

**Solicitud de Seguro N°**

**Seguro de Desgravamen FOVIMFAP**

**N° de Póliza Grupo 6110057 - Código SBS: VI2047410006/ VI2047420007**

**DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR**

Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno			
Tipo de Doc.	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CEX <input type="checkbox"/> CIP	N° Doc.	Fecha de Nac.	/	/	Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Estado Civil			Ocupación				
Dirección							
Distrito		Provincia		Departamento			
Referencia		Residencia		Nacionalidad			
Telf. Fijo		Telf. Celular		Correo Electrónico			

**DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL (SOLO SI FUESE MANCOMUNADO)**

Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno			
Tipo de Doc.	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CEX <input type="checkbox"/> CIP	N° Doc.	Fecha de Nac.	/	/	Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Estado Civil			Ocupación				
Dirección							
Distrito		Provincia		Departamento			
Referencia		Residencia		Nacionalidad			
Telf. Fijo		Telf. Celular		Correo Electrónico			

**DATOS DEL PRÉSTAMO**

Moneda	<input type="checkbox"/> Soles <input type="checkbox"/> Dólares	Importe del Préstamo	Tipo de Préstamo		
Plazo del Préstamo	<input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años	Tipo de Seguro	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge	

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD**

Asegurado	Titular	Cónyuge
1. ¿Ha requerido o le han recomendado o se ha sometido a hospitalización para tratamiento quirúrgico o médico? (no considerar apendicitis, amigdalitis, hernias).	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha requerido atención médica de presión arterial, diabetes, problemas circulatorios, cardiacos, neurológicos, epilepsia, renales, parálisis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, enfermedades pulmonares, hepatitis, sida o enfermedad venérea?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <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?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <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?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Fuma: ¿Cuántos cigarrillos al día? ( ) - Indicar cantidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Solo para personas del sexo femenino: ¿Esta Ud. Embarazada?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. Peso y estatura	P: <input type="text"/> T: <input type="text"/>	P: <input type="text"/> T: <input type="text"/>

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sirvase 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 y aceptación de las condiciones indicadas en la Solicitud. Asimismo, declaramos que hemos tomado pleno conocimiento del seguro solicitado el cual se encuentra a disposición para cualquier revisión en las oficinas de FOVIMFAP.

/ /  
Fecha de Solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge

## DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

1. Declaramos que la información suministrada y contenida en la presente declaración es verídica reconociendo 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 del Contrato de Seguro 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. Declaramos haber sido debidamente informados sobre las condiciones del seguro, haber recibido la solicitud y el certificado de la póliza habiendo tomado pleno conocimiento de sus contenidos. Asimismo, declaramos conocer que la póliza emitida por La Compañía, está disponible en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución:([www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)).
3. Para montos de créditos que superen lo establecido en las Condiciones Especiales aplicará la tabla de DPS y exámenes médicos el cual prevalecerá sobre la Declaración Privada de Salud.
4. Solicitamos y autorizamos a La Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual. En caso no haya señalado en la Solicitud y/o Certificado una dirección electrónica, la referida comunicación deberá realizarse a mi dirección física, por escrito. Asimismo, nos comprometemos 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 enviadas a la última dirección electrónica o física informada. Todas las comunicaciones entre las partes relacionadas al presente seguro deberán ser puestas en conocimiento de la Alfin Banco, 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. De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe la presente solicitud autoriza de forma expresa a Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., en adelante 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.  
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.
7. MAPFRE PERÚ CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS es responsable frente al contratante y/o de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones que incurra FOVIMFAP con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.