

Solicitud Certificado Seguro Vida Plus - Caja Municipal de Ica S.A.



Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias
Póliza Grupo N° 6160081 (soles y dólares)

Certificado N°

CÓDIGO SBS VI2047210091

Empresa de seguros

RAZÓN SOCIAL: MAPFRE CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A	RUC: 20418896915
DOMICILIO: AV. ARMENDARIZ 345 MIRAFLORES, LIMA	TELÉFONO: 213-3333
CORREO ELECTRÓNICO: soporteSI24@MAPFRE.COM.PE	

Datos del Contratante / Asegurado

Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Tipo de Doc.	DNI <input type="checkbox"/> CEX <input type="checkbox"/>	Nro. Doc.	Fecha. Nac.	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Dirección					
Provincia		Departamento		Distrito	
Nacionalidad		Telf. Fijo		Telf. Celular	
Correo Electrónico				Ocupación	

Datos del seguro

Moneda: Soles <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	Plazo del seguro: Meses <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/>	Forma de pago: Única
Importe del seguro:		Tipo de Seguro: Titular

Declaración Personal de Salud

N°	Preguntas	Titular
1.	¿Ha requerido o le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o médico? (no considerar apendicitis, amigdalitis, hernias).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.	¿Ha requerido atención médica de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardíacos, neurológicos, epilepsia, renales, parálisis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, sida o enfermedad venérea?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.	¿Le han detectado algún tumor, se ha sometido o le han recomendado someterse a alguna prueba para descartar cáncer?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.	¿Ha padecido o padece cualquier otra enfermedad no mencionada en esta declaración de salud, se está sometiendo a algún tratamiento tomando algún medicamento o se encuentra en proceso de estudio el diagnóstico de alguna enfermedad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5.	Fuma ¿Cuántos cigarrillos al día?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6.	Solo para personas del sexo femenino: ¿Esta Ud. Embarazada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7.	Peso y estatura (Talla)	P: <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvase proporcionar la información detallada que a continuación se indica:

Nombres y Apellidos	Enfermedad padecida o tratamiento recomendado	Fecha	Duración	Nombre de la clínica o médico	Estado Actual

Firmado en señal de conformidad, conocimiento y aceptación de todas las condiciones indicadas en las cuatro (4) páginas de este Certificado.



Fecha de Solicitud

Director de Unidad Vida

Firma del Asegurado

Condiciones de Afiliación

Mínima de Ingreso	18 años	Máxima de Ingreso:	78 años y 364 días	Máxima de Permanencia	82 años y 364 días
En caso el asegurado exceda la edad establecida, se dará por concluida la cobertura respectiva, y la Compañía reintegrará las primas pagadas luego de esos límites.					

¿Qué te cubre este Seguro? (Coberturas)

Cobertura	Definición	Suma Asegurada
Muerte Natural	Se entiende así a la muerte que sobrevenga como consecuencia del fallecimiento del ASEGURADO por causas distintas a un accidente.	Hasta \$350,000 dólares o su equivalente en soles
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.	Hasta \$350,000 dólares o su equivalente en soles
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente	Es la Pérdida o disminución física o intelectual igual o superior al 66.6% 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).	Hasta \$350,000 dólares o su equivalente en soles
Gastos de Sepelio	Al fallecimiento del asegurado, la compañía otorgará la indemnización por gastos de Sepelio según el límite que se describe en la póliza, siempre que a la fecha de fallecimiento la póliza se encuentre con la cobertura habilitada.	S/2,500

Duración de tu Seguro

Tipo de Vigencia	Prima única
Inicio de Vigencia	Fecha de firma de la Solicitud-Certificado cuyo inicio se dará con la aceptación y pago de prima, solo después de esto, LA COMPAÑÍA tendrá la responsabilidad del pago ante un siniestro, así se produzca entre el período de la aceptación y el pago de la primera prima, devengándose la prima debida
Fin de Vigencia	12.00 horas del último día de vigencia del crédito o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.
Forma de Pago	La prima se cargará una sola vez por todo el periodo asegurado al momento inicial del desembolso del crédito según el plan elegido por el cliente. Calculado sobre el préstamo desembolsado por la tasa y por el número de meses del crédito.

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 con 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.

Beneficiarios

El beneficiario será CAJA MUNICIPAL DE ICA S.A. hasta el pago de la deuda. Luego son los dependientes del asegurado.

¿Cuánto cuesta este seguro? (Tasa Mensual)

Tasa Individual	0.1097%
-----------------	---------

Cargos por comercialización e intermediación

Comisión por comercialización (incluye IGV)	55% sobre la prima cliente
Comisión por Intermediación (incluye IGV)	10%

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 con las condiciones de la póliza. Los exámenes médicos serán coordinados por MAPFRE con los Centros Médicos afiliados, de acuerdo con 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.

- Validez de la DPS: 6 meses desde la fecha de solicitud de seguro.
- Validez de la aprobación de la DPS: 6 meses desde la fecha de aprobación.
- Validez de los exámenes médicos: 6 meses desde la toma de los exámenes.

¿Qué no te cubrimos? (Exclusiones)

1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros.
2. Enfermedad grave y/o crónica preexistente al inicio del seguro, siempre que haya sido de conocimiento del asegurado. No se consideran enfermedades graves y/o crónicas los casos de Hipertensión y diabetes. No se considera como enfermedad preexistente, si el prestatario es cliente recurrente y la enfermedad fue de su conocimiento posterior a su primer crédito otorgado por la Caja Municipal de Ica y el saldo insoluto o cúmulo no exceda la suma de 15,000 soles o su equivalente en dólares.
3. Que el asegurado se encuentre bajo efecto de alcohol o de drogas (Se considerará estado de ebriedad igual o mayor a 1 gr/lt en la sangre).
4. Suicidio consciente y voluntario, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro, excepto que el prestatario haya pagado más del 50% de la deuda.
5. Participación activa en cualquier acto delictivo, huelgas, motín, tumulto, conmoción civil, vandalismo y terrorismo.

Procedimiento en caso de siniestros

Para atender la solicitud de cobertura por ocurrencia del siniestro, se deberá comunicar a la Central Telefónica de MAPFRE SI24, 213-3333, para posteriormente presentar los siguientes documentos en original o en copia legalizada a través de cualquiera de las agencias de CAJA ICA indicando DNI y monto adeudado del saldo insoluto al momento del fallecimiento o invalidez, asimismo los datos del solicitante (Nombre completo, dirección y teléfonos) en un plazo máximo de 5 días útiles (Para Lima) y 8 días útiles (Para Provincia) Los documentos sustentatorios del siniestro según indicamos líneas abajo, deberán ser presentados 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. La Compañía no cobrará primas luego de la activación del seguro. 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.

¿Qué documentos debes presentar en caso de siniestro?

	Copia del DNI del asegurado y/o Beneficiario	Certificado y Acta de defunción del Asegurado	Historia clínica completa	Informe policial completo	Protocolo de necropsia completo	Resultado de Examen químico toxicológico y Dosaje etílico	Facturas de Gastos realizados	Dictamen médico(1)
Muerte natural	x	x	x					
Muerte Accidental	x	x		x	x	x		
Invalidez Total y Permanente por Accidente	x			x		x		x
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	x		x					x
Gastos de Sepelio	x	x	x	x(2)	X (2)	x(2)	x	

(1) 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.

(2) Estos documentos se solicitarán en caso sea por Muerte Accidental

****La Compañía Aseguradora podrá solicitar documentación adicional para evaluar el siniestro.

Importante

- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar, copia de la póliza de seguro a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO, según resolución de la SBS N° 4143-2019
- De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento, el asegurado autoriza de forma expresa a MAPFRE PERÚ, el tratamiento y transferencia de sus datos personales y datos sensibles aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros. Para mayor detalle de la Ley puede ingresar a la página web www.mapfre.com.pe

Tratamiento de datos personales

El CONTRATANTE autoriza expresamente a MAPFRE y Caja Municipal Ica a tratar sus datos personales para el envío de publicidad, promociones, ofertas y novedades sobre sus productos y servicios, así como los de sus empresas vinculadas o socios comerciales, a través de diversos canales de comunicación, incluyendo correo electrónico, mensajes de texto, llamadas telefónicas, y otros medios digitales o físicos. Esta autorización es voluntaria y puede ser revocada en cualquier momento.

Derecho de arrepentimiento

El Contratante tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida en el plazo de 30 días contados desde la recepción de la comunicación de EL CONTRATANTE.