

Solicitud / Certificado de Seguro N°

Seguro de Desgravamen de Crédito "MUJER SEGURA" - Financiera Confianza (N°6111910100005)
Código SBS: VI2047410006 Adecuado a la ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Tipo de Doc. <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CEX <input type="checkbox"/> DOI	N° Doc.	Fec. Nac.	/	/	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Estado Civil	Ocupación	Nacionalidad	Telf. Fijo		
Dirección				E-mail:	
Distrito	Provincia	Departamento	Celular		

DATOS DEL PRÉSTAMO

Importe de préstamo (en Soles): S/ Tipo de préstamo:

Plazo del préstamo: Meses Años Tipo de Seguro: Seguro de Desgravamen de Crédito "MUJER SEGURA"

BENEFICIARIOS

El beneficiario de la cobertura principal del presente seguro es Financiera Confianza. De determinarse la procedencia de la cobertura de muerte o invalidez permanente y definitiva del Asegurado, La Compañía pagará a Financiera Confianza, la suma asegurada que corresponda, destinada a la cancelación del saldo insoluto del préstamo, no incluye intereses ni moras.

El beneficiario de las coberturas adicionales de Indemnización por cáncer de cuello uterino o cáncer de mama y la Indemnización por Canasta Familiar por diagnóstico de cáncer será al Asegurado de la presente póliza; y para la cobertura adicional de Indemnización por Sepelio se considerarán a los Beneficiarios designados en el presente documento (caso contrario, se considerarán los Herederos Legales del Asegurado como tales). **Razón social:** Financiera Confianza, **R.U.C:** 20228319768, **Dirección:** Av. Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, **Teléfono:** 208-9000, **Página Web:** www.confianza.pe

BENEFICIARIOS DE LA INDEMNIZACIÓN POR SEPELIO

DNI	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	PARENTESCO

*La designación de los Beneficiarios (cuatro como máximo) es de manera equitativa. En caso no se designen Beneficiarios, se considerarán como Beneficiarios del Asegurado a los Herederos Legales en partes equitativas.

CONFORMIDAD Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en las hoja 1, hoja 2 y hoja 3 y sus reversos que conforman la presente Solicitud/Certificado, en las cuales se indican los Datos del Contratante/Asegurado, Datos del préstamo, Asegurados, Beneficiarios de la Indemnización por Sepelio, Intervención de Testigo a ruego (en caso corresponda), Condiciones de Afiliación, Beneficiarios, Vigencia del Seguro, Prima y Forma de Pago, Cambio de condiciones contractuales durante la vigencia de la póliza del seguro, suma asegurada, riesgos cubiertos y límites asegurados, coberturas adicionales, exclusiones, procedimiento en caso de siniestro, documentos necesarios para la liquidación de un siniestro, causales de resolución del contrato, procedimiento para la atención de reclamos, atención de reclamos, mecanismo de solución de controversia, declaraciones y autorizaciones del asegurado, Defensoría del asegurado, entre otros. Asimismo declaro que he tomado pleno conocimiento de las condiciones del seguro solicitado, que se me ha entregado, y habiéndome informado que éste se encuentra a disposición, para cualquier revisión, en las oficinas de la Institución.

IMPORTANTE: La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de la póliza N° 6111910100005 (Soles) 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.

INTERVENCIÓN DE TESTIGO A RUEGO (EN CASO CORRESPONDA)

Yo _____ identificado con DNI N° _____ intervengo en el presente documento, a solicitud de El Asegurado, quien manifiesta ser iletrado y/o encontrarse impedido de suscribir documentos mediante la utilización de firma autógrafa o manuscrita, por lo que, en calidad de TESTIGO A RUEGO, con mi firma, dejo constancia y doy fe que he dado lectura a El Asegurado del contenido de este documento, que consta de 03 (tres) hojas y sus reversos. Asimismo, declaro que El Asegurado ha sido debidamente informado de todos los términos y condiciones del Seguro de Desgravamen de Crédito; y que todas sus dudas y consultas han sido absueltas. En tal sentido, en señal de comprensión, conformidad y aceptación de todos los términos y condiciones contractuales, El Asegurado imprime su huella en el presente documento.

Lugar y fecha de emisión: _____ de _____ de 20____.

Firma y huella del Contratante/Asegurado

Director Unidad de Vida

Firma del testigo a ruego (en caso corresponda)

ASEGURADOS

Personas naturales, clientes de Financiera Confianza, que hubieran accedido a un crédito del Producto Palabra de Mujer, sean mayores de edad y no tengan enfermedades preexistentes y que gocen de buena salud al momento de contratar el seguro, los mismos que se encuentran expuestos a los riesgos cubiertos por esta póliza. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico, conocida por el titular y no resuelta en el momento previo a la fecha de suscripción del seguro. Las personas que tengan alguna enfermedad preexistente, no serán aseguradas. 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.

CONDICIONES DE AFILIACIÓN

Personas naturales mayores de 18 años y menores de 74 años y 364 días de edad, con un máximo de permanencia de 80 años y 364 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, aun cuando dicha inexactitud se descubra después del fallecimiento o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado.

VIGENCIA DEL SEGURO

Inicio de Vigencia: La vigencia de la cobertura al amparo del presente seguro, se inicia desde que Financiera Confianza efectúe el desembolso del crédito en favor del Asegurado, teniendo en cuenta la fecha y hora del desembolso del crédito.

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 y 364 días 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 al saldo insoluto del capital.

Tasa Mensual Cliente: 0.0914% del saldo insoluto de la deuda. Cargo por comercialización del Canal: Setenta y ocho por ciento (incluido IGV).

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 Financiera Confianza se consideran abonados a La Compañía. El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares. "El Asegurado autoriza a Financiera Confianza a incluir el monto de la prima del presente seguro contratado con La Compañía, al cronograma de pagos que detalla las cuotas del Crédito N° _____ (en adelante el Crédito) que el Asegurado mantiene en la Financiera".

CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Durante la vigencia del Contrato la Aseguradora no puede modificar los términos actuales y condiciones contractuales pactadas sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos y condiciones en los que el Contrato fue acordado.

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 interés ni moras ni otros gastos, hasta el límite asegurado de la Póliza.

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES ASEGURADOS

COBERTURAS	DEFINICIONES	LÍMITE ASEGURADO (CÚMULO)*
FALLECIMIENTO POR MUERTE NATURAL	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales.	Hasta S/ 7,000
FALLECIMIENTO POR MUERTE ACCIDENTAL	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas accidentales.	Hasta S/ 7,000
INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE 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.	Hasta S/ 7,000
INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE Y DEFINITIVA POR ACCIDENTE	Para los efectos de esta cobertura, únicamente 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.	Hasta S/ 7,000

COBERTURAS ADICIONALES (**)	MONTO ASEGURADO
Indemnización por cáncer de cuello uterino o cáncer de mama	S/ 1,500
Indemnización por sepelio	S/ 1,000
Indemnización por Canasta familiar por diagnóstico de cáncer	S/ 1,000

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

(**) En el caso de la Indemnización por sepelio, se designa como beneficiario(s) a la(s) persona(s) indicada(s) por el Contratante.

EXCLUSIONES

La Compañía estará eximida de cualquier obligación en caso de fallecimiento o invalidez total permanente y definitiva de los prestatarios asegurados bajo cualquiera de las siguientes causas:

- 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.
- 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.
- Deceso o Invalidez como pasajero en accidente de aviación no comercial (transporte aéreo de servicio público oficialmente autorizado), en práctica normal y no profesional de actividades peligrosas como boxeo, buceo, andinismo, paracaidismo, ala delta, y otros similares.
- Enfermedades contagiosas que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.
- 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.
- Suicidio o tentativa de suicidio durante los primeros 2 años.
- 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.
- Deceso o Invalidez encontrándose con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), HIV y enfermedades relacionadas.

(**) Quedan expresamente excluidas: las neoplasias de la piel, con excepción de los melanomas malignos invasivos, los carcinomas in situ (cervix uterino u otros) y cualquier tipo de tumor asociado al SIDA. El diagnóstico se realiza por examen anatomopatológico.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso ocurriera el fallecimiento o invalidez total permanente y definitiva del asegurado, el reclamante deberá cursar carta a La Financiera informando el siniestro indicando el nombre, DNI, dirección, teléfonos y correo electrónico, así como presentar todos los documentos señalados en los Requisitos necesarios para la liquidación de siniestros de la presente póliza.

Esta información deberá ser enviada a La Compañía en un plazo máximo de 5 días útiles (Para Lima) y 8 días útiles (Para Provincia) una vez recibida la documentación que se requiere para la evaluación del siniestro. De este modo, y de acuerdo a lo que indica la Resolución SBS N° 3202-2013 y la Ley del Contrato de Seguro N° 29946, La Compañía tiene un plazo máximo de 20 días de haber recibido la documentación para poder solicitar documentos adicionales y 30 días desde recibida la documentación completa para pronunciarse sobre el siniestro. Pasados los 30 días de haber recibido la documentación sin pronunciamiento, el siniestro se da como consentido.

Las pruebas del siniestro que contengan datos exactos sobre la causa del deceso o invalidez de los asegurados, deberán ser presentados en la oficina de La Compañía en Lima, dentro de un plazo máximo de un año (1) de producido el deceso del Asegurado. Vencido este plazo y hasta el término de la prescripción legal, en caso de no existir certificado de defunción las pruebas del fallecimiento o invalidez del Asegurado deberán acreditarse ante el Poder Judicial.

Adicionalmente, La Compañía solicitará la copia del Certificado de Seguro firmado por el cliente en los casos que se considere necesario para acreditar la preexistencia o la declaración inexacta en la Solicitud de Seguro. En caso no se cuente con dicho documento, el monto del siniestro no será asumido por La Compañía.

Asimismo, La Compañía podrá solicitar los informes médicos adicionales y/o ampliatorios que considere necesarios. Se implementa el formato de Declaración Médica, mismo que deberá ser suscrita por el médico tratante y que podrá actuar en reemplazo de la copia de Historia Clínica, si la misma fuese suficiente para determinar la cobertura del siniestro, a criterio de La Compañía.

La Compañía indemnizará al Beneficiario, FINANCIERA CONFIANZA, una vez recibida toda la documentación completa para la liquidación del siniestro, considerando el saldo insoluto que el Asegurado adeudará al momento de su fallecimiento o hasta el límite de suma asegurada, sin considerar intereses ni moras.

En caso de rechazar un siniestro, La Compañía informará por carta el sustento del rechazo a La Institución.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA LIQUIDACIÓN DE UN SINIESTRO

Por Muerte Natural: Carta de aviso del fallecimiento. Copia simple DNI del asegurado. Copia Simple de Certificado de Defunción Completo, donde se indique la causa de fallecimiento. Copia Simple del Acta o Partida de Defunción. Informe Médico y otros documentos necesarios para la evaluación. Certificado de Desgravamen y Copia Simple de Solicitud firmada por el cliente. Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso, así como la fecha de último pago.

Por Muerte Accidental: Carta de aviso del fallecimiento. Copia simple DNI del asegurado fallecido. Copia simple del Certificado de Defunción. Copia Simple del Acta o Partida de Defunción. Copia simple del Atestado Policial y/o Informe de la Fiscalía. Copia simple del protocolo de autopsia y del Certificado de Necropsia, de haberse realizado, Informe médico y otros documentos en caso sean necesarios para la evaluación. Certificado de Desgravamen y Copia de Solicitud firmada por el cliente. Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso, así como la fecha de último pago.

Por Invalidez Total Permanente y Definitiva por Enfermedad o Accidente: Copia simple DNI del asegurado, Dictamen de Invalidez Total, Permanente y Definitiva a causa de accidente y/o enfermedad, expedido por cualquiera de las siguientes instituciones: 1) Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones, COMAFP (Comité Médico de las AFP) o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia), en caso el Asegurado esté afiliado a una AFP y no esté jubilado; 2) Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del Ministerio de Salud (MINSA) o de ESSALUD, en caso el Asegurado esté afiliado a la ONP o esté jubilado; 3) Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas o Policiales, en caso el Asegurado pertenezca a alguna de esas entidades; 4) Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del Ministerio de Salud (MINSA) o de ESSALUD o de una EPS, Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), Complementario de Riesgos. (Sentencia del Tribunal Constitucional) o una junta de médicos aprobada por la Compañía. Informe Médico o cualquier otro documento siempre que sea necesario. Certificado de Desgravamen y Copia de Solicitud/Certificado firmada por el cliente. Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso, así como la fecha de último pago.

Por Indemnización por cáncer de cuello uterino o cáncer de mama: Copia simple DNI del asegurado, Análisis Anatómico Patológico que indique el diagnóstico correspondiente. Informe Médico y otros documentos necesarios para la evaluación. Copia de Solicitud / Certificado firmada por el cliente.

Por Indemnización por Sepelio: Copia simple DNI del solicitante del servicio. Copia simple del Certificado Médico de Defunción, donde se indique la causa del fallecimiento. Copia simple del Atestado Policial, protocolo de Necropsia, Copia Simple del DNI del Beneficiario y resultado del examen toxicológico, en caso de muerte por accidente y en caso corresponda. Copia de Solicitud / Certificado firmada por el cliente.

Por Indemnización por Canasta Familiar por diagnóstico de cáncer: Copia simple del DNI del asegurado. Análisis Anatómico Patológico que indique el diagnóstico correspondiente. Informe Médico y otros documentos necesarios para la evaluación. Copia de Solicitud / Certificado firmada por el cliente.

Nota: Cáncer: Enfermedad provocada por un tumor cuyas características son de crecimiento y multiplicación incontroladas de células malignas y la invasión de los tejidos. Se incluye dentro de este término la leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático, tal como la enfermedad de Hodgkin.

Quedan expresamente excluidas: las neoplasias de la piel, con excepción de los melanomas malignos invasivos, los carcinomas in situ (cervix uterino u otros) y cualquier tipo de tumor asociado al SIDA.

El diagnóstico se realiza por examen anatomopatológico.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro puede ser resuelto por las siguientes causales:

- * Resolución unilateral de cualquiera de las partes.
- * Al cancelarse la deuda de Asegurado.
- * En el caso de fallecimiento del Asegurado, se activará la cobertura de la póliza, procediéndose a pagar el siniestro, quedando por tanto extinguido el contrato de seguro.
- * Por nulidad de la póliza.
- * Con respecto a cada asegurado, al cumplir éste la edad máxima estipulada.
- * Pasados noventa (90) días sin pago de primas, contados desde el vencimiento de la obligación, el contrato de seguro quedará extinguido, sin posibilidad de rehabilitación posterior.
- * Sin expresión de causa: Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el Contratante y La Compañía podrán resolverla, sin expresión de causa. Si La Compañía ejerce la facultad de resolver el contrato, debe por medio fehaciente dar un preaviso no menor de treinta (30) días y reembolsar la prima por el plazo no corrido. Si el Contratante optara por la resolución, La Compañía tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Para el ejercicio del derecho de resolución, el Contratante podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato.
- * Derecho de Arrepentimiento: El Contratante y/o Asegurado 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 y/o certificado de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza, Solicitud / Certificado de seguro o la nota de cobertura provisional, debiendo La Compañía devolver el monto de la prima recibida.

PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS

Los usuarios, entendiéndose estos como 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 remitida al usuario en un plazo máximo de 30 días calendario de presentada la carta a 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.

Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias:

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 establecidos en este documento, el Asegurado y/o Usuario deberán dirigirse a la Central de Atención al Cliente, al teléfono 213-3333, o ingresar a la página web www.mapfre.com.pe.

Asimismo, las solicitudes de cobertura, reclamos y requerimientos también pueden presentarse ante Financiera Confianza.

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIA

Todo litigio, controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato del 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 la 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 Producción de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

1. Declaramos que la información suministrada y contenida en la presente declaración es verídica reconocimiento 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 de Contrato de Seguros 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.
2. En caso que La Compañía crea conveniente se realice un examen médico para su evaluación, el asegurado autoriza a La Compañía y/o clínica y/o centro médico y/o hospital, a entregar copia de los resultados a La Compañía en caso sean requeridos por ésta.
3. Declaro haber sido debidamente informados sobre las condiciones del seguro, haber recibido la solicitud/certificado de la póliza habiendo tomado pleno conocimiento de su contenido. Asimismo, declarado conocer que la póliza emitida por La Compañía, está disponible en el Registro de pólizas de la

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, la cual es de acceso público a través del " Portal del Usuario" de la página web de dicha institución : (www.sbs.gob.pe).

4. Solicito y autorizo a La Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónico 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 entre las partes relacionadas al presente seguro deberán ser puestas en conocimiento de Financiera Confianza, en su calidad de beneficiario y comercializador del seguro.
5. La Compañía está obligada de entregar la Póliza de Seguro dentro del plazo de 15 días calendario, a solicitud del Asegurado.
6. Por el presente documento otorgo mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que MAPFRE PERÚ VIDA incluya mis datos personales sensibles o no, consignados en el presente documento, en sus sistemas y base de datos y pueda dar tratamiento a mi información para la ejecución del contrato de seguro. Asimismo, en caso MAPFRE acepte la presente solicitud de seguro, consiento expresamente la comunicación de mis datos personales a las entidades y/o personas a las cuales MAPFRE les encargará el cumplimiento de ciertas actividades para el desarrollo del servicio contratado y exclusivamente para dicho fin, teniendo conocimiento que MAPFRE asegura la confidencialidad de mis datos y garantiza que no los compartirá con personas ajenas, salvo lo indicado en el presente documento. Igualmente acepto y consiento que el tratamiento de los datos personales suministrados tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por MAPFRE para realizar estudios estadísticos y de siniestralidad, remitir información sobre sus productos y servicios así como de las distintas empresas del Grupo MAPFRE, a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita, así como el flujo transfronterizo de la información a otras entidades ubicadas en España, Estados Unidos y Brasil, con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de las distintas empresas del Grupo MAPFRE. Se entiende por empresa del Grupo MAPFRE, a toda aquella empresa que pertenece al mismo grupo económico según la resolución SBS 445-2000 o norma que la sustituya. Asimismo, acepto que mis datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras personas naturales o jurídicas con las que las empresas del Grupo MAPFRE mantienen o suscriban acuerdos de colaboración, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.
7. MAPFRE es responsable frente al contratante y/o de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones que incurra Financiera Confianza con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
8. Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

La defensoría del Asegurado, opera en: Calle Amador Merino Reyna 307- Piso 9, San Isidro, Lima- Perú
Telefax 4210614 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.