

MAPFRE PERÚ, Compañía de Seguros y Reaseguros, R.U.C. 20418896915

Oficina Principal: Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, Perú

Teléf. (511) 213 7373, Fax (511) 243 3131 www.mapfre.com.pe

SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

Código SBS: VI2047400188

Adecuado a la Ley Nro. 29946 y sus normas reglamentarias

CONDICIONES PARTICULARES DEL PRODUCTO – DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

PÓLIZA GRUPO: 6110032

OFICINA: Canales No Tradicionales

CONTRATANTE DEL SEGURO

Nombre:	Cientes de BANCO Alfin	Dirección:	Av. El Derby 250 Oficina 201
Distrito:	Surco	RUC:	20517476405

Los asegurados titulares son personas naturales a quienes se les ha otorgado un crédito, las mismas que se encuentran expuestas a los riesgos cubiertos por esta póliza.

BENEFICIARIO: BANCO ALFIN

DETALLE DE LAS COBERTURAS

COBERTURA PRINCIPAL	FALLECIMIENTO
Descripción de la cobertura	Muerte Natural: Se entiende así a la muerte que sobrevenga como consecuencia del fallecimiento del ASEGURADO por causas distintas a un accidente. Muerte Accidental: Se entiende por muerte accidental a aquella 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
Beneficiario	BANCO ALFIN
Tipo de Beneficio	Saldo Insoluto por el total de créditos asegurados.
Monto máximo asegurado(*) (**)	Saldo Insoluto hasta un monto máximo de S/ 50,000

COBERTURA PRINCIPAL	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
Descripción de la cobertura	Es la Pérdida o disminución física o intelectual igual o superior al 70% de su capacidad de trabajo, reconocida por LA COMPAÑÍA 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).

Beneficiario	BANCO ALFIN										
Tipo de Beneficio	Saldo Insoluto por el total de créditos asegurados.										
Monto máximo asegurado(*) (**)	Saldo Insoluto hasta un monto máximo de S/ 50,000										
COBERTURA PRINCIPAL	SOBREVIVENCIA										
Descripción de la cobertura	<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.</p> <p>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%										
Beneficiario	Titular del Crédito										
Tipo de Beneficio	Devolución de primas pagadas aplicable sólo a préstamos con vigencia mayor a dos años.										
Monto máximo asegurado	Monto determinado por el porcentaje de devolución en esta póliza.										

* La suma asegurada no incluye intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales.

** La suma asegurada máxima considera el cúmulo total por asegurado por producto.

FORMA DE PAGO

Mensual

TASAS Y COMISIONES

- Tasa Cliente Mensual: 7.50‰ (por mil)
- Tasa Compañía Mensual: 5.72‰ (por mil)

Comisión Recaudación Canal: 13.70% de Tasa Cliente

Comisión Comercialización Canal: 10.00% de Tasa Cliente

VIGENCIA DEL SEGURO: Mensual

FECHA DE INICIO: 01/08/2023

FECHA DE TÉRMINO: 31/08/2025

EDAD MÍNIMA DE INGRESO:

18 años

EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA:

85 años y 364 días como máximo

EDAD MAXIMA DE INGRESO:

79 años y 364 días como máximo

No son aplicables a este seguro, deducibles, franquicias, coaseguros y similares.**COMUNICACIONES**

Las partes acuerdan como mecanismo de comunicación entre la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, el domicilio físico, electrónico y/o telefónico a las direcciones y números telefónicos que aparecen en las presentes condiciones particulares, salvo en aquellos casos en que la Ley establezca mecanismos específicos.



.....
MAPFRE PERÚ VIDA
DIRECTOR UNIDAD DE VIDA Y DECESOS

.....
EL CONTRATANTE

MAPFRE PERÚ, Compañía de Seguros y Reaseguros, R.U.C. 20418896915

Oficina Principal: Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, Perú

Teléf. (511) 213 7373, Fax (511) 243 3131 www.mapfre.com.pe

SEGURO DE DESGRAVAMEN COM DEVOLUCIÓN

Código SBS: VI2047400188

Adecuado a la Ley Nro. 29946 y sus normas reglamentarias

CONDICIONES ESPECIALES

PÓLIZA GRUPO: Soles: 6110032 / Dólares: 6110032

OFICINA: Canales No Tradicionales

Conste por el presente documento las Condiciones Especiales de la **PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN** ofrecido por LA COMPAÑÍA, según los términos y condiciones siguientes.

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el cumplimiento de las coberturas o el pago de la indemnización a las que tendría derecho.

Artículo 1º DEFINICIONES:

- a) **Póliza:** es la **PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN** suscrita por LA COMPAÑÍA y el Contratante.
- b) **LA COMPAÑÍA:** MAPFRE PERU, Compañía de Seguros y Reaseguros, entidad emisora de esta Póliza que en su condición de asegurador y mediante el cobro de la prima, asume el riesgo de este contrato con arreglo a las condiciones de la Póliza.

Artículo 2º OPERATIVA:

- a) **BANCO ALFIN** presentará de manera mensual en tramas la información de los clientes del Desgravamen bajo el formato acordado entre ambas compañías.
- b) Se emitirá una póliza Colectiva de manera mensual por los asegurados ingresados de manera mensual a nombre del Contratante.
- c) **BANCO ALFIN** deberá realizar el pago de la prima a los 05 días de recibida la conformidad de la trama declarada.
- d) El pago de siniestros se realizará a la cuenta acordadas entre el Contratante y MAPFRE.
- e) El pago de la devolución o rescate, deberá de ser a solicitud del asegurado titular directamente en las Oficinas de Mapfre, la COMPAÑÍA tendrá 30 días útiles para proceder con la devolución al mismo solicitante.

Artículo 3° EXCLUSIONES

La Compañía estará eximida de cualquier obligación o están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan en, o a consecuencia de, los siguientes eventos o circunstancias. Las coberturas adicionales podrán contener exclusiones específicas las cuales se añadirán a las presentes exclusiones generales.

- a) Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro.
- b) Suicidio consciente y voluntario dentro de los primeros 2 años de vigencia completo e ininterrumpido. La auto mutilación o autolesión.
- c) Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos, duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- d) Guerra, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- e) Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- f) Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Para esto se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5gr/lt de alcohol en la sangre, según dosaje etílico y si dicho estado guarda relación con el fallecimiento.

Artículo 5° MEDIO Y PLAZO ESTABLECIDOS PARA EL AVISO DE SINIESTRO

Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro: Deberán comunicarlo a **La Compañía** o **BANCO ALFIN** a través de cualquiera de sus agencias. 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.

En caso de Siniestro se deberán presentar los documentos que se detallan a continuación:

Por Muerte Natural	<ul style="list-style-type: none">▪ Copia simple DNI del asegurado,▪ Copia de Certificado de Defunción, donde se indique la causa de fallecimiento.▪ Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada.▪ Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso.▪ Certificado de Desgravamen y Copia de Solicitud/DPS▪ Ampliación Médica o Historia Clínica, de ser necesaria.
Por Muerte Accidental	<ul style="list-style-type: none">▪ Copia simple DNI del asegurado.▪ Copia del Certificado de Defunción y/o Certificado de Necropsia (incluye protocolo de autopsia).▪ Acta o Partida de Defunción, en original o copia.▪ Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso.▪ Certificado de Desgravamen y Copia de Solicitud/DPS▪ Copia del Atestado o Informe Policial.▪ Resultado de exámenes (Químico Toxicológico, Dosaje Etilico, Anátomo Patológico, etc.)▪ de haberse realizado.
Por Invalidez Total Permanente y Definitiva por Enfermedad o Accidente	<ul style="list-style-type: none">▪ Copia simple DNI del asegurado.▪ Dictamen médico expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o

	<p>mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD, Ministerio de Salud o Instituto Nacional de Rehabilitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia del Atestado o Informe Policial. (por accidente) ▪ Resultado de exámenes practicados (Químico Toxicológico, Dosaje Etílico, Anátomo Patológico, etc). (por muerte accidental). ▪ Ampliación Médica o Historia Clínica, de ser necesaria. (por enfermedad) ▪ Certificado de Desgravamen y Copia de Solicitud/DPS ▪ Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso.
Sobrevivencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia simple Solicitud firmada por el asegurado titular. ▪ Copia simple DNI del Asegurado. ▪ Copia simple Cronograma de pagos de crédito.

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro detallada en la póliza o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar informes, declaraciones, certificados médicos o la historia clínica del ASEGURADO (según corresponda) y requerir otros documentos adicionales referidos a la comprobación del siniestro dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) que tiene LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá exigir que los referidos certificados médicos se extiendan en certificación de reproducción notarial.

LA COMPAÑÍA pagará el saldo insoluto del crédito en el plazo máximo de treinta (30) días contados desde la emisión de su pronunciamiento de aprobación de cobertura o desde que haya sido consentido el siniestro.

Si el cliente requiere solicitar su cobertura de Sobrevivencia por medio de la BANCO ALFIN, está deberá enviar un correo a LA COMPAÑÍA (solucionesvida@mapfre.com.pe), con los datos del cliente y los documentos requeridos, para proceder con la evaluación y devolución del % que corresponde de lo aportado.

El pago de COBERTURA SOBREVIVENCIA cuando corresponda será hecho exclusivamente al ASEGURADO TITULAR.

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura de sobrevivencia en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa.

Artículo 6° CONSIDERACIONES ESPECIALES

Se reevaluará las condiciones de la póliza de manera trimestral siempre y cuando la siniestralidad supere el 32.94% de la Prima Cliente.

En caso se supere la siniestralidad acordada, se realizará el cambio automático de la prima compañía/prima cliente, el cual aplicará a la venta nueva. La Compañía informará el cambio de prima y esta aplicará en un máximo de 60 días calendarios. En caso Banco Alfin no cumpla con el cambio de condiciones en el plazo máximo de 60 días calendarios, MAPFRE cobrará el resultado negativo de las comisiones generadas por el producto en el mes siguiente (o meses si fuera necesario).

Si el resultado fuese negativo y si la póliza no se renovara en MAPFRE, se cobrará el importe total negativo (arrastrando pérdidas) a Banco Alfin por medio de una factura por el recupero de la totalidad, la cual deberá ser pagada en un máximo de 30 días calendarios desde su entrega a Banco Alfin; adicionando IGV.



.....
MAPFRE PERÚ VIDA
DIRECTOR UNIDAD DE VIDA Y DECESOS

.....
EL CONTRATANTE

MAPFRE PERU, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A - RUC 20418896915

Oficina Principal: Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, Perú

T (511)213 3333 www.mapfre.com.pe

Código SBS: VI2047400188

Solicitud - Certificado N° _____

Seguro De Desgravamen con Devolución Alfin Banco

Adecuado a la ley N° 29946 y sus normas reglamentarias Póliza Grupo N°6110032



DATOS DEL CONTRATANTE			
Denominación Social: Clientes de Alfin Banco			
R.U.C.: 20517476405		Teléfono:	
Dirección: Av. El Derby 250 Oficina 201			
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR			
Nombres XXXXXXXXXXXX		Apellido Paterno XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Apellido Materno XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Tipo de Doc. DNI	Nro. Doc. CEX XXXXXXX	Fecha. Nac. XX/XX/XXXX	Sexo F M
Dirección XXX			
Provincia XXXXXXXXXX		Departamento XXXXXXXXXX	Distrito XXXXXXXXXX
Nacionalidad XXXXXXXXX		Telf. Fijo XXXXXXXX	Telf. Celular XXXXXXXXX
Correo Electrónico XXXXXXXXX@XXXXX.COM		Ocupación XXXXXXXXX	
DATOS DEL PRÉSTAMO			
Moneda: Soles _____ Dólares _____	Plazo del Préstamo: Meses _____ Años _____		
Importe del Préstamo: XXXXXX		Tipo de Seguro: XXXXX	
DECLARACIÓN PRIVADA DE SALUD			
<p>Al firmar la Solicitud-Certificado, el Asegurado declara NO padecer, NO haber padecido, NO haber sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes Enfermedades: Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal, Derrame Cerebral, Enfermedad psiquiátrica, Esclerosis Múltiple, Lupus, Enfermedad Renal, Tuberculosis, Enfermedad Inmunológica, SIDA, Alzheimer, Hepatitis, Cirrosis, Enfermedades cardiológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declara NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas. Mediante la suscripción de la presente Solicitud-Certificado, el Asegurado autoriza a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.</p>			
CONDICIONES DE AFILIACIÓN			
Edad Mínima de Ingreso	18 años de edad cumplidos		
Edad Máxima de Ingreso	79 años y 364 días como máximo		
Edad máxima de Permanencia (*)	85 años y 364 días como máximo		
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, aun cuando dicha inexactitud se descubra después del fallecimiento o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado.			
COBERTURAS PRINCIPALES			
Muerte Natural; Muerte Accidental; Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Enfermedad o Accidente; Sobrevivencia.			
BENEFICIARIO			
El beneficiario de la cobertura del presente seguro es Alfin Banco De determinarse la procedencia de la cobertura de muerte o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado, La Compañía pagará a Alfin Banco, la suma asegurada que corresponda. En el caso de la cobertura de Sobrevivencia, solo se realizará el pago exclusivamente al titular del crédito.			
TASAS Y COMISIONES			
• Tasa Cliente Mensual: 0.75%			
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor: 0.60% incl. IGV de la prima			

compañía
 Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros; No aplica
 Cargos por la comercialización de seguros a través de la BANCASEGUROS u otro comercializador: 10.00%

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 final en la que se determine tal condición por el organismo competente, tomando en cuenta el Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez. Se entiende como saldo insoluto, el monto adeudado sin considerar intereses ni moras ni otros gastos, hasta el límite máximo asegurado de S/ 50,000 o su equivalente en moneda extranjera por crédito o por cúmulo*
 . En caso existir un cúmulo superior a S/ 50,000 deberá ser consultado a MAPFRE antes de su colocación
 * Entiéndase cúmulo como la sumatoria de todos los créditos anteriores incluyendo el crédito que se está solicitando en la actualidad.
 -La suma asegurada no incluye intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales.
 -La suma asegurada máxima considera el cúmulo total por asegurado por producto

En caso de Sobrevivencia se devolverá al titular al término del crédito el 50% de lo aportado. Por otro lado 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	% de devolución
Periodo 2	5%
Periodo 3	6.50%
Periodo 4	8%
periodo de 5 a más	10%

VIGENCIA DEL SEGURO

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 de la línea de crédito.
Fin de Vigencia: Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras ocurran las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el crédito; (ii) el Asegurado cumpla con las condiciones de edad establecidas (iii) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

PRIMA Y FORMA DE PAGO

Monto de la prima mensual: Para Préstamos se aplicará una tasa mensual al saldo del capital. Las tasas detalladas en el presente documento. 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 Alfin Banco se consideran abonados a La Compañía. El periodo de gracia será de sesenta (60) días, en caso supere se deberá pagar el seguro por adelantado para que se encuentre asegurado y pueda contar con cobertura en caso de ocurrir un siniestro. El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares.

RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURAS	DEFINICIONES
MUERTE NATURAL	Se entiende así a la muerte que sobrevenga como consecuencia del fallecimiento del ASEGURADO por causas distintas a un accidente.
MUERTE ACCIDENTAL	Se entiende por muerte accidental a aquella 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 ENFERMEDAD O ACCIDENTE	Es la Pérdida o disminución física o intelectual igual o superior al 70% de su capacidad de trabajo, reconocida por LA COMPAÑÍA 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 del crédito. 50% de las primas cliente pagadas vigencia del crédito: Mayor a 2 años.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. MAPFRE PERÚ CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. es responsable frente al contratante y/o de la cobertura contratada y de todos los errores y omisiones que incurra Alfin Banco. 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. 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).
4. Para montos de créditos que superen lo establecido en las Condiciones Especiales aplicará la tabla de DPS y exámenes médicos el cual prevalecerá sobre la Declaración Privada de Salud.
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 Solicitud y/o Certificado una dirección electrónica, la referida comunicación deberá realizarse a mi dirección física, por escrito. Asimismo, nos comprometemos 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 Alfin Banco, en su calidad de beneficiario y comercializador del seguro.
6. La Compañía está obligada de entregar la Póliza de Seguro dentro del plazo de 15 días calendario, a solicitud del Asegurado.
7. De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe la presente solicitud autoriza de forma expresa a Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., en adelante LA COMPAÑÍA, el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales y datos sensibles para los efectos de lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros, ejecución de los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar LA COMPAÑÍA, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de LA COMPAÑÍA. Asimismo, autoriza en forma expresa a que LA COMPAÑÍA encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado o no con dichos terceros. Los datos proporcionados podrán ser incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece LA COMPAÑÍA. El Archivo de la información se encuentra bajo la supervisión y control de LA COMPAÑÍA, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la misma, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita.

EXCLUSIONES

La Compañía estará eximida de cualquier obligación o están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan en, o a consecuencia de, los siguientes eventos o circunstancias. Las coberturas adicionales podrán contener exclusiones específicas las cuales se añadirán a las presentes exclusiones generales.

- a) Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro.
- b) Suicidio consciente y voluntario dentro de los primeros 2 años de vigencia completo e ininterrumpido. La auto mutilación o autolesión.
- c) Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos, duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- d) Guerra, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- e) Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

- f) Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Para esto se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5gr/lt de alcohol en la sangre, según dosaje etílico y si dicho estado guarda relación con el fallecimiento.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS

En caso ocurriera el fallecimiento o el inicio de la Invalidez Total Permanente y Definitiva del Asegurado, Alfin Banco, 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 el Asegurado al momento de su fallecimiento o a la fecha del Dictamen de la 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.

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.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

Muerte Natural:

- Copia simple DNI del asegurado,
- Copia de Certificado de Defunción, donde se indique la causa de fallecimiento.
- Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada.
- Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso.
- Certificado de Desgravamen y Copia de Solicitud/DPS
- Ampliación Médica o Historia Clínica, de ser necesaria.

Muerte Accidental:

- Copia simple DNI del asegurado.
- Copia del Certificado de Defunción y/o Certificado de Necropsia (incluye protocolo de autopsia).
- Acta o Partida de Defunción, en original o copia.
- Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso.
- Certificado de Desgravamen y Copia de Solicitud/DPS
- Copia del Atestado o Informe Policial.
- Resultado de exámenes (Químico Toxicológico, Dosaje Etílico, Anátomo Patológico, etc.) de haberse realizado.

Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Enfermedad o Accidente:

- Copia simple 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.
- Copia del Atestado o Informe Policial. (por accidente)
- Resultado de exámenes practicados (Químico Toxicológico, Dosaje Etílico, Anátomo Patológico, etc). (por muerte accidental).
- Ampliación Médica o Historia Clínica, de ser necesaria. (por enfermedad)
- Certificado de Desgravamen y Copia de Solicitud/DPS
- Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso.

Sobrevivencia:

- Copia simple Solicitud firmada por el asegurado titular.
- Copia simple DNI del Asegurado.
- Copia simple Cronograma de pagos de crédito

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro detallada en la póliza o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar informes, declaraciones, certificados médicos o la historia clínica del ASEGURADO (según corresponda) y requerir otros documentos adicionales referidos a la comprobación del siniestro dentro de los

primeros veinte (20) días de los treinta (30) que tiene LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá exigir que los referidos certificados médicos se extiendan en certificación de reproducción notarial. LA COMPAÑÍA pagará el saldo insoluto del crédito en el plazo máximo de treinta (30) días contados desde la emisión de su pronunciamiento de aprobación de cobertura o desde que haya sido consentido el siniestro. El pago de COBERTURA SOBREVIVENCIA cuando corresponda será hecho exclusivamente al ASEGURADO TITULAR. LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura de sobrevivencia, en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE; sin más requisito que una comunicación dirigida a LA COMPAÑÍA pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, con una anticipación no menor de treinta (30) días a la resolución, fecha que será considerada para el fin de la vigencia del contrato de seguro y/o certificado según corresponda. No resultarán aplicables penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar por resolución sin expresión de causa de la Póliza.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL 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
- * Pasado los 90 días sin pago de primas.

PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE RECLAMOS

Los usuarios, entendiéndose estos como la persona natural o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por La Compañía de Seguros, pueden presentar reclamos a La Compañía. Asimismo, cualquier interesado puede presentar consultas formales. El procedimiento a seguir será el siguiente: Se deberá presentar: Carta dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERU, con indicación clara y precisa de su nombre completo, datos e identificación, domicilio, número de póliza, nombre del producto y una breve explicación del hecho reclamado.

La respuesta al reclamo, será emitida al usuario en un plazo máximo de 30 días calendario de presentada la carta de La Compañía. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique. Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por este en su carta, se le tendrá por desistido. Los reclamos deberán presentarse dentro del plazo de prescripción dispuesto por el Código Civil y demás normas que resulten aplicables.

En caso de siniestro: En caso de disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, usted 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.

MECANISMO 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 y/o el ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO, 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 el ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia o reclamo según corresponda, 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.

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP: Los Laureles 214, San Isidro - Lima - Perú / Teléfonos: 630-9000 / www.sbs.gob.pe

INDECOPI: Calle de la Prosa 104, San Borja / Teléfonos: 224 7800 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias) / www.indecopi.gob.pe

Defensoría del Asegurado: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro, Lima Perú / Telefax: 421-0614 / www.defaseg.com.pe

IMPORTANTE: La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de la póliza N°6110032 (bimoneda) que obran en poder de Alfin Banco.

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en las SEIS (6) hojas que conforman la presente Certificado, en las cuales se indican las definiciones de las coberturas, los Riesgos Cubiertos y Limites Asegurados, los Riesgos Excluidos, la vigencia de la Cobertura, Procedimientos en caso de Siniestro, Causales de Resolución del Contrato, Documentos Necesarios para la Liquidación de Siniestros, Atención de Reclamos, Procedimientos para la atención de Reclamos, Mecanismos de Solución de Controversias, y Defensoría del Asegurado. Asimismo declaramos que hemos tomado pleno conocimiento de las condiciones del seguro solicitado, la cuales se encuentran a disposición para cualquier revisión en las oficinas de la Alfin Banco.

Firma del Contratante

____/____/_____
Fecha de Solicitud



Director Unidad Vida

Firma del Asegurado