



Certificado de Seguro N° 611000210000872246
Seguro Desgravamen de Crédito para Préstamos Personales y con
Garantía Hipotecario - CMAC Piura Flat (Pólizas N° 61100021)

DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR							
Nombres AAA		Apellido Paterno CCC		Apellido Materno			
Tipo de Doc. D.N.I.		N° Doc. 12345678		Fec. Nac. 01/04/1989		Sexo MASCULINO	
Estado Civil CASADO (A)		Ocupación No Especificado		Nacionalidad Peruano (a)			
Dirección SIN VIA PANAMA MZ 145 LOTE LOTE18A BARRIO FFF							
Distrito PAITA		Provincia PAITA			Departamento PIURA		
Telf. Fijo		Telf. Celular 985214589		E-mail analista@gg.com			
DATOS DEL PRÉSTAMO							
Moneda		<input checked="" type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dolares		Importe del Préstamo 200,000.00		Tipo de Préstamo	
Plazo de Préstamo 12 Meses				Tipo de Seguro <input checked="" type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge			
<p>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) personas(s) indicadas en este certificado se encuentra(n) amparada(s) por la póliza de Desgravamen Soles N° 61100021 y de Desgravamen Dólares N° 61100022, emitidas a favor de los clientes titulares de créditos vigentes (Asegurados), de CMAC Piura S.A.C., identificada con RUC 20113604248 y domicilio en Jr. Ayacucho N° 353 Centro Cívico - Piura, en adelante El Contratante, para los riesgos materia del seguro hasta el limite 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.</p>							
ASEGURADOS							
<p>Personas naturales clientes de CMAC Piura S.A.C., 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 del seguro y no resuelta en el momento previo a la fecha de suscripción del seguro.</p> <p>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 retinencia 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.</p>							
CONDICIONES DE AFILIACIÓN							
<p>Personas naturales mayores de 18 años y menores de 74 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 mneses 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.</p>							
BENEFICIARIOS							
<p>El beneficiario de la cobertura del presente seguro es CMAC Piura S.A.C., De determinarse la procedencia de la cobertura de muerte o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado, La Compañía pagará a CMAC Piura S.A.C., la suma asegurada que corresponde en un solo acto. La diferencia entre el monto inicial del préstamo y el saldo deudo, corresponde a los beneficiarios designados o herederos legales del Asegurado.</p>							

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

04/09/2025

Fecha de Solicitud

Firma del Titular

Firma del Cónyuge

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 y permanente y definitiva del Asegurado, se considera el monto del crédito a la fecha en la que se determina 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.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

1. Declaramos que la información suministrada y contenida en la presente declaración es verídica reconociendo que la misma constituye la base del contrato de seguro. De este modo, la reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el contratante y/o asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato si media dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado. Lo indicado se expone en la nueva Ley del Contrato de Seguro N° 29946, Artº8, en fe de lo cual autorizamos expresamente a cualquier médico tratante, procurador o perito a proporcionar a La Compañía toda información, debidamente documentada, del tratamiento que haya sido sometido, sin limitación alguna.
2. 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.
3. Declaramos haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro, haber recibido la solicitud y el certificado de la póliza habiendo tomado pleno conocimiento de sus contenidos. Asimismo, 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. 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, 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 CMAC Piura S.A.C. en su calidad de beneficiario y comercializador del seguro.
5. 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 CMAC Piura S.A.C. con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.

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 (OPS) 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 80 años (79 años, 11 meses y 29 días), (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 afilados, 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 Piura S.A.C. 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 Comercial		
Tasa cliente mensual (No gravada IGV) :	Titular	Mancomunado
Cliente	0.7900%o por mil	1.0820%o por mil
Pescadores	0.8652%o por mil	1.5240%o por mil
Gastos de Comercialización:		
Comisión Canal:	Titular	Mancomunado
Menores de 50 años	54.91%	51.93%
Mayores, igual a 50 años	45.23%	54.61%
Esta póliza incluye el otorgamiento de Participación de utilidades a favor del Comercializador, cuyos criterios de determinación son los siguientes:		
<ul style="list-style-type: none">Cumplimiento de meta de PrimasCumplimiento de la siniestralidad Objetivo		

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso ocurriera el fallecimiento o el inicio de la Invalidez Total Permanente y Definitiva del Asegurado, La CMAC Piura SAC. 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.

RIESGOS CUBIERTOS Y LIMITES ASEGURADOS

COBERTURAS	DEFINICIONES	LIMITE ASEGURADO (CUMULO)
MUERTE NATURAL	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales	US\$ 150,000 o su equivalente en moneda nacional, y para los Asegurados que ingresen a partir de los 60 años y hasta los 75 años como máximo, el limite asegurado máximo es de US\$ 40,000 o su equivalente en moneda nacional.
MUERTE ACCIDENTAL	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas accidentales.	US\$ 150,000 o su equivalente en moneda nacional, y para los Asegurados que ingresen a partir de los 60 años y hasta los 75 años como máximo, el límite asegurado máximo es de US\$ 40,000 o su equivalente en moneda nacional.
INVALIDEZ TOTAL PERMANETE 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.	US\$ 150,000 o su equivalente en moneda nacional, y para los Asegurados que ingresen a partir de los 60 años y hasta los 75 años como máximo, el mite asegurado máximo es de US\$ 40,000 o su equivalente en moneda nacional.
INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE Y DEFINITIVA POR ACCIDENTE	Para los efectos de esta cobertura, se considera. a) Fractura incurable de la columna vertebral; b) Descerebramiento que impida realizar trabajo alguno por el resto de su vida; c) Pérdida total o funcional absoluta de: (i) la visión de ambos ojos, (ii) ambos brazos o ambas manos, (iii) ambas piernas o ambos pies, (iv) una mano y un pie, siempre y cuando se determine una discapacidad superior o igual a los 2/3 de su capacidad de abajo, reconocida por la Compañía según el Dictamen de Evaluación y Calificación de la Invalidez Total Permanente y Definitiva.	US\$ 150,000 o su equivalente en moneda nacional, y para los Asegurados que ingresen a partir de los 80 años y hasta los 75 años como máximo, el limite asegurado máximo es de US\$ 40,000 0 su equivalente en moneda nacional.

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

EXCLUSIONES

La Compañía no renocerá los siniestros:

- a. Deceso o Invalidez a consecuencia de enfermedades preexistentes. 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 al momento previo a la fecha de suscripción de la Solicitud de Seguro.
- b. Deceso o Invalidez a consecuencia de un accidente debido a la participación como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas y lanchas a motor. Asimismo, se excluye el reconocimiento de las coberturas a consecuencia de un accidente debido a actividades como piloto y/o asistente de vuelos, trabajos en minas, torres de alta tensión, comunicaciones y Similares.
- c. Deceso o Invalidez como pasajero en accidente de aviación no comercial (transporte aéreo de semicio público oficialmente autorizado), en práctica normal y no profesional de actividades peligrosas como boxeo, buceo, andinismo, paracaidismo, ala delta, y otros similares.
- d. Enfermedades contagiosas que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.
- e. Deceso o Invalidez por consecuencia directa de acción de guerra con o sin declaración, estando en campaña, así como por intervención en duelo concertado y en viajes u operaciones submarinas. Así también, se excluye el reconocimiento de las coberturas a consecuencia directa o indirecta de la reacción nuclear o contaminación radioactiva o química.
- f. Suicidio o tentativa de suicidio durante los primeros 2 años.
- g. Cuando el siniestro se produzca en situación de embriaguez, bajo la influencia de drogas, en estado de sonambulismo o por la participación del asegurado en actos delictuosos.
- h. Deceso o Invalidez encontrándose con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), HIV o enfermedades relacionadas.
- i. Deceso o Invalidez que se dé a consecuencia de complicaciones generadas en el embarazo, así éstas se hayan presentado posterior a la finalización de la gestación, y se considerarán hasta el finde la vigencia del crédito.

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O SIMILARES: No aplica.

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.
* Por falta de pago de Primas.
* Con respecto a cada asegurado, al cumplir éste la edad máxima estipulada.

04/09/2025

Fecha de Solicitud

Firma del Titular

Firma del Cónyuge

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

Muerte Natural o Muerte Accidental: Copia certificada del Certificado Médico de Defunción, donde se indique la causa del fallecimiento, copia certificada del Acta o Partida de Defunción e información del saldo insoluto del crédito materia del presente seguro de Desgravamen actualizado a la fecha de fallecimiento. La Compañía podrá solicitar los informes médicos adicionales y/o ampliatorios que considere necesarios. Adicionalmente, por Muerte Accidental, deberá presentar copia simple del parte y atestado policial, certificado y protocolo de necropsia y resultado de examen toxicológico, de haberse realizado.

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.

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 15 días hábiles 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 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.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

La Defensoría del Asegurado, opera en: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro, Lima - Perú
Telefax 421 06 14 www.defaseg.com.pe

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

Las condiciones especiales del contrato prevalecen sobre las condiciones generales y particulares. La Compañía podrá verificar el estado de salud en caso de Invalidez Total Permanente y Definitiva por Accidente o Enfermedad.

IMPORTANTE: La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de las Pólizas N° 61100021 (Soles) y N° 61100022 (Dólares) 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



Director Unidad de Vida



Gerente de Negocio