

RUC: 20553180695

Agencia: TOCACHE

Adm. Cartera: VICTOR HUGO RAMIREZ RUIZ

B0002 - LOS ECOLÓGICOS Cielo: 4

Cta. Externa:

Grupal Indv:  
BCP: 09B0002004 0900007610  
BBVA 09B0002004 0900007610

N° de Cuenta:

7461

**Datos Personales:**

Nro. 040610085

Cliente: 000097 Expediente: 000761

Nombre: CERCADO VASQUEZ JUNIOR

Dirección: CPM NUEVO BAMBAMARCA

Dpto.: SAN MARTIN

Prov.: TOCACHE

Dist.: TOCACHE

**Préstamo**

Fuente: RECURSOS PROPIOS

Línea: RECURSOS PROPIOS

Programa: PRISMA AGROCOMUNAL

Moneda: SOLES

Monto: 4,500.00

Cuotas: 10 TEM: 4.00

Modalidad: ESPECIAL

**Liquidación**

PRESTAMO

4,500.00

Neto a Desembolsar:

4,500.00

**CRONOGRAMA DE PAGOS**

Cuota	Vencimiento	Total	Capital	Interés	Seg. Vida	Seg. Desg	Aportes	Ahorros	Dia	REUNION		
										Fecha	Hora	Dia
001	28/09/2022	297.00	0.00	192.25	0.00	4.75	10.00	90.00	LUNES			
002	28/10/2022	284.75	0.00	180.00	0.00	4.75	10.00	90.00	MIERCOLES			
003	27/11/2022	284.75	0.00	180.00	0.00	4.75	10.00	90.00	VIERNES			
004	28/12/2022	290.87	0.00	186.12	0.00	4.75	10.00	90.00	LUNES			
005	28/01/2023	290.87	0.00	186.12	0.00	4.75	10.00	90.00	JUEVES			
006	26/02/2023	278.63	0.00	173.88	0.00	4.75	10.00	90.00	VIERNES			
007	29/03/2023	290.87	0.00	186.12	0.00	4.75	10.00	90.00	LUNES			
008	28/04/2023	284.75	0.00	180.00	0.00	4.75	10.00	90.00	MIERCOLES			
009	28/05/2023	284.75	0.00	180.00	0.00	4.75	10.00	90.00	VIERNES			
010	28/06/2023	4,793.87	4,500.00	186.12	3.00	4.75	10.00	90.00	LUNES			
<b>Total General:</b>		7,381.11	4,500.00	1,830.61	3.00	47.50	100.00	900.00				

Declaro haber recibido conforme la suma de S/. 4,500.00

CERCADO VASQUEZ JUNIOR

L. Electoral: 75867189

RUC:

Agencia: TOCACHE  
Nombre del GS/GC/ACPD: LOS ECOLÓGICOS  
Apellidos: CERCADO VASQUEZ  
Nombres: JUNIOR  
Domicilio: CPM NUEVO BAMBAMARCA  
Distrito: TOCACHE

Nº de Contrato de Crédito: 0920

DOI N°: 75867189

Tipo Crédito: Grupal  
Producto: Banca Comunal

Provincia: TOCACHE

Departamento: SAN MARTIN

Ciclo: 4

El presente documento tiene por objeto informar de manera individualizada a cada uno de los miembros del GS/ACPD, es decir, **EL SOCIO**, la tasa de interés compensatorio y moratorio aplicable a la alícuota del crédito que han recibido en base al acuerdo del GS/ACPD del cual forma parte, contenido en el Contrato No 0920; el presente documento también contiene el detalle de las comisiones y gastos que son proporcionalmente asumidos respecto del crédito concedido a **EL SOCIO**.

El presente documento contiene detalles meramente informativos sobre la individualización de los intereses, comisiones y gastos, y no conlleva cambio alguno en las condiciones en las cuales ha sido otorgado el crédito a favor **EL SOCIO**, no formando parte integrante del Contrato No 0920; tampoco influye en la forma en que asumen en forma solidaria el compromiso de pago de deuda, en la forma o modo en que se aplica el seguro de desgravamen, o los supuestos en los que se emita o ejecute el pagaré indicado en el Contrato No 0920.

Características:				Comisiones y Gastos	
Monto del Préstamo	4,500.00	Moneda:	Nuevos Soles	Gestión de Cobranza Morosa (por días vencidos)	
Plazo:	10	Forma de Pago:	Interés Mensual	Gastos Notariales de Cobranza Morosa	
Frecuencia de Pago:	Mensual	Período de Gracia (días)	0	Protesto de Pagaré.	
Numero de Cuotas:	10	Total de Intereses Compensatorios:	1,830.61	Deuda total (Incluye Capital, Intereses, Gastos, Tributos, Seguros y Comisiones)	7,381.11

#### Tasas

Tasa de interés compensatorio Efectiva Anual - TEA:	60.10 %	Tasa de interés Moratorio Anual - TMA:	151.82 %
Tasa de Costo Efectivo Anual - TCEA:	0.00 %	Tasa de interés efectiva fijada a 360 días:	

#### Seguro de desgravamen

Tasa de Seguro:	0.0750 %	Póliza de Seguro N°:	0000000471	CIA Aseguradora:	Seguros PROTECTA
-----------------	----------	----------------------	------------	------------------	------------------

Las obligaciones contractuales relevantes, sobre las cuotas a pagar, la emisión de un pagaré incompleto, la fianza solidaria, así como de modificación de las tasas de interés aplicables, obran debidamente detalladas en la **HOJA RESUMEN**, que ha sido entregada en copia al cliente.

Lugar y Fecha

Firma del Cliente:

DOI: 75867189

Huella Dactilada



## DE LOS MICROSEGUROS

11. **EL CLIENTE** autoriza y faculta a **PRISMA** a contratar uno o varios Microseguros mientras se encuentre vigente el presente contrato y exista saldo deudor. La prima mensual será elegida y asumida por **EL CLIENTE** de acuerdo al tipo de Microseguro y a los planes de cobertura vigentes cuyo importe figurará en el **CRONOGRAMA DE PAGOS**, salvo en los casos en que la prima sea el resultado de la aplicación de una tasa fija como sucede en el Microseguro de desgravamen.
12. En caso de ocurrir un siniestro según póliza, **PRISMA** cobrará directamente la indemnización que deba pagar la aseguradora para entregarlo a los beneficiarios o herederos declarados por **EL CLIENTE** en la Solicitud - Certificado de Microseguro correspondiente, en los casos que corresponda, de lo contrario, **PRISMA** intermediará la gestión indemnizatoria a cargo de la aseguradora.
13. **EL CLIENTE** autoriza a la Compañía de Seguros contratada por **PRISMA**, para que de acuerdo al caso (en cada tipo de Microseguro), pueda acceder a la historia clínica en el momento que lo requiera. **EL CLIENTE** declara haber recibido previamente toda la información referente al seguro detallado en párrafos precedentes, incluyendo el nombre de la Compañía de Seguros, la formas de pago, las coberturas, el monto de la tasa, primas, las exclusiones, la resolución automática del contrato de seguro, los documentos requeridos y el procedimiento para el pago de siniestros entre otros. Asimismo, declara haber recibido conforme la Solicitud - Certificado del Microseguro correspondiente.
14. El cobro de la prima del Microseguro está incluido en todas y en cada una de las cuotas del cronograma del crédito. La falta de pago de la prima derivará en la pérdida de los beneficios del seguro, según lo establece la CIA Aseguradora.
15. El asegurado recibirá copia del Certificado de Microseguro correspondiente, el cual le deberá ser entregado en el momento del desembolso.

<b>Microseguro de Vida:</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Plan A:</b>	<b>Plan B:</b>	Póliza de Seguro N°: 0000000472	
Cobertura:			
CIA Aseguradora:		Seguros PROTECTA	
<b>Microseguro de Salud:</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Plan:</b>		Póliza de Seguro N°:	
<b>Cobertura:</b>		Prima de Seguro:	
CIA Aseguradora:			
<b>Otros:</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Plan:</b>		Póliza de Seguro N°:	
<b>Cobertura:</b>		Tasa de Seguro:	
CIA Aseguradora:			

**EL CLIENTE** firma el presente documento con el pleno conocimiento del mismo, en la plenitud de sus capacidades de ejercicio y de goce, consciente de la obligación que asume y libre de vicio de voluntad. Declara, además, aceptar la totalidad de sus términos y Condiciones, y de haber leído, suscrito y recibido copia de la Solicitud - Certificado de Microseguro correspondiente.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente

DOL:

75867189



Huella Digital

# SOLICITUD - CERTIFICADO DE MICROSEGURO DE VIDA

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley N° 29355.

Ramo: MICROSEGUROS N° de póliza: 0000000472 Fecha de Inscripción: Solicitud - Certificado N°: 090007

## 1. EMPRESA DE SEGUROS

Razón Social: PROTECTA S.A. COMPANIA DE SEGUROS (en adelante "Protecta Security") RUC: 20517207331  
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Surquillo, Lima.  
Teléfono: Lima (51-1) 391-3000 - Provincias 0801-1-1278 e-mail: clientes@protectasecurity.pe Página Web: www.protectasecurity.pe

## 2. CONTRATANTE

Razón Social: Cooperativa de Ahorro y Crédito Microfinanzas Prisma (en adelante "COOPAC PRISMA") RUC: 20553180695  
Domicilio: Calle Martín de Murúa 256, San Miguel, Lima, Lima e-mail: info@mfp.pe Teléfono: (511) 209-0400

## 3. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres: CERCADO VASQUEZ JUNIOR DNI: 75867189  
Fecha de Nacimiento: 07/07/1997 Edad: 24 Estado Civil: ☒ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo Sexo: ☒ M ☐ F  
Domicilio: CPM NUEVO BAMBAMARCA Teléfonos:  
Distrito: TOCACHE Provincia: TOCACHE Departamento: SAN MARTIN  
Correo Electrónico: SIN CORREO

## 4. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombres y Apellidos:	Parentesco:	Porcentaje:
1. GENARO CERCADO ZAMORA	PADRE	100.00
2.		
3.		
		100%

En caso que los beneficiarios sean menores de edad el Asegurado Titular deberá nombrar un tutor:

Nombre del tutor: DNI:

Importante: Este documento no tendrá validez oficial si presenta alteraciones, tachaduras o enmendaduras.  
Declaro haber recibido conforme la presente Solicitud-Certificado de Microseguro de Vida que consta de 3 páginas.

Firma del Asegurado  
Fecha de emisión:

27/08/2021