

Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros - RUC 20418896915 Oficina principal: Avenida Armendariz 345, Miraflores Perú T (511)213-3333 <u>www.mapfre.com.pe</u>



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 P	ROEMPRESA				
RAZON SOCIAL: FINANCIERA	PROEMPRESA	RUC: 2034806705	3 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 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 M	
Dirección					
Provincia	Departamento		Distrito		
Nacionalidad	Telf. Fijo		Telf. Celular		
Correo Electrónico Ocupación					
Datos del préstamo					
MONEDA: Soles	<u>D</u> ólares <u></u>	Plazo del préstam	o: Meses: A	ños:	
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 insolu
	Muerte producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional de una fuerza	deuda sin co
Muerte Accidental	externa que obra súbitamente sobre la persona del asegurado	intereses ni
	independientemente de su voluntad.	hasta el lími
Invalidez Total	Es la Pérdida o disminución física o intelectual igual o superior a 2/3 de su	máximo inde
Permanente y	capacidad de trabajo, reconocida por LA COMPAÑIA según dictamen médico	de S/400,00
Definitiva por Accidente	expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones	\$105,000 pc
o Enfermedad	(COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por	los creditos.
	ESSALUD o Ministerio de Salud (Instituto Nacional de Rehabilitación-INR)	

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 creditos.

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)

- 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 COMPAÑIA -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 0.5qr/lt 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 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 sinjestro?

C							
	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 quimico toxicologico y Dosaje etilico	Dictamen médico*
Muerte natural	х	x	x				
Muerte Accidental	Х	x		х	Х	Х	
Invalidez Total y Permanente por enfermedad	х		х				х
Invalidez Total y Permanente por Accidente	х			х		х	х

*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.

	Jeann Rielo		
Fecha de Solicitud	Director de Unidad Vida	Firma del asegurado	Firma del Cónyuge



Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros - RUC 20418896915 Oficina principal: Avenida Armendariz 345, Miraflores Perú T (511)213-3333 www.mapfre.com.pe



Solicitud Seguro de Desgravamen

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

Certificado N°
CÓDIGO SBS VI2047410006- VI2047420007

Emi	presa d	e sed	iuros

<u> </u>	
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	

	· .	4				4		4	
		ra	s c	۱О	 T	10.1	72	TЭ	rΔ
_	1-1		.	45	, ,				

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	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 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 COMPAÑIA de seguros.

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

2.		¿Ha requerido atención médica de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardiacos, neurológicos, epilepsia, renales, parálisis, enfermedades de transmisión Sí No Sí No							
	,	0 / 1 1	, ,	dades pulmonares,			ы <u>П ио</u> П	31 [
	enfermedad v		,	,	,				
3.		ctado algún tumo a para descartar c		tido o le han recome	ndado some	eterse a S	Sí No No	Sí 🗀	No 🔲
4.				edad no mencionada	en esta dec	laración			
l		stá sometiendo a			on cola acc		Sí 🖂 No 🦳	Sí 🗀	7 No □
				en proceso de estud	o el				
		e alguna enfermed							
5.		os cigarrillos al dí					Sí No	Sí 🗆	No
6.	Solo para per	rsonas del sexo i	femenino: ¿⊟	sta Ud. Embarazada	?		Sí No No	Sí 🗀] No [
7.	Peso y estatu	ra (Talla)		7. Peso y estatura (Talla) P: T P T					
Si algı	una de las respu	uestas es afirmativ	va, sírvase pro	porcionar la informa	ción detallac	la que a con	tinuación se in	dica:	
Non	nbres y	Enfermedad	va, sírvase pro padecida	pporcionar la informa o tratamiento	rión detallad Fecha	a que a con Duración	Nombre o		Estado
Non									Estado Actual
Non	nbres y	Enfermedad					Nombre c	le la	
Non	nbres y	Enfermedad					Nombre c	le la	
Non	nbres y	Enfermedad					Nombre c	le la	
Nom Ape	nbres y	Enfermedad					Nombre c	le la	
Impo	ortante eclaro que las re	Enfermedad recomendado	padecida en la presente	o tratamiento	Fecha	Duración das a la Dec	Nombre of clínica médico	le la o	Actual
Impo	ortante eclaro que las recompletas, y qu	Enfermedad recomendado espuestas dadas e e es de mi conoci	padecida en la presente miento que cu	o tratamiento solicitud y en particu	lar las referi	Duración das a la Dec	Nombre of clínica médico médico claración de Sa	le la o	Actual verídicas cho al
Impo	ortante eclaro que las recompletas, y que ontrato de Segu	espuestas dadas e e es de mi conociro y, en consecue	padecida en la presente miento que cuencia, toda obli	o tratamiento solicitud y en particulalquier RETICENCI/	lar las referi	das a la Dec RACIÓN INI	Nombre of clínica médico claración de Sa EXACTA, anula medie dolo o o	le la o lud son a de hec	verídicas cho al excusable.
Impo Output Do y Co El	ortante eclaro que las recompletas, y quontrato de Segul ASEGURADO	espuestas dadas e e es de mi conociro y, en consecue	en la presente miento que cu encia, toda obli an expresame	o tratamiento solicitud y en particulalquier RETICENCIA igación de LA COMP nte a LA COMPAÑÍA	lar las referi x y/o DECLA AÑÍA, siemp en los caso	das a la Dec RACIÓN INI pre y cuando es que se pro	Nombre of clínica médico claración de Sa EXACTA, anula medie dolo o o oduzca un rieso	lud son a de hec culpa ine go ampa	verídicas cho al excusable.
Impo Output Do y Co El es	ortante eclaro que las recompletas, y quontrato de Segul ASEGURADO sta póliza, a acc	espuestas dadas e e es de mi conociro y, en consecue TITULAR autoriza eder a su historia	en la presente miento que cu encia, toda obli an expresame clínica en cua	o tratamiento solicitud y en particulalquier RETICENCI/	lar las referi x y/o DECLA AÑÍA, siemp en los caso d privado o p	das a la Dec RACIÓN INI pre y cuando as que se pro público, en e	Nombre of clínica médico claración de Sa EXACTA, anula medie dolo o o oduzca un rieso I momento que	lud son a de hec culpa ine go ampa	verídicas cho al excusable. arado por iiera.

de forma expresa a MAPFRE PERÚ, el tratamiento y transferencia de sus datos personales y datos sensibles aplicable pa 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.

	Jeann Dieto		
Fecha de Solicitud	Director de Unidad Vida	Firma del Titular	Firma Cónyuge



Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros - RUC 20418896915 Oficina principal: Avenida Armendariz 345, Miraflores Perú T (511)213-3333 www.mapfre.com.pe



Certificado Seguro de Desgravamen con Devolución



Adaquado a la Loy Nº 20046 y sus Normas Poglamontarias

Cartificada Nº

Adecuado a la Ley N° 29946 y	sus Normas Regiamer	ntarias	Certificado			
Póliza Grupo N° 6110068			CODIGO S	BS VI2047400188		
Empresa de seguros						
	DE SECUDOS V DEAS	ECHDOS S A		RUC : 204188969	15	
RAZÓN SOCIAL: MAPFRE CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A DOMICILIO: AV. ARMENDARIZ 345 MIRAFLORES, LIMA				TELÉFONO: 213		
CORREO ELECTRÓNICO: sop	·			TELLI ONO. 213	-5555	
CORREO ELECTRONICO. SOP	OITESIZ4@WAFFINE.COI	IVI.F C				
Datas del Contratante						
Datos del Contratante RAZON SOCIAL: FINANCIERA	DDOEMDDESA B	UC : 2034806705	3 TELÉFONO	605 9090		
			ps://www.proemp			
DOMICILIO: Av. Aviación Nro. 2	431 – San Borja - Pi	AGINA WED. IIII	.ps.//www.proemp	oresa.com.pe/		
Datos del Asegurado						
Nombres y Apellidos	Nro. Doc.		Facha Nas		Savar E M M	
Tipo de Doc. DNI CEX	NIO. DOC.		Fecha. Nac.		Sexo: F M M	
Dirección			B1.4.14.			
Provincia	Departamento		Distrito			
Nacionalidad	Telf. Fijo		Telf. Celular			
Correo Electrónico			Ocupación			
Datas del Cámuna (sela	anlias an assa da	a a mémoto a i é m	de de eurore	man aanuusal)		
Datos del Cónyuge (solo	aplica eli caso de	Contratación	de desgrava	men conyugai)		
Nombres y Apellidos	Nro. Doc.					
Tipo de Doc. DNI CEX	NIO. DOC.		Fecha. Nac.		Sexo: F M M	
Dirección	T					
Provincia	Departamento		Distrito			
Nacionalidad	Telf. Fijo		Telf. Celular			
Correo Electrónico			Ocupación			
Datos del préstamo						
	<u> </u>	azo del préstam	o: Mes	ses: Ar	ios:	
Importe del préstamo:	Ti _l	po de seguro:				
Candiaianas da Afiliaciá						
Condiciones de Afiliació		83 años y 364 d	días Máxim	a da Darmananaia	95 años y 264 días	
Mínima de Ingreso 18 años	Máxima de Ingreso:			a de Permanencia	85 años y 364 días	
En caso el ASEGURADO exceda primas pagadas luego de esos lír		•	-	•	-	
S/ 30,000.00 soles o su equivaler		-	05 01 anos y 304	uias, ia suilia asegui	aua maxima sera ue	
Para los asegurados con edad de	-		la suma asegurad	da máxima será S/10	.000 y el plazo	
máximo será 12 meses. Todos lo	-	•	-		- ·	
LA COMPAÑIA .						
	us 2 (Cabautuusa)					

póliza.

Coduc to cubic este	deguio: (doberturas)	
Muerte Natural	Muerte que sobrevenga como consecuencia o causas distintas a un accidente.	Saldo insoluto de la
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.	deuda sin considerar intereses ni moras hasta el límite
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)	máximo indemnizable de S/400,000 o \$105,000 por todos los créditos.
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	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 cuanta 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 COMPAÑIA 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/lt 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 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. 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 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 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 quimico toxicologico y Dosaje etilico	Dictamen médico*	Cronograma de pagos de crédito
Muerte natural	Х	X	X					
Muerte Accidental	х	X		Х	X	X		

Invalidez Total y						
Permanente por	x	×			×	
enfermedad						
Invalidez Total y	v		V	V	v	
Permanente por Accidente	^		^	^	^	
Sobrevivencia y rescate	Х					х

^{*}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.

	Jeana Rich		
Fecha de Solicitud	Director de Unidad Vida	Firma del Asegurado	Firma del Cónvuge



Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros - RUC 20418896915 Oficina principal: Avenida Armendariz 345, Miraflores Perú T (511)213-3333 www.mapfre.com.pe



Solicitud Seguro de Desgravamen con Devolución



Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias Certificado N°

Póliza Grupo N° 6110068		CÓDIGO SB	S VI2047400188		
Empresa de seguros					
	A DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A		RUC : 204188969	15	
DOMICILIO: AV. ARMENDARIZ 345 MIRAFLORES, LIMA TELÉFONO: 213-3333					
CORREO ELECTRÓNICO: sop	<u> </u>				
	0.1.00.12.1@.1.1.1.1.1.20.11 2				
Datos del Contratante					
RAZON SOCIAL: FINANCIERA	PROEMPRESA RUC: 2034806709	53 TELÉFONO : 6	325 -8080		
DOMICILIO: Av. Aviación Nro. 2	.431 – San Borja PÁGINA WEB : w	ww.proempresa.co	m.pe		
Datos del Asegurado					
Nombres y Apellidos					
Tipo de Doc. DNI CEX	Nro. Doc.	Fecha. Nac.	II	Sexo: F M M	
Dirección		,			
Provincia	Departamento	Distrito			
Nacionalidad	Telf. Fijo	Telf. Celular			
Correo Electrónico		Ocupación			
	aplica en caso de contratación	de desgravam	en conyugal)		
Nombres y Apellidos		I		I	
Tipo de Doc. DNI CEX	Nro. Doc.	Fecha. Nac.	!!	Sexo: F M M	
Dirección					
Provincia	Departamento	Distrito			
Nacionalidad	Telf. Fijo	Telf. Celular			
Correo Electrónico		Ocupación			
Datos del préstamo					
	Dólares Plazo del préstam			ňos:	
Importe del préstamo:	Tipo de seguro:	Fec	ha de emisión: _		
Condiciones de Afiliació	an .				
Mínima de Ingreso 18 años	Máxima de Ingreso: 83 años y 364	días Máxima	de Permanencia	85 años y 364 días	
	a la edad establecida, se dará por concluida			•	
primas pagadas luego de esos lír	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•	•	~	
1	filles. Desde los 76 anos cumpildos nasia	103 0 1 a1103 y 30 4 0	iias, ia suilia as c yt	irada maxima sera de	
	nte en moneda extranjera.	•	_		
Para los asegurados con edad de		la suma asegurada	máxima será S/10),000 y el plazo	

Declaración Personal de Salud (DPS)

LA COMPAÑÍA.

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 COMPAÑIA de seguros.

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

2.	¿Ha requerido atención médica de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardiacos, neurológicos, epilepsia, renales, parálisis, enfermedades de transmisión							l No □			
sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, sida o							' '				
enfermedad venérea? 3. ¿Le han detectado algún tumor, se ha sometido o le han recomendado someterse a Sí No Si											
							Sí 🗀] No 🔲			
-		n para descartar cáncer? o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración									
4.		o o padece cualquier está sometiendo a al			io mencionada ei	n esta dec	aracion	Sí 🗔	ı No 🖂	Sí 🗔	I No □
.					ceso de estudio	el			No 🗀] No 🔲
tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio el diagnóstico de alguna enfermedad?											
5.		os cigarrillos al día?		r cant	tidad			Sí	No 🗌	Sí 🗆	1 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 alg	una de las resp	uestas es afirmativa	, sírvase proj	porcio	nar la informació	n detallad	a que a c	ontinua	ción se inc	lica:	
						Duració		ombre d	e la	Estado	
Ape	llidos	recomendado							ínica	0	Actual
								m	édico		
Impo	ortante										
	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.									o amna	rado nor

- 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

ia ejecución del Contrato d	ie Seguios. Para mayor detalle de la	a Ley pueue ingresar a la pagina	i web www.mapne.com.pe
ado en señal de conformidad, c	onocimiento y aceptación de todas las c	ondiciones indicadas en las cinco (2)	páginas de este Certificado.
•	, ,	()	. 0
	1 0		
	Siana Rieto		
Fecha de Solicitud	Director de Unidad Vida	Firma del Asegurado	Firma del Cónyuge
			i iiilia dei conyage