



## 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.

**Certificado de Seguro N°**  
**Seguro de Desgravamen FOVIMFAP - N° de Póliza Grupo 6110057**  
**Código SBS: VI2047410006/ VI2047420007 - Adecuado a la ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**

**DATOS DEL CONTRATANTE**

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	

Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros(en adelante la Compañía) con Ruc 20418896915 y domicilio en Av. Armendariz 345, Miraflores, Lima, deja constancia que la(s) persona(s) indicada(s) en este certificado se encuentra(n) amparada(s) por la póliza de Desgravamen Soles N°6110057 emitidas a favor de los clientes titulares de créditos vigentes (Asegurados) de FOVIMFAP identificada con RUC 20492072479 y domicilio en Av. Esteban Camere Urb. San Roque 591 Santiago de Surco - Lima - Perú, en adelante El Contratante, para los riesgos materia del seguro hasta el límite de la suma asegurada, siempre que proceda la cobertura de seguro y la póliza se encuentre vigente a la fecha de producirse un eventual siniestro. Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Contratante, para aspectos relacionados con el contrato de seguros tendrán el mismo efecto como si hubieran sido presentadas a La Compañía. Los pagos efectuados por el Asegurado a El Contratante, se consideran abonados a La Compañía.

**PRIMA MENSUAL**

Edades	Tasa Titular	Tasa Mancomunada
Hasta los 79 años y 365 días	0.189 %o (por mil)	0.378 %o (por mil)
edades superiores a los 80 años de edad dentro de la permanencia	0.582%o (por mil)	1.126%o (por mil)

**DESCRIPCIÓN DE CARGOS**

	%	
Cargos por la intermediación de corredores de seguros, bancaseguros u otro comercializador	17 % (INC. IGTV)	N° Reg. SBS

**ASEGURADOS**

Podrán asegurarse todos los clientes que gocen de buena salud, que se encuentren desempeñando normalmente sus actividades, cumplan con los requisitos de afiliación y que mantengan operaciones activas con FONDO DE VIVIENDA MILITAR FAP.

**BENEFICIARIOS**

El beneficiario de la cobertura del presente seguro es FOVIMFAP. De determinarse la procedencia de la cobertura de muerte o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado, La Compañía pagará a FOVIMFAP, la suma asegurada que corresponda en un solo acto.

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en la hoja 1 y hoja 2, y sus reversos. Asimismo declaramos que hemos tomado pleno conocimiento de las condiciones del seguro solicitud, la cual se encuentra a disposición para cualquier revisión en las oficinas FOVIMFAP.

/ /  
Fecha de Solicitud

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge

## CONDICIONES DE AFILIACIÓN DE LA COBERTURA PRINCIPAL Y SUS ADICIONALES

Edad Mínima de Ingreso	18 años de edad cumplidos
Edad Máxima de Ingreso	69 años y 365 días (inclusive)
Edad máxima de Permanencia	83 años y 365 días (inclusive)

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, aún cuando dicha inexactitud se descubra después del fallecimiento o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado.

## 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 final a la fecha 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 intereses ni moras ni otros gastos, hasta el límite asegurado de la póliza.

## 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 exámen médico para su evaluación, autorizamos a La Compañía y/o clínica y/o centro médico y/u Hospital, a entregar copia de los resultados obtenidos a La Compañía en caso sean requeridos por ésta.
3. 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, declarado 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)).
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 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 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 FOVIMFAP, en su calidad de beneficiario y comercializador del seguro.
5. 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.

## VIGENCIA DE LA COBERTURA

**Inicio de Vigencia:** La vigencia de la cobertura al amparo del presente seguro, se inicia desde que el contratante efectúe el desembolso del crédito a favor del Asegurado, teniendo en cuenta la fecha y hora del desembolso o aprobación del préstamo, previa autorización por parte de La Compañía en caso el asegurado haya requerido presentar una Declaración Personal de Salud (DPS) o se haya sometido a exámenes médicos.

**Fin de Vigencia:** Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras ocurran las siguientes circunstancias: (i) se encuentre en vigencia el crédito; (ii) el Asegurado no supere los 83 años y 365 días; (iii) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

## EXÁMENES MÉDICOS

El titular y su cónyuge (de acuerdo a la opción de seguro elegida) deben contemplar la Declaración Personal de Salud (DPS) en la Solicitud de Seguro y someterse a los exámenes y evaluación médica que corresponde de acuerdo a las condiciones de la póliza. Los exámenes médicos serán coordinados por MAPFRE con los Centros Médicos afiliados, de acuerdo a las tablas de exámenes médicos establecidos en la póliza, sin costo para el cliente.

## PRIMA Y FORMA DE PAGO

Monto de la prima mensual: se aplicará una tasa mensual al saldo del capital. Las tasas se encuentran detalladas en el tarifario vigente de FOVIMFAP. 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 FOVIMFAP se consideran abonados a La Compañía. El presente seguro no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares.

## PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso ocurriera el fallecimiento, el inicio de la Invalidez Total Permanente y Definitiva del Asegurado o Desamparo Súbito, Fovimr deberá cursar carta a La Compañía denunciando el siniestro, indicando nombre del asegurado, DNI y monto adecuado del saldo insoluto al momento del fallecimiento o invalidez, asimismo los datos del solicitante (Nombre completo, dirección y teléfonos). Las pruebas del fallecimiento, invalidez total permanente y definitiva o Desamparo súbito, que contengan datos exactos sobre la causa del siniestro del Asegurado, originales o copias notarialmente legalizadas, deberán ser presentadas en cualquiera de nuestras agencias a nivel nacional. La Compañía pagará la indemnización que corresponda en un plazo máximo de 30 días de recibida la documentación completa para la liquidación del siniestro, considerando el saldo insoluto que adeudase al momento de su fallecimiento o a la fecha del Dictamen de Invalidez Total Permanente y Definitiva, sin considerar intereses, ni moras, gastos o cualquier otro concepto cobrado por el contratante.

Nº

**RIESGOS CUBIERTOS Y LIMITES ASEGURADOS**

COBERTURAS	DEFINICIONES	LIMITE ASEGURADO
<b>MUERTE NATURAL</b>	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales.	Hasta S/ 800,000.00 o su equivalente en moneda extranjera
<b>MUERTE ACCIDENTAL</b>	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas accidentales.	Hasta S/ 800,000.00 o su equivalente en moneda extranjera
<b>INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE Y DEFINITIVA POR ENFERMEDAD</b>	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/ 800,000.00 o su equivalente en moneda extranjera
<b>INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE Y DEFINITIVA POR ACCIDENTE</b>	Para los efectos de esta cobertura, 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, siempre y cuando se determine una discapacidad superior o igual a los 2/3 de su capacidad de trabajo, reconocida por La Compañía según el Dictamen de Evaluación y Calificación de Invalidez Total Permanente y Definitiva.	Hasta S/ 800,000.00 o su equivalente en moneda extranjera

**EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS**

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

- a) Enfermedad preexistente, entendiéndose como tal aquella enfermedad o dolencias preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no
- b) Resuelta en el momento previo a la solicitud del seguro o a la presentación de la declaración personal de salud, en caso que se haya firma dicho documento.
- c) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- d) Suicidio, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años.
- e) Guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- f) Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país, así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.
- g) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- h) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- i) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o en carreras de entrenamiento.
- j) Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- k) Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos; parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales (montañas o artificiales), práctica de "surf" y puenting.
- l) Cuando el siniestro del Asegurado se produzca a consecuencia de encontrarse en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. A estos efectos se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5 gr/lt de alcohol en la sangre, según dosaje etílico y si dicho estado guarda relación directa con el siniestro.

**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.
- \*Por nulidad de la póliza.
- \*Con respecto a cada asegurado, al cumplir éste la edad máxima estipulada.
- \*Por falta de pagos de Primas
- \*Contar con 90 días de primas impagas.

## DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

**Muerte Natural o Muerte Accidental:** Copia simple DNI del asegurado, Copia de Certificado de Defunción, donde se indique la causa de fallecimiento. Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada, Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso. Certificado de Desgravamen y Copia de solicitud /DPS, Ampliación Médica o Historia Clínica, de ser necesaria. Copia del Certificado de Defunción y/o Certificado de Necropsia (incluye protocolo de autopsia), Copia del Atestado o Informe Policial, Resultado de exámenes (Químico Toxicológico, Dosaje Etilico, Anátomo Patológico, etc.) de haberse realizado.

**Invalidez Total, Permanente y Definitiva por Accidente y/o Enfermedad:** Copia simple DNI del asegurado, Dictamen médico expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD, Ministerio de Salud o Instituto Nacional de Rehabilitación, Copia del Atestado o Informe Policial (por accidente), Resultado de exámenes practicados (Químico Toxicológico, Dosaje Etilico, Anátomo Patológico, etc.) (por muerte accidental), Ampliación Médica o Historia Clínica, de ser necesaria (por enfermedad), Certificado de Desgravamen y Copia de solicitud /DPS Reporte del saldo insoluto, indicando fecha de apertura y desembolso.

## PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS:

Los usuarios, entendiéndose estos 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:

**Se deberá presentar:** Carta dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERU, con indicación clara y precisa de su nombre completo, datos e identificación, domicilio, número de póliza, nombre del producto y una breve explicación del hecho reclamado.

La respuesta al reclamo, será emitida al usuario en un plazo máximo de 15 días hábiles de presentada la carta de 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.

**En caso de siniestro:** En caso de disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, usted acudir a las vías de solución de controversias como son la Defensoría del Asegurado ([www.defaseg.com.pe](http://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](http://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 al responsable de Calidad en la Av. Armendariz 345, Miraflores, Lima, teléfono 213-3333 o ingresar a su pagina web [www.mapfre.com.pe](http://www.mapfre.com.pe).

## MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de 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 y/o el ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a 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 el ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia o reclamo según corresponda, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

## DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

La Defensoría del Asegurado, opera en: Calle Amador Merino Reyna 307, San Isidro, Lima, Perú, teléfono (01) 421-0614 [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

La Compañía entregará la póliza, a la 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.**

**IMPORTANTE:** La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de las pólizas grupo N°6110057, que obra 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.**



MAPFRE PERU COMPAÑÍA DE  
SEGUROS Y REASEGUROS