

## Certificado

### Seguro Desgravamen con Devolución

Código SBS: VI2047400188

Caja Municipal de Ica S.A. Póliza Grupo N° 6110031

Mapfre Peru 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 persona indicada en este certificado se encuentra cubierta por la póliza de Desgravamen N° 6110031, emitidas a favor de los clientes titulares de créditos vigentes (Asegurados) de Caja Municipal de Ica S.A., identificada con RUC 20104888934 y domicilio en Av. Conde de Nieva N° 498, Ica, en adelante El Contratante para los riesgos materia del seguro hasta el límite de la suma asegurada de la póliza, siempre que proceda la cobertura del 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 Caja Municipal de Ica S.A., que tengan operaciones activas y 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. 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 retención 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 hasta 78 años y 364 días como máximo cumplidos de edad, con un máximo de permanencia hasta las 00:00 del día en que cumplen 82 años y 364 días como máximo cumplidos 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, aun cuando dicha inexactitud se descubra después del fallecimiento o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado.

#### 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 la fecha de emisión del Dictamen de Evaluación y Calificación de la Invalidez Total Permanente y Definitiva. 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. En caso de Sobrevivencia, se considera el % establecido en la póliza.

#### LIMITES ASEGURADOS

Saldo insoluto de la deuda, sin considerar intereses ni moras hasta el monto máximo indemnizable de US\$ 350,000 (trescientos cincuenta 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. En caso de la cobertura de sobrevivencia el cliente puede solicitar al término del crédito el 50% de las primas aportadas. 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	Porcentaje de Devolución
Periodo 2	5.0%
Periodo 3	6.5%
Periodo 4	8%
Periodo 5 a más	10%

#### RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURAS	DEFINICIONES
MUERTE NATURAL	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales.
MUERTE ACCIDENTAL	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas accidentales.

<b>INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE Y DEFINITIVA POR ENFERMEDAD</b>	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.
<b>INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE Y DEFINITIVA POR ACCIDENTE</b>	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, según el Dictamen de Evaluación y Calificación de la Invalidez Total Permanente y Definitiva.
<b>SOBREVIVENCIA</b>	En caso EL ASEGURADO sobreviva al término de la vigencia del seguro según el cronograma original del crédito asociado, estando el presente seguro vigente.

## BENEFICIARIOS

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

## EXÁMENES MÉDICOS

Para sumas aseguradas desde \$ 50,001, el titular debe 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 Caja Municipal de Ica 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.

## 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 82 años y 364 días de edad y (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 de 2.83 % o al saldo del capital. Las tasas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de la Caja Municipal de Ica 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 Caja Municipal de Ica S.A. se consideran abonados a La Compañía.

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

## DESCRIPCIÓN DE CARGOS

Cargos por la Intermediación de corredor de seguros

## IMPORTE

3.10%

Cargos por comercialización: Las tasas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de la Caja Municipal Ica.

## EXCLUSIONES

La presente Póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- Cuando resulte de la participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, lanchas a motor o avionetas, así como en la práctica de los siguientes deportes: caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación en altamar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, esquí, tabla hawaiana, hípica, corridas de toros, alpinismo y caminatas en alta montaña, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.
- A consecuencia de enfermedades crónicas diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inclusión en este seguro.
- Cuando la muerte sobrevenga por consecuencia directa de acción de guerra declarada o no.
- Cuando el deceso sea imputable a suicidio, salvo que el contrato de seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (02) años, u acto delictuoso provocado por el ASEGURADO TITULAR, o por cualquier otra persona que resulte favorecida con los alcances de este seguro.
- El riesgo de aviación, salvo que el ASEGURADO esté viajando de manera autorizada y en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a diez (10) plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, con intervención del organismo nacional o internacional competente.
- A consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), HIV o enfermedades relacionadas a consecuencia del SIDA o HIV.

- g. Participación del ASEGURADO en apuestas, desafíos y riñas o infracciones a leyes o reglamentos que constituyan un delito o la causa del siniestro o siniestros producidos cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas que no correspondan a un tratamiento médico y a consecuencia directa de su estado. Se considera estado de ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado superior a 0.5 gr/lt. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del fallecimiento, se considerará una disminución de 0.15 gr/lt. por hora desde el momento del fallecimiento hasta la toma de la muestra. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- h. Los producidos como consecuencia de la reacción nuclear o contaminación radioactiva.

## PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso ocurriera el fallecimiento o el inicio de la Invalidez Total Permanente y Definitiva del Asegurado, La Caja Municipal de Ica 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. De solicitar la cobertura de sobrevivencia, debe cumplir con haber mantenido vigente el crédito, hasta el fin de la vigencia original. 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. Finalmente, de requerir un rescate el cliente tiene que haber pagado las dos (02) primeras anualidades del seguro, para que pueda ser aprobada.

## 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.

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.

**Sobrevivencia:** Copia simple Solicitud firmada por el asegurado Titular, Copia simple DNI del asegurado titular y copia simple de Cronograma de pagos de crédito.

## 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

## 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](http://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](http://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](http://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 Ica S.A. con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
2. Declaro 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. Declaro 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, declaro 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](http://www.sbs.gob.pe)).
5. Solicito y autorizo 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 Ica S.A. en su calidad de beneficiario y comercializador del seguro.
6. 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, en adelante LA COMPANÍA, 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 COMPANÍA. El Archivo de la información se encuentra bajo la supervisión y control de LA COMPANÍA, 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.

## 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](http://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 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 las Pólizas Nro. 6110031 (bimoneda) que obran en poder del CONTRATANTE o LA COMPANÍA.

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

Director Unidad de Vida

Gerente de Negocio