

CERTIRENTA CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO

Adecuado a la Ley N° 29946
y sus normas reglamentarias
Código SBS: VI2047500107

MAPFRE PERÚ COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.
RUC 20418896915 TELEF. (511) 213-7373
DIRECCIÓN AV. 28 DE JULIO 873, MIRAFLORES. Lima, Perú.

FECHA DE EMISIÓN: X / XX / XXXX

I. IDENTIFICACIÓN CONTRATANTE/ASEGURADO Y LA PÓLIZA

I.1 DATOS DE LA PÓLIZA DE SEGURO

N.º de póliza: XXXXXXXXXXXX Moneda: XXX Plazo del seguro (años): XX
Fecha de Inicio de Vigencia: XX/XX/XXX Fecha de Fin de Vigencia: XX/XX/XXX
Prima Única: XXX,XXX

I.2 DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx. Tipo de doc. de Identidad: XXX N.º: xxxxxxxx
Fecha de nacimiento: XX/XX/XXXX Residente del Perú: Sí
Dirección: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Distrito: xxxxxxxx Provincia: xxxxx
Departamento: xxxxx Teléfono: xxxxxxxxx Celular: xxxxxxxxx
Correo electrónico: xxxxxxxxxxxx@xxxxxxxx

I.3 DATOS DEL ASEGURADO

Nombre: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx. Tipo de doc. de Identidad: XXX N.º: xxxxxxxx
Fecha de nacimiento: XX/XX/XXXX Residente del Perú: Sí
Dirección: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Distrito: xxxxxxxx Provincia: xxxxx
Departamento: xxxxx Teléfono: xxxxxxxxx Celular: xxxxxxxxx
Correo electrónico: xxxxxxxxxxxx@xxxxxxxx

II. IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS

II.1 DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (PARA RENTA CON PERIODO GARANTIZADO)

N°	Nombres y apellidos	Parentesco	% Participación beneficio	Documento de identidad	
				Tipo	N.º de documento
X	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXX	XX%	XXX	XXXXXXX
X	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXX	XX%	XXX	XXXXXXX

En caso de que los Beneficiarios sean menores de edad bastará con señalar el nombre y apellidos completos. En caso de que el Asegurado no haya designado Beneficiarios, los Beneficiarios serán los Herederos Legales. Si se designaron varios Beneficiarios, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

III. INTERMEDIACIÓN

III.1 DATOS DEL INTERMEDIARIO (CORREDOR, PROMOTOR, COMERCIALIZADOR O BANCASEGUROS)

Nombre: XXXXXXXX

Código Interno: XXXX

N.º reg. SBS:

Oficina: XXXXXXXXXXXX

IV. IDENTIFICACIÓN COBERTURA PRINCIPAL, CLAUSULAS ADICIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES

IV.1 COBERTURA PRINCIPAL

A. Renta Temporal

a. Moneda de pago de la renta: XXX

e. Fecha de Inicio de Vigencia: XX/XX/XXXX

b. Factor de ajuste de la renta (%): 0

f. Fecha de Fin de Vigencia: XX/XX/XXXX

c. Periodo Diferido (meses): 0

g. Inicio de Pago de las Rentas: XXXXX

d. Monto base de Renta: XXXXX

h. Periodicidad del Pago: Mensual

IV.2 COBERTURAS ADICIONALES

A. Periodo Garantizado

XX años contados desde **XX/XX/XXXX** hasta el **XX/XX/XXXX**. El plazo de Período Garantizado debe ser el mismo que el período de inicio y vigencia de la póliza. Ante el fallecimiento del asegurado, los beneficiarios o herederos legales podrán solicitar el pago adelantado de todas las pensiones aplicando una tasa de descuento **X.XX%**

B. Devolución de prima

Se devolverá **X XXX,XXX** correspondiente al **XXX%** de la prima comercial única en la fecha de fin de vigencia de la póliza **XX/XX/XXXX**.

Ante el fallecimiento del asegurado, los beneficiarios o herederos legales podrán solicitar la devolución de prima aplicando una tasa de descuento **X.XX%**

C. Servicio Funerario

Se le ofrece servicios funerarios exclusivos con Agustín Merino y Finisterre.

Si no utilizó la cobertura de Servicio Funerario puede solicitar una indemnización de **X,XXX.XX**

D. Rescate

Se podrá solicitar el valor de rescate acorde a la Tabla de Rescates Referencial (Anexo 01)

E. Diferimiento de la cobertura principal

En caso opte por cambiar el plazo de diferimiento se aplicará una tasa de descuento

Ante el fallecimiento del asegurado, los beneficiarios o herederos legales podrán solicitar la renta adelantada aplicando una tasa de descuento de **X.XX%**.

V. EXCLUSIONES

La cobertura que otorga esta Póliza no impone exclusiones al ASEGURADO. No obstante, ello, las coberturas adicionales que podría elegir el CONTRATANTE sí contemplan exclusiones, las cuáles se detallarán en el contenido de cada una de ellas.

VI. PAGO DE LA RENTA

- a) El pago de la renta se efectuará en la moneda convenida en el presente contrato.
- b) El pago del devengue en caso aplique, se efectuará 07 días hábiles después de la emisión de la póliza.
- c) El pago de la renta se efectuará el día veinticinco (25) de cada mes, no obstante, si la fecha en mención cae un día no laborable, la renta se abonará el día inmediato anterior hábil laborable, según el cronograma establecido.
- d) El pago de rentas a los beneficiarios será el mes siguiente de haber sido aceptada su solicitud de pago, en los mismos plazos y condiciones en que se efectuaban los pagos del ASEGURADO fallecido.

Abono en cuenta

Banco: **XXXXXXXXXXXX**

N.º de cuenta de ahorros: **XXXXXXXXXXXX**

VII. SUSPENSIÓN DE PAGO DE LA RENTA

A. La Compañía podrá efectuar validaciones periódicas en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) o mediante otros medios para verificar la condición de supérstite de los Asegurados o Beneficiarios. En caso se detecte el fallecimiento de ellos, Asegurado o Beneficiario que estuviese cobrando renta, se procederá a suspender el pago de las rentas.

VIII. PRIMA COMERCIAL ÚNICA

Prima Comercial Única	X XXX,XXX
IGV	X XXX,XXX
Prima Comercial + IGV	X XXX,XXX
Tasa de Venta	X.XX%

IX. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA COMERCIAL ÚNICA

- A. La Prima Comercial deberá ser abonada en la misma moneda que la renta solicitada.
- B. El plazo de pago de la Prima Comercial Única por parte del contratante se realiza inmediatamente después de la firma de Solicitud de Seguro.
- C. La prima Comercial Única debe ser abonada en las siguientes cuentas de la Compañía. Para aquellos clientes que realizaran transferencia, detallamos las cuentas hábiles a nombre de MAPFRE PERÚ:

Banco	Moneda	Cuenta Corriente	CCI
SCOTIABANK	Soles	000-2296993	009-170-000002296993-25
	Dólares	000-2100861	009-284-000002100861-10

- D. La fecha de pago de la Prima Comercial será la fecha de operación que figure en los estados de cuenta de la Compañía.

X. DECLARACIONES DEL CONTRATANTE

A. El Contratante declara que ha sido debidamente informado de que la Compañía no autoriza a su personal a recibir suma alguna de dinero por concepto de primas, y que el único medio válido de pago es a través de las instituciones bancarias o financieras elegidas especificadas por la Compañía en la Solicitud del Seguro. Por tal

motivo, cualquier pago en contravención de lo dispuesto en este documento será bajo única responsabilidad del Contratante y/o Asegurado.

B. El contratante deja constancia que junto al presente documento ha recibido las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales en caso de responder, de la presente póliza. Resumen, así como los demás documentos que forman parte de la póliza según la definición dada en la ley, siempre que sean aplicables.

XI. LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

A. De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, el Contratante, el Asegurado autorizan de forma expresa a la COMPAÑÍA, 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 Compañía, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de la Compañía.

Asimismo, autoriza en forma expresa a que la Compañía encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado o no con dichos terceros. Los datos proporcionados podrán ser incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece la Compañía.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida a la Compañía.

B. Otorgo mi consentimiento para que las comunicaciones relacionadas a la presente Póliza y otras Pólizas que tenga contratadas con la ASEGURADORA puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento.

C. La COMPAÑÍA, a través de su portal web, pone a disposición del CONTRATANTE y ASEGURADO la totalidad de las condiciones de esta Póliza. Por lo que el CONTRATANTE/ASEGURADO firma la presente Solicitud y Condicionado Particular en señal de haber tomado conocimiento antes de la misma, de la totalidad de las condiciones de esta Póliza, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's y del portal web de la COMPAÑÍA, encontrándose conforme con dichas condiciones.

XII. ATENCIÓN AL CLIENTE

A. Comunicación dirigida al presidente del Grupo Mapfre (en papel membretado y firma del representante legal, en caso de persona jurídica); indicando tipo de solicitante (*), nombre completo, número de documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, una breve explicación clara, de la consulta o hecho de reclamo y documentos que adjunta.

(* Tipo de solicitante (CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO, Corredor u otro: Especificar).

B. A través de la página Web de MAPFRE PERÚ <http://www.mapfre.com.pe/>, enlazándose al link "Atención de Consultas".

C. Oficina Principal de LA COMPAÑÍA: Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima 18, Perú, teléfono 213-3333 (En Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia). Página Web: www.mapfre.com.pe



CONTRATANTE

ASEGURADO

DIRECTOR UNIDAD DE VIDA
Mapfre Perú