

Certificado de Seguro N°
Seguro de Desgravamen con Devolución
CMAC Huancayo - Póliza Grupo N° 6110036

DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR

SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

Autorizamos a CMAC Huancayo S.A. a coordinar la contratación de la Póliza de Seguro de Desgravamen con Devolución que se haya solicitado, cuyas principales condiciones se consignan en el presente documento (coberturas, riesgos excluidos, plazos de reclamo y resolución del seguro).

Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante La Compañía) con RUC N° 20418896915 y domicilio en Av. Armendáriz 345, Miraflores, Lima, deja constancia que la(s) persona(s) indicada(s) en este certificado se encuentra(n) amparada(s) por la póliza grupal de Desgravamen Soles y Dólares N° 6110036, emitidas a favor de los clientes titulares de créditos vigentes (Asegurados), de CMAC HUANCAYO S.A., identificada con RUC 20130200789 y domicilio en Calle Real Nro. 341 Interior 343, en adelante El Contratante, para los riesgos materia del seguro hasta el límite de la suma asegurada, siempre que proceda la cobertura de seguro y 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.

ASEGURADOS

Personas naturales clientes de CMAC Huancayo S.A., que tengan operaciones activas, sean mayores de edad y que no padezcan de enfermedades preexistentes. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico, conocida por el titular y/o asegurado adicional y no resuelta en el momento previo a la fecha de suscripción del seguro. Las personas que tengan alguna enfermedad preexistente, no serán aseguradas salvo evaluación médica, previa aceptación por parte de La Compañía y con un incremento máximo de 100% en la tasa o prima de seguro según corresponda. Aquellas personas que por condiciones de la póliza hayan llenado la Declaración Personal de Salud y/o han requerido de exámenes, serán evaluados de acuerdo a las condiciones pactadas de la póliza. En caso el asegurado incurra en reticencia o declaración inexacta dolosa, el contrato de seguro deviene en nulo, conforme a lo establecido en el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro (Ley N° 29946) y, por ende, se pierde todo derecho indemnizatorio, quedando La Compañía obligada únicamente a reintegrar la prima pagada posterior a la primera anualidad desde inicio de vigencia del crédito.

CONDICIONES DE AFILIACIÓN

Personas naturales mayores de 18 años y menores de 75 años, 11 meses y 29 días de edad, con un máximo de permanencia hasta las 00:00 del día en que cumplen 79 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.

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en las hojas 1 y hoja 2, y sus reversos. Asimismo declaramos que hemos tomado pleno conocimiento del seguro solicitado el cual se encuentran a disposición para cualquier revisión en las oficinas de la Caja Municipal de Ahorro y Crédito de Huancayo S.A.

BENEFICIARIOS

El beneficiario de la cobertura del presente seguro es CMAC Huancayo S.A de determinarse la procedencia de la cobertura de muerte o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado, La Compañía pagará a CMAC Huancayo S.A., la suma asegurada que corresponda en un solo acto.

VIGENCIA DE LA COBERTURA

Inicio de Vigencia: La vigencia de la cobertura al amparo del presente seguro, se inicia desde que el Contratante efectúe el desembolso del crédito en favor del Asegurado, teniendo en cuenta la fecha y hora del desembolso o aprobación del préstamo, previa autorización por parte de la Compañía en caso el asegurado haya requerido presentar una Declaración Personal de Salud (DPS) o se haya sometido a exámenes médicos.

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 79 años, 11 meses y 29 días y (iii) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

EXÁMENES MÉDICOS

El titular y su cónyuge (de acuerdo a la opción de seguro elegida) deben completar la declaración personal de salud (DPS) en la Solicitud de Seguro y someterse a los exámenes y evaluación médica que corresponde de acuerdo a las condiciones de la póliza. Los exámenes médicos serán coordinados por MAPFRE con los Centros Médicos afiliados, de acuerdo a las tablas de exámenes médicos establecidos en la póliza, sin costo para el cliente.

En caso el cliente no llegue a realizarse los exámenes médicos requeridos para evaluar su inclusión en el seguro y/o La Compañía no se haya pronunciado sobre la aprobación del caso, y CMAC Huancayo S.A. haya procedido con el desembolso del crédito, cuyo pago incluye la prima del seguro de desgravamen y por tanto el cobro del mismo, La Compañía procederá únicamente a reintegrar las primas pagadas, aun cuando dicho incumplimiento a someterse a exámenes médicos o la falta de pronunciamiento se descubra después del fallecimiento o invalidez del Asegurado, puesto que en dicho escenario el cliente al no cumplir con los requisitos de la póliza no es considerado asegurado de La Compañía.

PRIMA Y FORMA DE PAGO

Monto de la prima mensual: Para préstamos se aplicará una tasa mensual al saldo del capital. Las tasas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de la CMAC Huancayo S.A.

La prima se cobrará de forma mensual dentro de la cuota del crédito, según el cronograma del mismo. Los pagos efectuados por el Asegurado a la CMAC Huancayo S.A se consideran abonados a La Compañía.

El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO

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

- * Resolución invocada por el Contratante.
- * 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.

EXCLUSIONES

La Compañía estará eximida de cualquier obligación en caso de fallecimiento o invalidez de los prestatarios asegurados bajo cualquiera de las siguientes causas:

- a) Enfermedad grave y/o crónica preexistente al inicio del seguro. No se consideran enfermedades graves y/o crónicas los casos de Hipertensión, diabetes y asma por lo que él se encontrará con cobertura y será responsabilidad de la compañía de seguros demostrar lo contrario. 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 Declaración Personal de Salud – (DPS). Asimismo, si el prestatario es cliente recurrente con una antigüedad mayor de 12 meses, no podrá la aseguradora aplicar exclusión alguna para saldos insolutos o cúmulos menores o iguales a S/30,000 Nuevos Soles o su equivalente en dólares. Se entiende que el Prestatario es recurrente solo si vuelve a ser prestatario dentro de los 180 días de haber cancelado su Crédito.
- b) Participación directa en actos delictuosos.
- c) Guerra.
- d) Participación en deportes notoriamente peligrosos.
- e) Esta póliza no cubre los siniestros del prestatario cuando el fallecimiento sea a consecuencia de Sida/HIV, solo para saldos mayores a S/. 20,000.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso ocurriera el fallecimiento o el inicio de la Invalidez Total Permanente y Definitiva del Asegurado, CMAC Huancayo S.A., 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.

De producirse la Invalidez Total Permanente y Definitiva del Asegurado, La Compañía pagará el saldo insoluto de acuerdo a lo establecido en la sección SUMA ASEGURADA, quedando automáticamente resuelto el Contrato de Seguro. Si en caso se constata el cobro de primas luego de la activación del seguro, La Compañía procederá a reintegrar dichas primas pagadas.

SUMA ASEGURADA

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 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, de acuerdo a lo establecido en LIMITES ASEGURADOS.

LIMITES ASEGURADOS

Saldo insoluto de la deuda sin incluir intereses ni moras, por operaciones activas, hasta un límite máximo de indemnización por asegurado de \$ 500,000.00 (Quinientos mil dólares) o su equivalente en moneda nacional por asegurado, o cúmulo (*).

(*) Entiéndase cúmulo como la sumatoria de todos los créditos anteriores incluyendo el crédito que se está solicitando en la actualidad.

RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURAS	DEFINICIONES										
MUERTE NATURAL	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales.										
MUERTE ACCIDENTAL	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas accidentales.										
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.										
INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE Y DEFINITIVA POR ACCIDENTE	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.										
SOBREVIVENCIA	<p>Se entiende por la devolución de la prima establecida por el porcentaje de devolución en caso de sobrevivencia del asegurado al finalizar la vigencia del crédito. 50% de las primas cliente pagadas</p> <p>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.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Periodo</th> <th>Porcentaje de Devolución</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Periodo 2</td> <td>5.0%</td> </tr> <tr> <td>Periodo 3</td> <td>6.5%</td> </tr> <tr> <td>Periodo 4</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>Periodo 5 a más</td> <td>10%</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo	Porcentaje de Devolución	Periodo 2	5.0%	Periodo 3	6.5%	Periodo 4	8%	Periodo 5 a más	10%
Periodo	Porcentaje de Devolución										
Periodo 2	5.0%										
Periodo 3	6.5%										
Periodo 4	8%										
Periodo 5 a más	10%										

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

Muerte Natural o Muerte Accidental: 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 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. Para ambos casos, se deberá presentar copia de la Solicitud de Seguro y el Certificado de Seguro.

Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Accidente y/o Enfermedad: Copia simple del DNI del Asegurado, Dictamen médico 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, resultado de examen toxicológico, de haberse realizado, e información del saldo insoluto del crédito materia del presente seguro de Desgravamen actualizado a la fecha de fallecimiento. Adicionalmente, deberá presentarse: Copia de la historia clínica o, copia simple del parte o atestado policial en caso de ser requerido. Para ambos casos, se deberá presentar copia de la Solicitud de Seguro y el Certificado de Seguro.

El cliente asegurado autoriza expresamente a La compañía, en los casos de fallecimiento e invalidez total y permanente a causa de accidente y/ o enfermedad, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Rescate o sobrevivencia: Solicitud Firmada por el asegurado titular, DNI del asegurado y Cronograma de pagos del crédito.

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.

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. Armendáriz 345, Miraflores, Lima, teléfono 213-3333 o ingresar a la página web: www.mapfre.com.pe

MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el Contratante, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su reclamo o denuncia ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

1. MAPFRE PERÚ CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS es responsable frente al contratante y/o de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones que incurra Caja Municipal de Ahorro y Crédito de Huancayo S.A. 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. Declaramos haber sido debidamente informados sobre las condiciones del seguro, haber recibido la solicitud y el certificado de la póliza habiendo tomado pleno conocimiento de sus contenidos. Asimismo, declaramos 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. Solicitamos y autorizamos 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 Caja Municipal de Ahorro y Crédito de Huancayo S.A.en su calidad de beneficiario y comercializador del seguro.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

La Defensoría del Asegurado, opera en: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro, Lima - Perú
Telefax: 01 421-0614 / 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.

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

IMPORTANTE: La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de la Póliza Grupo Soles y Dólares Nro. 6110036 que obran en poder del CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA.

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

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en las seis (6) hojas que conforman el presente certificado.

Asimismo, declaramos que hemos tomado pleno conocimiento de las condiciones del seguro solicitado, las cuales se encuentran a disposición para cualquier revisión en las oficinas de CMAC Huancayo S.A.

Director Unidad de Vida

Gerente de Negocio

/ /
Fecha de Solicitud

Firma del Titular

Firma del Cónyuge