

SOLICITUD - CERTIFICADO DESGRAVAMEN PRESTAMO VEHICULAR			
Nro. de Póliza Soles: 6110610100007 Dólares: 6110610100006	Código SBS: VI2047410006 (soles) VI2047420007 (dólares)	Nro. Certificado	Fecha de Emisión:
DATOS DE LA COMPAÑÍA: Mapfre Perú Vida Compañía De Seguros Y Reaseguros			
Dirección: Av. 28 de Julio 873		RUC: 20418896915	Teléfono: 213-3333
Distrito: Miraflores	Provincia: Lima	Departamento: Lima	Correo: bancasegurosymasivos@mapfre.com.pe
DATOS DEL CONTRATANTE: Scotiabank Perú S.A.A			
RUC: 20100043140	Web: www.scotiabank.com.pe	Teléfono (s): Lima (01)311-6000 Provincia: 0- 801-1-6000	
Dirección: Dionisio Derteano N° 102		Distrito: San Isidro	Provincia: Lima Departamento: Lima
DATOS DEL ASEGURADO 1 TITULAR			
Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Sexo:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Nacionalidad:	Teléfono:
Dirección:		Correo Electrónico:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
DATOS DEL ASEGURADO 2 (CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL ASEGURADO, SOLO SI PARTICIPA EN EL CRÉDITO)			
Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Sexo:
DNI/CE:	Fecha Nacimiento:	Nacionalidad:	Teléfono:
Dirección:		Correo Electrónico:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
PRIMA COMERCIAL	Asegurado: Titular	Asegurado: Titular + Cónyuge	BENEFICIARIO
Prima Única*	2.1052%	4.2104%	Scotiabank Perú S.A.A
EDAD	Mín. de Ingreso: 18 años / Máx. de Ingreso: 70 años como máximo Máx. de Permanencia: 80 años como máximo		
VIGENCIA	Mientras el contrato del crédito objeto de la cobertura se encuentre vigente.		
Inicio de Vigencia	Desde la suscripción de la Solicitud-Certificado y pago de la primera cuota.		
Fin de Vigencia	Último día de vigencia del crédito o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.		
COBERTURAS	SUMA ASEGURADA		CONDICIONES DEL SEGURO
1. Fallecimiento	(**)(***) Saldo insoluto del préstamo al momento del fallecimiento del asegurado o a la fecha en la que se determine la condición de invalidez total y permanente por la autoridad competente, lo que ocurra primero, hasta un monto máximo de 120,000.00 USD o su equivalente en moneda nacional.		Periodo de Carenia: 12 meses (Fallecimiento) No aplica (ITP)
2. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente			

*La prima única clientes será devengada por MAPFRE de acuerdo a las siguientes tasas: tasa primeros 30 días de 1.2682% y tasa para el período restante de 0.8370% por asegurado. ** La suma asegurada no incluye intereses compensatorios, moratorios ni gastos adicionales. *** Monto máximo acumulado por Asegurado, teniendo en cuenta el total de préstamos bajo cobertura de un Seguro Desgravamen Préstamo Vehicular.

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR **SCOTIABANK PERÚ S.A.A** LA CUAL CONSTA DE CINCO (5) PAGINAS:

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO EL CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ENTREGADO POR **SCOTIABANK PERÚ S.A.A** EN LA QUINTA PÁGINA DEL PRESENTE DOCUMENTO:

ASEGURADO 1

ASEGURADO 2

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO

COBERTURAS PRINCIPALES: Cancelación del saldo deudor en caso de siniestro.

DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS: No aplica

RENOVACIÓN: No aplica

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE	PORCENTAJE
Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador	No aplica
Cargos por la intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del Corredor	No aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	No aplica

LUGAR , FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar: Oficinas de Scotiabank // **Fecha:** En la fecha de desembolso del Crédito // **Forma:** Pago único con cargo al Crédito

Período de Gracia: No aplica | **Interés Moratorio:** No aplica

El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Fallecimiento: Cubre el fallecimiento por causa natural o a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.

- Fallecimiento Natural: Se entiende así a la muerte que sobrevenga como consecuencia del fallecimiento del ASEGURADO por causas distintas a un accidente
- Fallecimiento 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.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente: Es la Pérdida o disminución física o intelectual igual o superior al 70% 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).

EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES Y ADICIONALES

La Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de las siguientes causas:

- Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.
- Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.
- Enfermedades contagiosas que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.
- Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.

MEDIO Y PLAZO ESTABLECIDOS PARA EL AVISO DE SINIESTRO

Plazo, Lugar y Medio para comunicar el Siniestro: Deberán comunicarlo a la Compañía en Av. 28 de Julio 873, Miraflores, o a SCOTIABANK a través de cualquiera de sus agencias y/o llamando a los teléfonos detallados a continuación; en Lima al (01) 311-6000 y en provincia al 0- 801-1-6000. Los BENEFICIARIOS podrá(n) 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.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA EMPRESA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SINIESTRO: La solicitud de cobertura de siniestro deberá ser presentada en los locales del comercializador, y/o las oficinas de LA COMPAÑÍA, cuyos domicilios se encuentran consignados en el certificado de seguro.

En caso de Siniestro se deberán presentar los documentos que se detallan a continuación:**Fallecimiento:**

- Copia del DNI del Asegurado
- Original y/o copia legalizada del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Original y/o copia legalizada Partida o Acta de Defunción del Asegurado.
- Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado. Se exonera la presentación de este documento, luego de transcurrido el Periodo de Carencia
- Copia simple del Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente:

- Copia del DNI del Asegurado
- Historia Clínica completa foliada y fedateada del Asegurado, en caso de invalidez por enfermedad.
- Original y/o copia legalizada del Certificado de Invalidez Total y Permanente expedido por ESSALUD o la COMAFP (Comité Médico de las AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia) o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSa o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro detallada en la póliza o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar informes, declaraciones, certificados médicos o la historia clínica del ASEGURADO y requerir otros documentos adicionales referidos a la comprobación del siniestro dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) que tiene LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá exigir que los referidos certificados médicos se extiendan en certificación de reproducción notarial.

LA COMPAÑÍA pagará el saldo insoluto del crédito en el plazo máximo de treinta (30) días contados desde la emisión de su pronunciamiento de aprobación de cobertura o desde que haya sido consentido el siniestro.

DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE; sin más requisito que una comunicación dirigida a LA COMPAÑÍA pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, con una anticipación no menor de treinta (30) días a la resolución, fecha que será considerada para el fin de la vigencia del contrato de seguro y/o certificado según corresponda.

No resultarán aplicables penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar por resolución sin expresión de causa de la Póliza.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**Por resolución:**

- Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del contratante y/o asegurado.
- Por falta de pago de primas.
- Por reticencia y/o declaración inexacta no dolosa.
- Por presentación de Solicitud de Cobertura Fraudulenta.

Por nulidad:

- La inexistencia del interés asegurable.
- La reticencia y/o declaración inexacta.
- La declaración inexacta de la edad del asegurado.

CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados 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 en los que éste fue acordado.

En los casos de seguros grupales LA COMPAÑÍA proporcionará al CONTRATANTE la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones efectuadas en conocimiento de los ASEGURADOS.

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS

Los usuarios, entendiéndose éstos como la persona natural que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por LA COMPAÑÍA, podrán presentar reclamos. Asimismo, cualquier interesado puede presentar consultas formales. Podrán plantearse consultas y/o reclamos formales de manera gratuita a través de los siguientes canales:

Consultas:

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo Mapfre indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, número del documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa de la consulta y/o hecho reclamado y documentos que adjunta. (*) Tipo de solicitante (CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO, Corredor u otro: especificar)
- A través de la página Web de MAPFRE Perú, enlazándose al link “Atención de Consultas y/o Reclamos”.
- 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

Reclamos y/o Quejas:

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo Mapfre indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, número de documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del Producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa del hecho reclamado y documentos que adjunta.
- “Libro de Reclamaciones Virtual” en cualquiera de las oficinas a nivel nacional de LA COMPAÑÍA. Podrá adjuntar de ser el caso documentos que sustentan su reclamo y/o queja.
- A través de la página Web de MAPFRE Perú <http://www.mapfre.com.pe> enlazándose al link de “Libro de Reclamaciones” (Reclamos y/o Queja)

A falta de elección por parte del usuario para la remisión de la respuesta de la consulta y/o reclamo (sea la dirección domiciliaria o electrónica), LA COMPAÑÍA optará por el envío a su dirección domiciliaria, según último dato registrado en LA COMPAÑÍA. La respuesta al reclamo o consulta será remitida al usuario en un plazo máximo de treinta (30) días de presentada la comunicación y/o formulario a LA COMPAÑÍA. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique. En este caso se informará al usuario, dentro del periodo indicado, las razones de la demora precisando el plazo estimado de respuesta

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta y/o formulario y la respuesta sea a favor del usuario se realizará un segundo envío, dejando la carta respuesta por debajo de la puerta, anotándose las características del domicilio. Si se tratase de una respuesta a favor de LA COMPAÑÍA y no se logrará ubicar al reclamante se procederá a la remisión por conducto notarial, dando por concluido en ambos casos el proceso del reclamo. En caso el usuario no se encuentre conforme con los fundamentos de la respuesta, puede acudir a la Defensoría del ASEGURADO, ubicada en Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9, San Isidro y/o al INDECOPI, ubicada Calle de la Prosa 104, San Borja. Para cualquier consulta respecto a su reclamo, puede comunicarse con la Central de Atención al Cliente al teléfono 213-3333 (en Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia) o dirigirse a las plataformas de Atención al Cliente de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias. La relación completa de oficinas de LA COMPAÑÍA se encuentra disponible en la Página Web o a través de la Central de Atención al cliente.

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
Departamento de Atención al Ciudadano
Lima: Av. Dos de Mayo N° 1475 - San Isidro
Teléfonos: 0800-10840 | (511) 200-1930
www.sbs.gob.pe
- INDECOPI
Calle de la Prosa 104, San Borja
Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias)
www.indecopi.gob.pe
- Defensoría del Asegurado
Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9
San Isidro, Lima Perú
Telefax: 446 9158
www.defaseg.com.pe

TERRITORIALIDAD: Las coberturas aplican dentro y fuera del territorio Nacional

OFERTA A TRAVES DE COMERCIALIZADORES:

El presente seguro podrá ser comercializado por cualquiera de los canales de comercialización permitidos en las normas vigentes.

En el caso de oferta de seguros a través de comercializadores, siempre que el marco regulatorio lo permita, será de aplicación lo siguiente:

- LA COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero y sus normas modificatorias. Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA.
- Los pagos efectuados por EL CONTRATANTE del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.

IMPORTANTE: La información contenida en esta Solicitud - Certificado tiene título informativo. EL ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por EL ASEGURADO, sin perjuicio de pago que corresponde efectuar por dicho servicio adicional.

DECLARACIÓN DE BUENA SALUD:

Al firmar la Solicitud-Certificado, el Asegurado declara NO padecer, NO haber padecido, NO haber sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes Enfermedades: Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal, Derrame Cerebral, Enfermedad psiquiátrica, Esclerosis Múltiple, Lupus, Enfermedad Renal, Tuberculosis, Enfermedad Inmunológica, SIDA, Alzheimer, Hepatitis, Cirrosis, Enfermedades cardiológicas, Infarto al Miocardio, Enfermedad cerebral, Parálisis y/o Hipertensión Arterial. Asimismo, declara NO padecer ni haber padecido de alcoholismo o adicción a las drogas. Mediante la suscripción de la presente Solicitud-Certificado, el Asegurado autoriza a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES*: De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, autoriza de forma expresa a Mapfre Perú Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante LA COMPAÑÍA, el tratamiento 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. El Archivo de la información se encuentra bajo la supervisión y control de LA COMPAÑÍA, 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.

**Sujeto a la firma del asegurado en la primera página del presente documento.*



DIRECTOR DE UNIDAD DE VIDA Y DECESOS
MAPFRE PERÚ VIDA