima, teléfono 213-3333 o ingresar a su página web www.mapfre.com.pe.
- En caso de disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, usted 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.

Firmado en señal de conformidad, conocimiento y aceptación de todas las condiciones indicadas en las tres (2) páginas de este Certificado.

Alana Nieto

Fecha de Solicitud

Director de Unidad Vida

Firma del Asegurado

Firma del Cónyuge

Solicitud Seguro de Desgravamen con Devolución



Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias
Póliza Grupo N° 6110068

Certificado N°
CÓDIGO SBS VI2047400188

Empresa de seguros

RAZÓN SOCIAL: MAPFRE CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A	RUC: 20418896915
DOMICILIO: AV. ARMENDARIZ 345 MIRAFLORES, LIMA	TELÉFONO: 213-3333
CORREO ELECTRÓNICO: soporteSI24@MAPFRE.COM.PE	

Datos del Contratante

RAZON SOCIAL: FINANCIERA PROEMPRESA	RUC: 20348067053	TELÉFONO: 625 -8080
DOMICILIO: Av. Aviación Nro. 2431 – San Borja	PÁGINA WEB: www.proempresa.com.pe	

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos					
Tipo de Doc.		DNI ☐ CEX ☐	Nro. Doc.	Fecha. Nac. __/__/____	Sexo: F ☐ M ☐
Dirección					
Provincia		Departamento		Distrito	
Nacionalidad		Telf. Fijo		Telf. Celular	
Correo Electrónico				Ocupación	

Datos del Cónyuge (solo aplica en caso de contratación de desgravamen conyugal)

Nombres y Apellidos					
Tipo de Doc.		DNI ☐ CEX ☐	Nro. Doc.	Fecha. Nac. __/__/____	Sexo: F ☐ M ☐
Dirección					
Provincia		Departamento		Distrito	
Nacionalidad		Telf. Fijo		Telf. Celular	
Correo Electrónico				Ocupación	

Datos del préstamo

MONEDA: Soles ☐ Dólares ☐	Plazo del préstamo:	Meses: ☐	Años: ☐
Importe del préstamo:	Tipo de seguro:	Fecha de emisión: __/__/____	

Condiciones de Afiliación

Mínima de Ingreso	18 años	Máxima de Ingreso:	83 años y 364 días	Máxima de Permanencia	85 años y 364 días
En caso el ASEGURADO exceda la edad establecida, se dará por concluida la cobertura respectiva, y LA COMPAÑÍA reintegrará las primas pagadas luego de esos límites. Desde los 76 años cumplidos hasta los 81 años y 364 días, la suma asegurada máxima será de S/ 30,000.00 soles o su equivalente en moneda extranjera.					
Para los asegurados con edad de ingreso entre los 82 y 83 años y 364 días la suma asegurada máxima será S/10,000 y el plazo máximo será 12 meses. Todos los ASEGURADOS deberán completar la DPS y pasar por los exámenes médicos de ser solicitados por LA COMPAÑÍA.					

Declaración Personal de Salud (DPS)

Los ASEGURADOS hasta los 75 años y 364 días con solicitudes de créditos o cúmulo de S S/60,001 o \$15,701 a S/400,000 o \$105,000, deberán llenar una Declaración Personal de Salud (DPS).
Para los ASEGURADOS de 76 a 81 años y 364 días, que tienen solicitudes de créditos o cúmulo máximo hasta S/. 30,000 o US\$ 8,000, no deben firmar Dps.
Para los ASEGURADOS con edad de ingreso entre los 82 y 83 años y 364 días la suma asegurada máxima será S/10,000 y el plazo máximo será 12 meses, deberán completar la DPS y pasar por los exámenes médicos de ser solicitados por la COMPAÑÍA de seguros.

N°	Preguntas	Titular	Cónyuge
1.	¿Ha requerido o le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o médico? (no considerar apendicitis, amigdalitis, hernias).	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐

2.	¿Ha requerido atención médica de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardíacos, neurológicos, epilepsia, renales, parálisis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, sida o enfermedad venérea?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
3.	¿Le han detectado algún tumor, se ha sometido o le han recomendado someterse a alguna prueba para descartar cáncer?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
4.	¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud, se está sometiendo a algún tratamiento tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio el diagnóstico de alguna enfermedad?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
5.	Fuma ¿Cuántos cigarrillos al día? () – Indicar cantidad	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
6.	Solo para personas del sexo femenino: ¿Esta Ud. Embarazada?	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
7.	Peso y estatura (Talla)	P: T	P T

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvase 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

Importante

• Declaro que las respuestas dadas en la presente solicitud y en particular las referidas a la Declaración de Salud son verídicas y completas, y que es de mi conocimiento que cualquier RETICENCIA y/o DECLARACIÓN INEXACTA, anula de hecho al Contrato de Seguro y, en consecuencia, toda obligación de LA COMPAÑÍA, siempre y cuando medie dolo o culpa inexcusable. El ASEGURADO TITULAR autorizan expresamente a LA COMPAÑÍA, en los casos que se produzca un riesgo amparado por esta póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

• De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, el ASEGURADO autoriza de forma expresa a MAPFRE PERÚ, el tratamiento y transferencia de sus datos personales y datos sensibles aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros. Para mayor detalle de la Ley puede ingresar a la página web www.mapfre.com.pe

Firmado en señal de conformidad, conocimiento y aceptación de todas las condiciones indicadas en las cinco (2) páginas de este Certificado.

Fecha de Solicitud



Director de Unidad Vida

Firma del Asegurado

Firma del Cónyuge