

OFICINA PRINCIPAL

Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, Perú
 t (511) 213 3333, f (511) 243 3131 www.mapfreperu.com



Solicitud de Afiliación Seguro de Accidentes Personales N°

DATOS DEL TITULAR

Apellidos			Nombres		
Tipo de documento DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N°		Fecha de nacimiento / /		Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estado Civil Sol. <input type="checkbox"/> Cas. <input type="checkbox"/> Div. <input type="checkbox"/> Viu. <input type="checkbox"/>			Nacionalidad		Teléfonos
Domicilio					
Distrito		Provincia		Departamento	
					Plan elegido 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

DATOS DEL CÓNYUGE (Llenar solo si requiere el seguro)

Apellidos			Nombres		
Tipo de documento DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N°		Fecha de nacimiento / /		Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estado Civil Sol. <input type="checkbox"/> Cas. <input type="checkbox"/> Div. <input type="checkbox"/> Viu. <input type="checkbox"/>			Nacionalidad		Plan elegido 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

	Plan 1	Plan 2
Muerte accidental	S/. 10.000	S/. 20.000
Doble indemnización por muerte accidental en transporte público	S/. 10.000	S/. 20.000
Invalidez permanente por accidente	S/. 10.000	S/. 20.000
Sepelio por muerte accidental	S/. 2.500	S/. 2.500
Prima Bruta (Inc. Derecho de Emisión e IGV)	S/. 2,90	S/. 5,53
	Titular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cónyuge <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECLARACIÓN DE SALUD

Asegurado	Titular	Cónyuge
1. Padece alguna enfermedad mental, mutilación, ceguera o defecto físico como consecuencia de un accidente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Declarar talla y peso	Peso <input type="text"/> Talla <input type="text"/>	Peso <input type="text"/> Talla <input type="text"/>

AUTORIZACIÓN DE CARGO

Autorizo a La Caja Rural de Ahorro y Crédito Nuestra Gente S.A. a cargar la prima de seguro.

 Fecha de Emisión

 Firma del Titular

MAPFRE PERU VIDA Cia. de seguros es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra La Caja Rural de Ahorro y Crédito Nuestra Gente S.A. con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro. Declaramos que la información suministrada y contenida en la presente declaración es verídica reconociendo que la misma constituye la base del contrato de seguro y que una declaración falsa implica la nulidad de la póliza de acuerdo al art. 376 del código de comercio, en fe de lo cual autorizamos expresamente a cualquier médico tratante, procurador o perito a proporcionar a la aseguradora toda información, debidamente documentada, del tratamiento que haya sido sometido, o dar información necesaria en caso de daños materiales, sin limitación alguna.

Asimismo declaramos haber recibido la solicitud, el resumen y el certificado de la póliza habiendo tomado pleno conocimiento del contenido de los mismos.

 Fecha de Emisión

 Firma del Titular

 Firma del Cónyuge

CLIENTE

RIESGOS CUBIERTOS

- Muerte Accidental
- Doble indemnización por muerte accidental en Transporte Público
- Invalidez Permanente Total por accidente
- Gastos de Sepelio por Muerte Accidental

EXCLUSIONES

Las generales que se indican en el Artículo 9° de las Condiciones Generales de la póliza y las específicas para los Seguros Complementarios indicadas en las Condiciones Especiales.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El seguro queda resuelto en forma automática y de pleno derecho en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Por renuncia escrita del Asegurado dirigida a LA COMPAÑÍA.
- b) Falta de pago de tres (3) cuotas mensuales consecutivas, de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 12°.
- c) Tanto La Compañía como el Asegurado podrán resolver este Contrato en cualquier momento, sin expresión de causa mediante carta dirigida a la otra parte con una anticipación no menor de 30 días.

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS

Los usuarios, entendiéndose éstos 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:

a) Persona natural, deberá presentar:

Carta dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERU, con indicación clara y precisa de su nombre completo, datos de identificación, domicilio, número de póliza, nombre del producto/servicio afectado y una breve explicación del hecho reclamado.

b) Persona jurídica, deberá presentar:

Carta dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERU, en papel membretado de la empresa, con la firma(s) de el (los) representante(s) legal(es), con indicación clara y precisa de su denominación social, número de RUC, domicilio, número de póliza, nombre del producto/servicio afectado 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.

Los reclamos deben efectuarse dentro de los plazos de prescripción establecidos por Ley.

MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia que pudiera suscitarse en relación al presente contrato de seguro será resuelta mediante arbitraje de derecho por tres árbitros, de conformidad con los reglamentos y el Estatuto de Centro de Conciliación y Arbitraje Nacional e Internacional de la Cámara de Comercio de Lima.

En caso el monto reclamado no excediera de tres (3) UIT, se podrá acudir a la vía judicial para cuyo efecto las partes se someten a la competencia y jurisdicción de los jueces y tribunales de la ciudad de Lima.

Asimismo el Asegurado y/o Usuario de los servicios de seguros, puede acudir a la Defensoría del Asegurado para resolver controversias que surjan del presente contrato, cuando el monto reclamado no exceda de US\$ 50,000 o su equivalente en nuevos soles, siempre que se haya agotado previamente la vía interna ante la Compañía de Seguros.

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 Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, teléfono 213-3333.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

La Defensoría del Asegurado, opera en:

Calle Arias Aragüez 146, San Antonio

Miraflores, Lima Perú

Telefax 4469158

www.defaseg.com.pe

OFICINA PRINCIPAL

Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, Perú

t (511) 213 3333, f (511) 243 3131

www.mapfreperu.com



certificado N° seguro de accidentes personales

DATOS DEL TITULAR

Apellidos			Nombres		
Tipo de documento DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N°		Fecha de nacimiento / /		Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estado Civil Sol. <input type="checkbox"/> Cas. <input type="checkbox"/> Div. <input type="checkbox"/> Viu. <input type="checkbox"/>			Nacionalidad		Teléfonos
Domicilio					
Distrito		Provincia		Departamento	
				Plan elegido 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL CÓNYUGE (Llenar solo si requiere el seguro)

Apellidos			Nombres		
Tipo de documento DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N°		Fecha de nacimiento / /		Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estado Civil Sol. <input type="checkbox"/> Cas. <input type="checkbox"/> Div. <input type="checkbox"/> Viu. <input type="checkbox"/>			Nacionalidad		Plan elegido 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

MAPFRE Perú Vida (en adelante la Compañía) con RUC N° 20418896915 y domicilio en Av. 28 de Julio 873 Miraflores, Lima, deja constancia que la persona indicada en este certificado se encuentra cubierta por la póliza de Accidentes Personales soles N° 6150003 emitida a favor de los clientes, de la Caja Rural de Ahorro y Crédito Nuestra Gente S.A. (en adelante La Caja) identificada con RUC N° 20228319768 y domicilio Independencia 527 Trujillo por los riesgos materia del seguro siempre que la póliza se encuentre vigente a la fecha de producirse un eventual siniestro cubierto por esta.

Las comunicaciones cursadas por el asegurado a la empresa del sistema financiero, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la empresa de seguros. Asimismo, los pagos efectuados por el contratante o asegurado a la empresa del sistema financiero, se consideran abonados a la empresa de seguros.

Edad de ingreso: Desde los 18 años hasta los 70 años, pudiendo permanecer asegurado hasta los 70.

Vigencia de la póliza: Anual renovable tomando como inicio la fecha de emisión.

Coberturas, Sumas Aseguradas y Primas

	Plan 1	Plan 2
Muerte accidental	S/. 10.000	S/. 20.000
Doble indemnización por muerte accidental en transporte publico	S/. 10.000	S/. 20.000
Invalidez permanente por accidente	S/. 10.000	S/. 20.000
Sepelio por muerte accidental	S/. 2.500	S/. 2.500

Prima Bruta mensual (Inc. Derecho de Emisión e IGV)	S/. 2,90	S/. 5,53
---	----------	----------

Beneficiarios: Herederos Legales

Forma de Pago: Cargo en cuenta

Término del seguro

- Por renuncia escrita del Asegurado dirigida a LA COMPAÑÍA.
- En caso de sobrevenir cualquiera de las situaciones descritas en el Artículo 6°.
- Falta de pago de tres (3) cuotas mensuales consecutivas, de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 12° del Condicionado General.

Exclusiones

LA COMPAÑÍA estará eximida de cualquier obligación en caso de fallecimiento o invalidez de los prestatarios asegurados:

- 1) Cuando resulte de la participación del asegurado como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, 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 y deportes afines, tabla hawaiana y similares, hípica, corridas de toros y similares, alpinismo, andinismo y caminatas en alta montaña, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.
- 2) Cualquier enfermedad corporal o mental o tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por el presente seguro, así como los denominados "Accidentes Médicos", como apoplejía, vértigos, infartos y ataques epilépticos.
- 3) Fallecimiento 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.
- 4) 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 plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, con intervención del organismo nacional o internacional competente.
- 5) Como consecuencia de hechos de guerra internacional (declarada o no) o civil, o servicio militar de cualquier clase.
- 6) Suicidio o tentativa de suicidio u acto delictuoso provocado por el Contratante, o por cualquier otra persona que resultase favorecida con los alcances de éste seguro.
- 7) Los que tengan origen en actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, así como los derivados de actos delictivos o infractorios de leyes y/o reglamentos.
- 8) Accidentes sufridos en situación de enajenación mental o bajo los efectos de bebidas alcohólicas o de drogas y/o estupefacientes, así como por intoxicaciones por ingestión de alimentos o bebidas.
- 9) A consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas.
- 10) Fallecimiento producido como consecuencia directa o indirecta de la reacción nuclear o contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
- 11) Participación activa del Asegurado en hechos de carácter político o social, huelgas, alborotos o tumultos populares y terrorismo.

Procedimiento en caso de siniestro

Los Beneficiarios, producido un accidente indemnizable en virtud de esta póliza, están en la obligación de comunicarlo a La Compañía por escrito, dentro de los quince (15) días de ocurrido, sea en el territorio nacional o en el extranjero.

Asimismo, deberán presentarse en la sede principal de La Compañía los documentos siguientes:

Muerte Accidental y Gastos de Sepelio

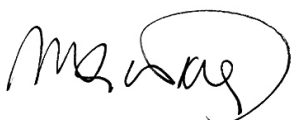
- Copia simple del DNI del asegurado
- Certificado de Defunción, en original o copia certificada.
- Certificado y protocolo de necropsia.
- Documentos oficiales de identificación de los beneficiarios
- Copia simple del parte y atestado policial
- Acta o Partida de Defunción, en original ó copia certificada.
- Resultado de examen toxicológico
- Facturas originales de los gastos de sepelio por concepto de ataúd, salón velatorio, nicho perpetuo y carroza.

Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Accidente

- Copia simple del DNI del asegurado
- Copia simple del parte y atestado policial
- Resultado de examen toxicológico
- Certificado de Invalidez Total, Permanente y Definitiva a causa de accidente, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación) ó junta de médicos.

COBERTURA SUJETA A LA APROBACIÓN DE MAPFRE PERÚ VIDA

Importante: La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de la póliza Accidentes Personales soles N° 6150003 que obra en poder de EL CONTRATANTE. El asegurado tiene derecho a solicitar, copia de la póliza de seguro a la COMPAÑIA al teléfono (01) 2133333 (Lima) y si es de provincia al 0-801-11133, la cual será entregada en un plazo máximo de 15 días.



Directora de la Unidad de Vida



Gerente de Negocio