

Condiciones Particulares del Seguro De Protección Grupal (Daños + Vida)

Compartamos

Financiera

DATOS DE LA PÓLIZA			
APLICABLE AL SEGURO DE DAÑO			
Código SBS Seguro de Incendio: RG0740100034		Póliza Grupo: 28051	
APLICABLE AL SEGURO DE VIDA			
Condicionado no incorporado en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas, por haber sido, sus condiciones, materia de negociación integral entre las partes. Póliza Grupo: 6160054/6160063			
DATOS DEL COMERCIALIZADOR / CONTRATANTE			
Denominación Social:	COMPARTAMOS FINANCIERA S.A.	RUC:	20369155360
Dirección:	Av. Paseo de la república Nro. 5895 Int. 1301		
Distrito:	Miraflores	Provincia:	Lima
		Departamento:	Lima
Tel. Fijo:	(01) 619 4160	Página Web:	www.compartamos.com.pe
CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE DAÑOS			
VIGENCIA DEL SEGURO			
Inicio	Fecha de la firma de la solicitud – certificado		
Fin	12.00 horas del último día de vigencia o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad, por un plazo máximo de 72 meses desde el inicio de vigencia del seguro		
PRIMA COMERCIAL MENSUAL			
	PLAN	PRIMA SIN IGV	PRIMA INC. IGV
	Prima Grupal Plus	S/ 0.85	S/ 1.00
DESCRIPCIÓN DEL SEGURO DE DAÑOS			
MATERIA DEL SEGURO	Contenido en general, incluyendo muebles, útiles, enseres, mercadería, máquinas y equipos que los clientes de Compartamos Financiera declaran poseer y que están contenidas dentro de una casa-habitación, un local comercial o industrial indicado en la Declaración Jurada.		
DESCRIPCIÓN DEL SEGURO DE DAÑOS			
COBERTURA BASICA		PLAN GRUPAL PLUS	
Todo Riesgo de Incendio Incluye riesgos de la naturaleza tales como lluvia, inundación, tsunami, terremoto y maremoto.		Hasta el 100% de los valores de reposición de los bienes asegurados declarados por el cliente. <ul style="list-style-type: none"> • Sin exceder los S/ 3,000.(Límite agregado anual) 	
SUBLÍMITES		PLAN GRUPAL PLUS	
Huelga, Motín, Conmoción Civil, Daño Malicioso, Vandalismo y/o Terrorismo		Hasta el 100% de los valores de reposición de los bienes asegurados declarados por el cliente. <ul style="list-style-type: none"> • Sin exceder los S/ 3,000. (Límite agregado anual) 	
CLÁUSULAS Y CONDICIONES			
<ul style="list-style-type: none"> • Clausulas Generales de Contratación https://www.mapfre.com.pe/media/condicionado-producto-multiriesgo-pymes.pdf • Condicionado General de Incendio y/o Rayo Todo Riesgo • Cláusula de Huelga, Motín, Conmoción Civil, Daño Malicioso, Vandalismo y/o Terrorismo. https://www.mapfre.com.pe/media/condicionado-general-incendio-rayo.pdf (correspondiente al punto 2 y 3) 			
DEDUCIBLES			
Todo Riesgo de Incendio Incluye riesgos de la naturaleza tales como lluvia, inundación, tsunami, terremoto y maremoto.		10% del monto indemnizable	
Huelga, Motín, Conmoción Civil, Daño Malicioso, Vandalismo y/o Terrorismo		10% del monto indemnizable	
Para negocios cuya actividad sea y/o esté relacionada con Velas y varsol (depósitos, fábricas y/o venta/comercialización)		20% del monto indemnizable	
Los deducibles se aplicarán también al equivalente en Dólares Americanos al tipo de cambio del momento del siniestro.			
AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO DEL SEGURO DE DAÑOS			
Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado. a través de los Medios de atención al Cliente especificados en este documento.			

EXCLUSIONES

BIENES EXCLUIDOS

1. Las mercancías que el Asegurado conserve bajo contrato de depósito o en comisión o en consignación.
2. Alhajas, pieles, cuadros, pinturas, estatuas, frescos, dibujos, las colecciones y en general los muebles y/u objetos que tengan especial valor artístico, científico o histórico.
Explosivos, fuegos artificiales o bienes que los contengan.
4. Langostineras, animales vivos, desmotadoras, combustibles derivados del petróleo.
5. Automóviles y maquinarias que se transporten por sus propios medios.
6. Productos agrícolas.
7. Maquinarias y Equipos médicos.
8. Equipos móviles, equipos de contratista.
9. Embarcaciones de cualquier tipo.

RIESGOS EXCLUIDOS

Los siguientes giros de negocio quedan excluidos del programa, en caso la financiera requiera cubrir riesgos que pertenezcan a alguno de los giros indicados a continuación, deberá solicitarlo a Mapfre Perú a fin de determinar las condiciones de aceptación de ser el caso.

En caso la financiera incluya dentro de las declaraciones algún riesgo que pertenezca a alguno de los giros indicados a continuación, Mapfre Perú no será responsable en caso de siniestro.

- Pinturas y/o tintes al agua (no combustibles): venta, almacenaje o fabricación Minas.
- Desmontadoras, almacenes o depósitos de pacas o de algodón e rama.
- Colchones, cojines, almohadas y similares, fábrica y/o depósitos.
- Espuma sintética (poliuretano). Fábrica, depósito, venta de espuma sintética
- Industrias de petróleo, Petroquímicos, Gaseoductos, Oleoductos y/o Derivados del Petróleo.
- Fábricas, depósitos o tiendas de explosivos, pólvora y mechas.
- Pirotecnia, luces de bengala, depósitos de fulminantes, detonantes, municiones y/o Fuegos artificiales o bienes que lo contengan.
- Sustancias peligrosas, inflamables, explosivas y/o fulminante, combustibles o comburentes, tales como: Pinturas, Lacas, Barnices, Nitratos, Ácidos, Alcoholes, Mercurio, Cianuro, Thinner, Carbón, Negro de Humo, Asbesto y similares.
En el caso de asbesto, solo se excluyen riesgos relacionados a su producción y/o comercialización.

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los daños ocurridos como consecuencia directa o indirecta de:

- Hurto.
- Desaparición Misteriosa.
- Desgaste o deterioro paulatino, como consecuencia del uso o funcionamiento normal, erosión, corrosión, oxidación, cavitación, herrumbre o incrustaciones.
- Fraude o infidelidad.
- Hundimientos, desplazamientos, agrietamientos y asentamientos de muros, pisos, techos, pavimentos o cimientos, que ocurran como consecuencia de vicio propio del suelo de errores de construcción.
- Colapso
- Pagos ex gratia.
- Daños Punitivos.
- Cualquier cobertura de Responsabilidad Civil.
- Daños preexistentes.
- Bienes en proceso de construcción.
- Bienes propiedad de empleados y/o funcionarios y/o inquilinos y/o huéspedes del asegurado.
- Contenidos propiedad de los inquilinos del asegurado.

Exclusiones para Todo Riesgo:

1. Pérdidas o daños o destrucción que, en su origen o extensión, sean causados directa o indirectamente por, o surjan o resulten o sean consecuencia de:
 - Guerra, conflictos armados, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra, sea que la guerra haya sido declarada o no; guerra civil, asonada, sublevación, insurgencia, insubordinación, levantamiento popular, levantamiento militar, insurrección, rebelión, sedición, revolución, conspiración, golpe de Estado, poder militar o usurpación del poder; o cualquier evento o causa que determine la proclamación o el mantenimiento de estado de sitio; destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, excepto cuando dicha orden se haya dado con la finalidad de evitar la propagación de un incendio u otro riesgo cubierto por la Póliza; confiscación, requisa, expropiación, o nacionalización.
 - Actos de naturaleza fraudulenta o dolosa, o acto intencional, o negligencia inexcusable, del ASEGURADO o CONTRATANTE o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, o de los familiares de cualquiera de ellos hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, o de los accionistas o directores del ASEGURADO.
 - Material para armas nucleares o material nuclear; reacción nuclear o radiación nuclear o contaminación radioactiva o la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por la radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier residuo o desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible nuclear.

2. Pérdidas o daños o destrucción que sean causados directamente por:
- Polilla, lombriz, termita, o cualesquiera otros insectos; alimañas, bichos o roedores; hongos, moho húmedo o seco, o putrefacción; combustión espontánea, fermentación, vicio propio, defecto latente; desgaste o deterioro paulatino o fatiga de material, causado por, o resultante de, el uso y funcionamiento del bien; deterioro gradual, humedad; corrosión, erosión, cavitación, incrustaciones, herrumbre u oxidación; polución, contaminación; deficiencias de rendimiento o capacidad; humedad o sequedad o cambios de temperatura, causados por condiciones climáticas o meteorológicas o de estado del tiempo; asentamiento normal, o contracción o expansión de edificios o cimientos; la calefacción o la desecación a que hubieran sido sometidos los bienes asegurados.
 - El proceso de fabricación, elaboración, renovación, reparación, manufactura, o por mano de obra defectuosa.
 - La paralización de cámaras o aparatos de refrigeración, cualquiera fuera la causa de la paralización.
 - La suspensión de suministro eléctrico, de gas, de combustibles, o agua, o del servicio de telefonía o telecomunicaciones; cualquiera fuera la causa de la suspensión.
 - Cálculo o diseño erróneo o defectuoso, o como consecuencia de planos o especificaciones erróneas o defectuosas, o de fundición o fabricación defectuosa o incorrecta, o por uso de materiales defectuosos o mano de obra defectuosa.
 - La aplicación de estas exclusiones está limitada a las pérdidas o destrucción de, o los daños en, aquella parte de los bienes directamente afectados por cualquiera de estas causas excluidas, y no se extiende a excluir la pérdida física o destrucción o daños subsecuentes en otros bienes que formen parte de la Materia Asegurada, siempre que las pérdidas o daños subsecuentes no estén de otro modo excluidos por la Póliza.

3. Pérdidas o daños o destrucción que sean causados directamente por:
- Rotura o avería o falla o colapso o desacoplamiento de cualquier máquina, sea ésta mecánica o eléctrica o electrónica, o de cualquier equipo.
 - Explosión, implosión o desplome de cualquier caldero, economizador u otro aparato que funcione bajo presión interna fluida o de vapor.
 - Energía o corriente eléctrica generada artificialmente.

No obstante, estas exclusiones son aplicables sólo a los bienes en donde se origine o produzca, la rotura o avería o falla o colapso o desacoplamiento, o explosión, implosión o desplome, o el daño por energía o corriente eléctrica.

4. Mermas, encogimiento, evaporación, disminución de peso, derrame; rotura de cristales u otros artículos frágiles; rasgadura; exposición a la luz o cambio de color, de textura, acabado o sabor; corrosión, o contaminación; a menos que sean consecuencia directa de un riesgo cubierto y que no esté de otro modo excluido por esta Póliza.

5. Pérdidas o destrucción o daños en bienes que se encuentren a la intemperie, causados directamente por las condiciones climáticas o meteorológicas o de estado del tiempo o por perturbaciones atmosféricas.

6. Robo o apropiación o apoderamiento de los bienes que forman parte de la Materia Asegurada, así ocurra antes o durante o después de un Siniestro cubierto por la Póliza. Para efectos de esta exclusión, el término robo comprende cualquier modalidad de robo, así como asalto, hurto, fractura o descerraje, introducción furtiva, o escalamiento.

7. Pérdidas o destrucción o daños por colisión, vuelco o despeño sufrido por cualquier vehículo, o por cualquier equipo o maquinaria móvil, en general.

8. Pérdida o destrucción o daño por cualquier causa, ocurrido mientras el edificio asegurado, o que contiene la Materia Asegurada, se encuentre desocupado o deshabitado por más de treinta (30) días consecutivos.

9. Las pérdidas por interrupción de la explotación comercial o industrial; por falta de alquiler o uso; por suspensión o cesación del negocio; por incumplimiento o resolución de contratos; por demora, multas, penalidades; por pérdida de mercado y/o Lucro Cesante; y, en general, por cualquier daño o pérdida indirecta o consecuencial.

10. El gasto o costo de reparación del desperfecto que originó la pérdida o daño o destrucción cubierta por esta Póliza.

11. El valor atribuido a los bienes por razones sentimentales, por afición, antigüedad u otro motivo similar.

12. Los gastos para la aceleración de la reconstrucción, reposición a nuevo, remediación, reparación o restauración.

13. Los gastos o costos de cualquier reparación provisional, a menos que constituyan, a la vez, parte de los gastos de la reparación definitiva amparada por la Póliza.

14. Todo gasto o costo incurrido para implementar modificaciones o mejoras, o por mantenimiento, o para hacer otras reparaciones o arreglos, en los bienes dañados o afectados.

15. Pérdidas o destrucción o daños en terrenos, tierras, o suelos, cultivos, plantaciones o cosechas; madera en pie; árboles, arbustos, plantas y prados.

16. Embarcaciones, equipos flotantes o submarinos, aeronaves o artefactos aéreos, de cualquier tipo.

17. Vehículos de transporte terrestre.

18. Salvo convenio especial, el mismo que deberá constar en las Condiciones Particulares de la presente Póliza con indicación expresa de su respectiva Suma Asegurada, los siguientes bienes están excluidos de la cobertura otorgada por la presente Póliza:

- Dinero (monedas y billetes), bonos, papeletas de empeño, acciones u otros valores, títulos, libretas de ahorro, cheques, letras de cambio, letras hipotecarias, pagarés y otros títulos valores.
- Relojes de uso personal, perlas, piedras preciosas (sueltas o engastadas), metales preciosos (en forma de joyas, monedas, lingotes, medallas u otros objetos de comercialización), platería, pieles, cuadros, pinturas, esculturas, dibujos; las obras de arte, muebles u objetos que tengan especial valor artístico, científico o histórico.
- Bibliotecas, así como colecciones de cualquier tipo
- Libros y registros contables y/o estadísticos y/o de cualquier naturaleza; manuscritos, planos, dibujos, croquis, modelos, moldes, patrones, sellos y otros objetos similares; software y licencias; fórmulas de cualquier tipo; chips y, en general, cualquier medio físico, magnético, o digital que contenga o almacene o administre información.
- Explosivos y material para explosivos de cualquier tipo, así como material pirotécnico, mechas, fulminantes,

detonadores y similares.

- Bienes situados o instalados u operando o trabajando o siendo usados, en el, o a las orillas del, mar, río, lago o laguna.
- Bienes situados o instalados u operando o trabajando o siendo usados, en subterráneos, o debajo del nivel de la superficie terrestre
- Carreteras, aceras, canales, diques, malecones, puentes, viaductos, túneles y subterráneos.
- Bienes en Tránsito y/o fuera del Lugar del Seguro.
- Animales vivos, de cualquier especie.

Exclusiones asociadas a la cláusula para cubrir pérdidas o daños materiales causados directamente por Huelga, Motín y Conmoción Civil y Cláusula para cubrir pérdidas o daños materiales causados directamente por Daños Malicioso, Vandalismo y Terrorismo:

A. El Producto otorgado bajo esta Cláusula no cubre:

1. Pérdidas o daños que resulten de la suspensión total o parcial del trabajo o del retraso o interrupción o suspensión de cualquier procedimiento u operación.
2. Pérdidas o daños ocasionados por el acto de y/o durante el período de desposeimiento permanente o temporal que resulte de la confiscación, requisa o incautación por cualquier autoridad legalmente constituida.
3. Pérdidas o daños ocasionados por el acto de y/o durante el período de desposeimiento permanente o temporal de cualquier edificio, como consecuencia de la ocupación ilegal de dicho edificio por parte de cualquier persona o personas.

Queda entendido, que los numerales 2 y 3 de la que anteceden, no eximen a la COMPAÑÍA de su responsabilidad con relación al ASEGURADO respecto a pérdidas o daños amparados por esta Cláusula, que ocurran antes del desposeimiento.

Exclusiones asociadas a la cláusula para cubrir pérdidas o daños materiales causados directamente por Huelga, Motín y Conmoción Civil

A. Este Producto no cubre pérdidas o daños que sean directa o indirectamente causados por, o se originen en concurrencia con, o sean resultantes de la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por la radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio radioactivo de dicho combustible.

B. El Producto bajo esta Cláusula no cubre pérdidas o daños de ninguna naturaleza que, directa o indirectamente sean consecuencia de, o sean provenientes de, u ocurran en conexión con cualquiera de los hechos siguientes:

1. Cualquier acto de persona que actúe en nombre de, o en relación con cualquier organización con actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno "de jure" o "de facto" o a influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.

Exclusiones asociadas a la cláusula para cubrir pérdidas o daños materiales causados directamente por Daños Malicioso, Vandalismo y Terrorismo:

A. El Producto otorgado bajo esta Cláusula no cubre:

2. El intento o la realización de un acto de Robo o Hurto, o que sean causados por cualquier persona que tome parte de tales actos, a menos que tales actos sean consecuencia directa de los riesgos específicamente amparados por esta Cláusula.

Exclusiones asociadas a la cláusula de Traslado Temporal:

A. Este Producto adicional no se extiende a cubrir:

1. Vehículos a motor y/o chasis, con excepción de los vehículos que se utilicen para trasladar la mercadería dentro de los depósitos y fábricas, tales como montacargas, elevadores y carretillas hidráulicas.
2. Objetos distintos a maquinarias.
3. Objetos asegurados bajo otras pólizas específicas, que tengan por alcance las coberturas de la presente Póliza.

CONDICION ESPECIAL

- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado. a través de los Medios de atención al Cliente especificados en este documento.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS

PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA:

En adición a las cargas y obligaciones señaladas en las Cláusulas Generales de Contratación, en caso de siniestro, el ASEGURADO deberá cumplir con las siguientes cargas y obligaciones:

- El ASEGURADO deberá hacer y consentir en hacer, así como permitir que se hagan y se adopten, todas las medidas que sean necesarias y razonablemente practicables para minimizar la gravedad e intensidad de las posibles consecuencias del siniestro, impedir su progreso, así como para salvar y conservar los bienes que conforman la Materia Asegurada.
- El incumplimiento del ASEGURADO de esta obligación, dará lugar a la pérdida de los derechos de indemnización hasta por el importe del perjuicio causado a los intereses de la COMPAÑÍA por dicho incumplimiento.
- No remover, ni ordenar o permitir la remoción de, los escombros dejados por el siniestro, sin autorización escrita de LA COMPAÑÍA. En caso de incumplimiento, se perderá el derecho a ser indemnizado si la remoción de esos escombros impide o dificulta la identificación y/o determinación y/o cuantificación del siniestro, y/o si dificulta o impide la investigación o determinación de la causa del siniestro.

- El deliberado ocultamiento de la existencia de los otros seguros o pólizas que amparen al ASEGURADO contra los daños que son materia de la reclamación bajo esta Póliza, constituirá Reclamación Fraudulenta y, por tanto, se perderá todo derecho de indemnización conforme con lo estipulado por el numeral 10.12.1 del Artículo 10° de las Cláusulas Generales de Contratación.

En concordancia con lo estipulado en las Cláusulas Generales de Contratación, el ASEGURADO deberá proporcionar:

- Certificado de Seguro
- Una reclamación formal dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha del Descubrimiento o daño o pérdida, o en cualquier otro plazo que la COMPAÑÍA le hubiere concedido por escrito. Dicha reclamación formal deberá constar de:
 - Informe de ocurrencia, redactado por el Asegurado o su representante, describiendo las circunstancias en que fue descubierto el siniestro y las acciones realizadas inmediatamente después de haberse descubierto el mismo.
 - Declaración Jurada de bienes.
 - Copia del DNI del Asegurado Titular.
 - Inventario detallado de los daños y/o pérdidas sufridas en el siniestro (Fotos), describiendo las principales características de los bienes, el año de adquisición y cualquier otro dato de importancia que nos permita una correcta y clara evaluación del bien afectado.
 - Documentos de Preexistencia de los bienes afectados (Facturas de adquisición, boletas, entre otros) Ningún siniestro podrá ser consentido por la COMPAÑÍA, si es que el ASEGURADO no cumple con estas obligaciones
 - Cotizaciones de reposición de las mismas características a los bienes afectados y reclamados.

MEDIOS Y PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO:

El CONTRATANTE, el ASEGURADO, o el BENEFICIARIO deberán comunicarse tan pronto como se tenga conocimiento de la ocurrencia y dentro de un plazo no mayor de quince (15) días con nuestro servicio de Atención al Cliente SI24 Horas al teléfono 213-3333 (Lima) y 0801-1-1133 (Provincia).

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN DE SINIESTROS:

- **Plazo de atención de siniestros:**

Una vez que se complete la documentación mínima solicitada por la compañía de seguros; la Compañía cuenta con un plazo de cinco (5) días útiles para que emita su proyecto de liquidación bajo una atención directa sin evaluador.

En caso de que el siniestro sea revisado por un ajustador y EL ASEGURADO requiera de alguna consulta sobre esta atención, podrá comunicarse con LA FINANCIERA y/o Bróker y/o Compañía de Seguros.

En caso la compañía lo considere necesario asignará un ajustador para la evaluación del siniestro solicitando documentos e información adicional.

Para los casos que requieran un ajustador el plazo de respuesta final al ASEGURADO por parte de la Compañía es de 30 días útiles.

- **Plazo de pago de siniestros:**

Siniestro menor a S/3,000.00: Dos (2) días posterior a la emisión del proyecto de liquidación.

- **Plazo de denuncia de siniestros:**

Quince (15) días desde que ocurrió el siniestro.

IMPORTANTE

- El Asegurado cuenta con el derecho de arrepentimiento que lo faculta a resolver el contrato de seguro, sin expresión de causa, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que el tomador recibe la póliza o una nota de cobertura provisional. Si el ASEGURADO resuelve el contrato LA COMPAÑÍA le deberá devolver la prima recibida.

- Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el ASEGURADO y LA COMPAÑÍA podrán resolverla, sin expresión de causa. Si LA COMPAÑÍA ejerce la facultad de resolver el contrato, debe por medio fehaciente dar un preaviso no menor de treinta (30) días y reembolsar la prima por el plazo no corrido. Si el ASEGURADO optara por la resolución, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

- En caso transcurran noventa (90) días calendarios desde el vencimiento para el pago de la prima de seguro, y LA COMPAÑÍA no haya reclamado al CONTRATANTE el pago de la misma se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

- Durante la vigencia del contrato el asegurador 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 el contrato fue acordado.

- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

- Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar, copia de la póliza de seguro a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO, según resolución de la SBS N° 3199-2013.
- EL ASEGURADO declara conocer los alcances de las coberturas, exclusiones y limitaciones de este seguro, especificados en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza. Es de conocimiento del Asegurado que cualquier ocultamiento, omisión o falsedad en esta solicitud de seguro o declaración hacen nulo el contrato de seguro, no teniendo LA COMPAÑÍA ninguna responsabilidad.
- El deducible se aplicará a la pérdida de los bienes declarados en la declaración jurada que firmará el cliente al momento de la contratación del seguro.

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA

PRIMA COMERCIAL MENSUAL

Plan Grupal Básico S/ 8.50	Plan Grupal Plus S/ 11.90
-----------------------------------	----------------------------------

CONDICIONES DE AFILIACIÓN

- Es asegurable la persona natural cuya edad se encuentra entre:
- Clientes con un crédito Grupal: 18- 75 años y con edad máxima de permanencia 77 años
 - Mercado Abierto: 18-75 años y con edad máxima de permanencia a 80 años.

CONDICIONES ESPECIALES APLICABLE AL SEGURO DE VIDA

- En el caso de Indemnización Diaria por Hospitalización del ASEGURADO TITULAR: el beneficio máximo se podrá otorgar durante la vigencia de la Póliza de Seguro, la cual puede ser consumida en uno o varios eventos.
- **Para todas las coberturas se deja sin efecto la exclusión referente a las enfermedades preexistentes.**

Para efectos de esta póliza, se entiende "Médico" como persona que ejerce la medicina, titulado, colegiado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión en una institución legalmente autorizada. No se considera cuando el asegurado recibe atención médica a domicilio o se atiende con médicos particulares. Se entiende "institución hospitalaria" como Institución legalmente autorizada por el Ministerio de Salud correspondiente para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras certificados, las 24 horas del día.

Estas instituciones deben estar listadas por ESSALUD.
Sobre el pago de siniestros a los beneficiarios, se realizará por Telebanking o Ventanilla en Compartamos Financiera.

Si el beneficiario es menor de edad, la compañía de seguros solicitará la apertura de una cuenta de ahorros a nombre del menor en la entidad financiera elegida por el solicitante del pago de siniestros.

En las EXCLUSIONES APLICABLES A INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN se entiende como Curas de Reposo a aquellos enfermos que se encuentren bajo los efectos de relajantes ante alguna enfermedad o alteración nerviosa.

DEFINICIONES:

- MÉDICO: Persona que ejerce la medicina, titulado, colegiado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión en una institución legalmente autorizada para el ejercicio de su profesión en una institución legalmente autorizada. No se considera cuando el asegurado recibe atención médica a domicilio o se atiende con médicos particulares.
- DÍA DE ESTANCIA: Período de 48 horas continuas en las que el Asegurado se encuentra hospitalizado.
- INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Institución legalmente autorizada por el Ministerio de Salud correspondiente para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras certificados, las 24 horas del día. ACCIDENTE: Cualquier suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo e involuntario.
- ENFERMEDAD: Pérdida de salud. Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de causa en general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible. El embarazo, alumbramiento y sus complicaciones no se consideran accidentes ni enfermedades, no obstante, ello la presente Póliza Simplificada ampara dichos eventos
- ASEGURADO: Es la persona natural cuyo nombre aparece en la presente póliza simplificada.
Es asegurable la persona natural cuya edad se encuentra entre:
 - o Clientes con un crédito Grupal: 18- 75 años y renovación con edad máxima de permanencia 77 años
 - o Mercado Abierto: 18-75 años y renovación con edad máxima de permanencia a 80 años.
- BENEFICIARIO: La (s) persona (s) que designe el Asegurado Titular en la Póliza Simplificada; en caso de falta de estipulación serán los herederos legales de este.

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS:

Muerte Natural o Accidental:	Se pagará al beneficiario designado por el ASEGURADO TITULAR la suma asegurada contratada para esta cobertura indicada en la Póliza, siempre y cuando se encuentre vigente y con cobertura. Se cubren preexistencias.
-------------------------------------	---

Indemnización diaria por Hospitalización:	Cuando el ASEGURADO TITULAR se hospitalice a consecuencia de un accidente o de una enfermedad, se le pagará la renta diaria indicada en la Póliza, siempre y cuando la presente Póliza se encuentre vigente y con cobertura y el tiempo de hospitalización sea por lo menos de 48 horas continuas. Se entiende como diario al hecho que permanezca dos noches hospitalizada y se considera a partir del primer día. En caso la compañía lo requiera, se solicitará Historia Clínica siempre y cuando la hospitalización sea mayor a diez (10) días.				
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer (Plan Plus)	Se pagará al ASEGURADO si es que se ve afectado durante el período de vigencia de esta Póliza, y antes de cumplir la edad máxima de permanencia, por una enfermedad oncológica (cáncer), sustentado con el correspondiente informe anatomopatológico. Una vez realizado el pago de la indemnización por el primer diagnóstico de Cáncer, la cobertura quedará sin efecto alguno y a su vez esta cobertura solo puede utilizarse una vez durante la vida del asegurado. Para efectos de esta cobertura, se debe entender que el cáncer es una enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por una histología claramente definida				
Sepelio (Plan Plus)	Al fallecimiento del ASEGURADO, LA COMPAÑÍA otorgará la indemnización por gastos de Sepelio según el límite que se describe en la póliza, siempre que a la fecha de fallecimiento la póliza se encuentre con la cobertura habilitada.				
Indemnización por Hospitalización por cesárea o parto natural (Plan Plus)	Cuando el ASEGURADO TITULAR se hospitalice a consecuencia de un parto natural o por cesárea, se le pagará la suma asegurada de la cobertura indicada en la Póliza, siempre y cuando la presente Póliza se encuentre vigente y con cobertura.				
ASISTENCIAS		COBERTURAS		Máx. de eventos	
Teleconsultas en Medicina general, Ginecología, Urología, y Pediatría.		Al 100%		Sin límite	
Medicamentos genéricos en cadenas de farmacias afiliadas		Al 100%		2 eventos por el plazo del seguro	
Orientación telefónica las 24/7 Medicina y Pediatría		Al 100%		Sin límite	
(*) Las consultas las puede tomar la familia nuclear del titular de crédito (esposo o cónyuge e hijos)					
(**) Se anexa las condiciones de las asistencias					
PERIODO DE CARENCIA					
NO APLICA					
CARGOS INTERMEDIACIÓN					
Denominación Social:		Aterna Corredores de Seguros S.A		RUC: 20609728494	
Cargo de Agenciamiento: (Plan Básico)		Cinco punto veinte por ciento incluido IGV		Código SBS: J-0930	
Cargo de Agenciamiento: (Plan Plus)		Cuatro punto veinte por ciento incluido IGV			
CARGOS POR LA CONTRATACIÓN DE PROMOTORES DE SEGUROS					
NO APLICA					
VIGENCIA DEL SEGURO					
Inicio:		Fecha de la Firma de la Solicitud - Certificado			
Fin:		12.00 horas del último día de vigencia o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad, por un plazo máximo de 72 meses desde el inicio de vigencia del seguro			
FORMA DE PAGO					
Prima Única Adelantada					

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- El Asegurado manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria.
- El ASEGURADO manifiesta que la información suministrada y contenida en el certificado de seguro es verídica reconociendo que la misma constituye la base del contrato de seguro y que una declaración inexacta implica la nulidad de la póliza de acuerdo al Art. 376 del Código de Comercio y a la nueva Ley del Contrato de Seguro N° 29946.
- El ASEGURADO declara que de manera previa a la contratación del seguro:
 - Ha sido debidamente informado de todas las Condiciones generales, particulares y especiales, que hubiesen.
 - Ha recibido un Certificado que contiene las especificaciones de la póliza.
- El Asegurado declara conocer que el presente producto presenta obligaciones a su cargo, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- El Asegurado declara conocer que, dentro de la vigencia del contrato de seguro, se encuentra obligado a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
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.

EXCLUSIONES

APLICABLES PARA MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando sean a consecuencia de:

- Suicidio, auto mutilación o autolesión.
- Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, tumulto popular, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- Guerra, 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, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

APLICABLES A INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando sean a consecuencia de:

- Guerra y conmoción civil.
- Fisión o reacción nuclear, armas biológicas o químicas, o cualquier contaminación radioactiva.
- Curas de reposo.
- Tentativa de suicidio y/o heridas auto-infligidas.
- Aborto.
- Cirugía cosmética o plástica.
- Tratamientos de esterilización o fertilidad
- Maternidad incluyendo complicaciones del embarazo
- Hospitalización en un establecimiento que no llena los requisitos descritos de acuerdo al Ministerio de Salud y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión en Perú.
- Hospitalización para chequeos médicos de rutina u otros exámenes previos a los cuales no exista indicaciones de trastornos de salud.
- Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico-científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
- Cualquier hospitalización derivada de actividades fuera de la ley, incluyendo asalto, siempre y cuando el asegurado sea el causante del acto delictivo
- Cualquier hospitalización relacionada con el consumo de drogas, estupefacientes, estimulantes, barbitúricos, etc. Incluyendo alcohol, siempre y cuando el siniestro ocurra a causa del uso de estas sustancias.

APLICABLES A LA COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

- Cáncer de piel, tumores que sean considerado como pre-malignos y cualquier clase de cáncer no-invasivo (quedan cubiertos los melanomas malignos), queda excluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y/o cualquier síndrome o enfermedad similar.
- También queda excluido el sarcoma de Kaposi y otras relacionados con la infección o derivados del virus del VIH o SIDA.
- Cáncer In Situ

APLICABLES A LA COBERTURA DE SEPELIO:

La presente Póliza no cubre los siniestros ocurridos por cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- Reacción nuclear o contaminación radioactiva que no responda a tratamiento médico.
- Guerra civil o internacional (declarada o no) así como a consecuencia de participación directa en huelgas o vandalismo.
- Tumulto popular y/o terrorismo con características de catástrofe conforme las definiciones de la Póliza.
- El resultante de homicidio por un Beneficiario de esta Póliza o un integrante de la misma. Esta situación solo afectará a el/los Beneficiario/s causante/s.
- Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante, en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o actividades de alto riesgo, entendiéndose estas últimas como toda actividad que por su naturaleza o lugar donde se realiza implica la exposición o intensidad mayor a las normales presentes en la actividad rutinaria, las cuales puedan causar daños graves o incluso la muerte.
- El riesgo de aviación, salvo que el ASEGURADO esté viajando 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.
- Participación activa del ASEGURADO en apuestas, desafíos y riñas o en actos delictivos o que infrinjan leyes y/o reglamentos.
- Siniestros ocurridos cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas que no correspondan a un tratamiento médico. Aplica esta exclusión cuando el siniestro se produzca como consecuencia directa del estado de ebriedad o de la influencia de drogas por parte de EL ASEGURADO. Se considera estado de ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado superior a 1.0 gr/lit. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- Suicidio ocurrido durante los dos (02) primeros años de vigencia del seguro.

APLICABLES A LA COBERTURA HOSPITALIZACIÓN POR CESÁREA O PARTO NATURAL

- Aborto.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR COBERTURAS

COBERTURA	DOCUMENTOS A PRESENTAR
En caso de Fallecimiento	<ul style="list-style-type: none">• Formato de reclamación• Original o copia simple de Acta o Partida de defunción del ASEGURADO• Original o copia simple Certificado de defunción del ASEGURADO• Copia simple del DNI del ASEGURADO• Copia simple del Documento de identidad de los beneficiarios mayores de edad y/o partida de nacimiento de los beneficiarios menores de edad. <p>En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia simple de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.</p> <p>En caso de Muerte Accidental:</p> <ul style="list-style-type: none">• Original o copia simple del Atestado policial completo o diligencias fiscales• Original o copia simple del Protocolo de necropsia <p>Si el fallecimiento es por COVID y así está asentado en el acta ya no solicitar la prueba y/o documento adicional.</p>
Indemnización por Hospitalización	<ul style="list-style-type: none">• Original o copia simple de Factura o boleta de liquidación de la prestación y/o documento que acredite la hospitalización del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del ASEGURADO TITULAR hospitalizado, el periodo (fecha de ingreso y alta del paciente) y el motivo de la hospitalización (en caso de que sea ESSALUD no será necesario este requisito).• Original o copia simple de Certificado Médico con el o los diagnósticos(s) presentados.• Copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR. <p>En caso la compañía lo requiera, se solicitará Historia Clínica siempre y cuando la hospitalización sea mayor a diez (10) días.</p>

Indemnización por la cobertura adicional de Diagnóstico de Cáncer para el Asegurado Titular	<ul style="list-style-type: none"> • Informe original o copia simple de la Anatomía Patológica que sustente el diagnóstico de cáncer del asegurado titular. El Médico especialista que certifica dicho diagnóstico, debe estar registrado en Perú, sin que éste sea el mismo ASEGURADO y/o Beneficiario o algún familiar de éstos hasta el 4to grado de consanguinidad y 2do de afinidad. • Copia de DNI. • Carta de Reclamación
Sepelio	<ul style="list-style-type: none"> • Copia simple DNI del asegurado. • Original o Copia simple del Certificado Médico de Defunción, donde se indique la causa del fallecimiento. • Copia de la Solicitud-Certificado del Seguro de Vida. • Copia simple del DNI del solicitante del servicio. • Original o copia simple del Atestado Policial, Protocolo de Necropsia y resultado del examen toxicológico, en caso de muerte por accidente y en caso corresponda
Indemnización por Hospitalización por cesárea o parto natural	<ul style="list-style-type: none"> • Original o copia simple de Factura o boleta de liquidación de la prestación y/o documento que acredite la hospitalización del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del ASEGURADO TITULAR hospitalizado, y el motivo de la hospitalización (en caso de que sea ESSALUD no será necesario este requisito). • Certificado Médico con el o los diagnósticos presentado. • Copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir al ASEGURADO TITULAR o los Beneficiarios cualquier documento o información adicional en original o copia simple, en caso las circunstancias específicas así lo ameriten.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La obligación de La COMPAÑÍA se extingue, en caso la Póliza se resolviera por lo siguiente:

1. La Resolución: Extingue todos los derechos y obligaciones de la Póliza y se presenta en el siguiente caso:
 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE; para lo cual, El CONTRATANTE deberá presentar una comunicación ante LA COMPAÑÍA, con una anticipación no menor a 30 días. En este caso la resolución procederá a partir de las 00:00 horas del día útil siguiente al vencimiento del plazo de 30 días de preaviso.
 La comunicación del CONTRATANTE deberá ser realizada utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro. La resolución del contrato por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la Póliza y no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos anteriores en los que la Póliza estuvo vigente. En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad a EL CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque en el plazo de 30 días contados desde la recepción de la comunicación de EL CONTRATANTE.
2. La Nulidad: Son causales de nulidad:
 - a. La muerte del ASEGURADO antes del inicio de vigencia del seguro.
 - b. La reticencia y/o declaración inexacta; se entiende por reticencia o declaración inexacta a la omisión o falsedad en las declaraciones del CONTRATANTE / ASEGURADO – si media dolo o culpa inexcusable – respecto de circunstancias por él conocida que hubiese impedido el contrato o modificado las condiciones del contrato si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. Media dolo cuando existe una declaración inexacta o reticente sobre aquellas circunstancias conocidas por el CONTRATANTE ASEGURADO que fueron materia de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios. La declaración inexacta de la edad de algún integrante de la PÓLIZA, si es que la verdadera edad excedía a la permitida para ingresar a la Póliza.

MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

La Compañía podrá modificar la prima, cobertura, moneda y demás condiciones de la Póliza, durante su vigencia, en caso lo considere necesario, previa aceptación por escrito del Contratante. La Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones efectuadas, sin perjuicio de comunicar a los Asegurados dichos cambios a través de cualquier medio indirecto indicando en las Condiciones Generales de la póliza. El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria. Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros efectuada fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguro o de un promotor de seguro, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, EL CONTRATANTE tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

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, ASEGURADO O 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 ASEGURADO y/o 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.

ASPECTOS GENERALES

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS Y 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, 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. Armendáriz 345, 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.mapfreperu.com> 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 15 días hábiles 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.

Los reclamos deben efectuarse dentro de los plazos de prescripción establecidos por Ley. 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 (www.mapfre.com.pe).

MEDIOS HABILITADOS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Los Laureles 214, San Isidro - Lima - Perú / Teléfonos: 630-9000 / www.sbs.gob.pe

INDECOPI

Calle de la Prosa 104, San Borja / Teléfonos: 224 7800 (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: 421-0614 / www.defaseg.com.pe

IMPORTANTE: La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de la Póliza Grupo N° 21101 y N°6160053 que obra en poder del CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA.

MANUAL DE USO DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA DE SALUD

El servicio de asistencias es operado por el proveedor Health Care Administration Red Salud S.A.C, bajo la marca comercial de RED SALUD. Las asistencias son beneficios o servicios adicionales para el Asegurado y/o Titular, cónyuge, hijos, padres u otros beneficiarios sin necesidad de vínculo familiar.

Se coordinará la atención de las asistencias solicitadas según los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente documento.

ANEXO 1: CONDICIONES GENERALES

- a) Asistencia de Salud: Conjunto de prestaciones de salud, que incluyen atención médica ambulatoria, medicamentos, entre otros, según lo descrito en el Anexo 2 del presente documento.
- b) Beneficiarios: Son las personas inscritas en la Asistencia de Salud y que tienen derecho a todas las prestaciones de Salud detalladas en el presente Manual de Uso del Beneficio de Asistencia de Salud.
- c) Los beneficios otorgados por la presente Asistencia de Salud se brindan en la República del Perú, por lo que se requiere que el Titular y/o sus Beneficiarios residan en el Perú para gozar de dichos beneficios.
- d) Se considera como grupo familiar al Titular + 1 dependiente (adicional). Se puede agregar como Beneficiarios hasta un máximo de una (1) persona, sin necesidad de vínculo familiar.
- e) La edad mínima de ingreso a la Asistencia de salud para el Titular y/o Beneficiarios es de 18 años y la edad máxima de ingreso es hasta los 75 años. La edad máxima de permanencia es hasta los 80 años.
- f) Los beneficiarios no reciben el servicio hasta después de 72 horas hábiles, contadas desde la fecha de afiliación a la Asistencia de salud.
- g) Para poder gozar de la Asistencia de salud, es necesario que el Titular y/o sus dependientes registren su afiliación en RED SALUD por única vez. Para ello, se deben comunicar a la central telefónica (01) 445-3019 opción 3 o escribir al Whatsapp 924 843 520 en el horario de atención de lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm y sábados de 9:00 a 1:00pm. En estos medios, se solicitará el Número de Certificado y fecha de adquisición en Financiera Compartamos. Cabe señalar que, en caso la información proporcionada sea inexacta y/o incompleta, RED SALUD se reserva el derecho de registrar la afiliación.
- h) Conforme a lo dispuesto en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley, El Titular y/o Beneficiario(s) toman conocimiento y autorizan de forma expresa a RED SALUD con la finalidad de tratar sus datos personales para: fines estadísticos, comunicacionales relacionadas al servicio de asistencia, históricos, investigación en temas de salud o historias clínicas y cualquier otra actividad necesaria para la correcta prestación de los servicios de salud, prestaciones y cumplimiento de diversas obligaciones legales por parte de RED SALUD.

ANEXO 2: DETALLE Y CONDICIONES DE LAS PRESTACIONES DE LA ASISTENCIA DE SALUD

DETALLE	CANTIDAD DE EVENTOS:	COPAGO:	CUBIERTO AL:
Telemedicina			
Teleconsultas: Consultas médicas a través de videollamada o llamada en las especialidades de Medicina General, Pediatría, Ginecología o Urología.	Ilimitados	Sin copago	100%
Medicamentos en Farmacias afiliadas: Derivados de la Teleconsulta, en presentación genérica y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta (incluye tratamiento Covid-19) Tratamiento máximo de 15 días.	2 eventos por el plazo del seguro	Sin copago	100%
Orientación Médica telefónica: En Medicina General y Pediatría. No incluye medicamentos ni exámenes auxiliares.	Ilimitados	Sin copago	100%

CONDICIONES DE LAS PRESTACIONES:

Teleconsultas: Consultas médicas a través de videollamada o llamada con profesional médico. Previa reserva, a través de nuestros canales de atención y dentro del horario de atención al cliente, teniendo en cuenta las especificaciones descritas en el presente Manual de Uso del Beneficio de Asistencia de Salud.

Medicamentos genéricos: Medicamentos cubiertos de acuerdo con el diagnóstico principal de la atención por teleconsulta y prescrito por el médico tratante de la Red Médica. Otorgados en Farmacias afiliadas como Inkafarma, MiFarma y Boticas Perú a nivel nacional y según las especificaciones descritas en el Anexo 2 del presente documento.

Orientación Médica Telefónica: Consultas vía telefónica otorgada por profesional médico en las especialidades descritas en el Anexo 2. El servicio se prestará solo como orientación o guía, el profesional médico en línea que brinda el servicio en ningún momento dará un diagnóstico, recetará medicamentos, ni asegurará la duración del proceso de la enfermedad o molestia al beneficiario vía telefónica. Previa reserva, a través de nuestros canales de atención y dentro del horario de atención al cliente, teniendo en cuenta las especificaciones descritas en el presente Manual de Uso del Beneficio de Asistencia de Salud.

ANEXO 3: DIAGNÓSTICOS CUBIERTOS



La Asistencia de salud cubre 368 diagnósticos, los cuales se encuentran actualizados y descritos en el QR de la imagen. Asimismo, queda aclarado que se cubre el diagnóstico principal de la teleconsulta médica, según las condiciones y servicios detallados en el Anexo 2 del presente documento.

Para cualquier consulta, puede comunicarse a nuestro WhatsApp 924 843 520 o a nuestra central telefónica de Red Salud (01) 445 3019 opción 3.

ANEXO 4: RED MÉDICA A NIVEL NACIONAL

Red	Establecimiento de salud	Teléfonos
Red de Telemedicina	Clínica Virtual Suma Salud	Central telefónica: (01) 445 3019 opción 3. WhatsApp: 924 843 520
	Mifarma (Lima y Provincias)	Previa coordinación con Red Salud al WhatsApp 924 843 520
Red de Farmacias	Inkafarma (Lima y Provincias)	
	Boticas Perú (Lima y Provincias)	

La red médica está sujeta a cambios sin previo aviso. Te sugerimos que antes de coordinar una cita médica, verifiques la lista de proveedores médicos o para cualquier duda puedes comunicarte a nuestros canales de atención al cliente.

ANEXO 5: EXCLUSIONES

Si el TITULAR Y/O BENEFICIARIO(S) requiere recibir las prestaciones mencionadas en la presente Asistencia de Salud no tendrá derecho si el tratamiento requerido es a consecuencia de las exclusiones mencionadas a continuación:

- a) Enfermedades preexistentes, u otras enfermedades como: congénitas, mentales (como ansiedad, depresión entre otras), ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes.
- b) Embarazo, control del embarazo o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- c) Chequeos médicos o descarte de enfermedades en una persona sana. Tampoco están cubiertos los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias o empleo.
- d) Atenciones causadas por accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales, cubiertas por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), los accidentes de tránsito (SOAT), entre otros.
- e) Medicamentos aprobados por la FDA y registrados en DIGEMID, pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados. Los siguientes medicamentos: Medicamentos en presentación comercial; Lágrimas naturales; psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos, psicoestimulantes, derivados y afines); vitaminas, minerales, suplementos alimenticios; antioxidantes, tónicos estimuladores del apetito, anorexígenos, preparados proteicos, complementos nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades anti asténicas, reconstituyentes, energizantes, activadores o tónicos cerebrales, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales y similares; Vasodilatadores cerebrales; Coagulantes, hepatoprotectores.
- f) Cualquier atención médica, diagnóstico, medicamento o examen clínico que no se encuentre descrito en el presente documento. Los servicios no contemplados en la Asistencia de Salud serán asumidos por el afiliado.

ANEXO 6: PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE TELEMEDICINA (VIRTUAL):

- a) Las atenciones de telemedicina se encuentran sujetas a los horarios de atención y disponibilidad de los establecimientos de salud afiliados a RED SALUD.
- b) Las prestaciones de salud se realizarán únicamente por la Red Médica proporcionada por RED SALUD.
- c) El Titular y/o Beneficiario(s) que requiera las atenciones por telemedicina contempladas en la presente Asistencia de salud, podrá coordinar su cita médica de la siguiente forma:

RESERVA DE CITA, VÍA TELEFÓNICA Y WHATSAPP

1. Llama a la central telefónica de RED SALUD al (01) 445-3019 opción 3 o escríbenos a nuestro Whatsapp 924 843 520 y solicita atención médica.
2. El área de atención al cliente* programará la cita y te enviará la confirmación por SMS, Whatsapp y correo electrónico.
3. En caso de ser teleconsulta por llamada, el médico se comunicará a la hora programada y en caso de teleconsulta por videollamada recibirás un correo con el enlace de la cita.

(* El horario de atención al cliente es de lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm y sábados de 9:00 a 1:00pm.

PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE MEDICAMENTOS:

1. Una ejecutiva se comunicará a tu número telefónico.
 2. Te confirmaremos el método de entrega de tus medicamentos siendo por retiro en farmacia o delivery.
 3. Recoge tus medicamentos en la farmacia mostrando tu receta médica original y tu DNI o al motorizado del delivery.
(* Las zonas para el servicio de delivery están restringidas de acuerdo con zona geográfica por cadena de farmacia.
- d) Se cubren sólo los tratamientos relacionados con el primer diagnóstico de la teleconsulta médica. Los diagnósticos y medicamentos cubiertos se encuentran señalados en los anexos 2 y 3 del presente documento.
 - e) En cualquier caso, los servicios contemplados en este contrato se prestarán únicamente a quienes figuren como Titular y/o Beneficiario(s) dentro de la base de datos de la Asistencia de Salud. Titular y/o Beneficiario(s) asume la responsabilidad de informar a RED SALUD si hubiese alguna modificación de sus datos para mantener actualizada la información del Titular y/o Beneficiario(s).
 - f) Dar aviso oportuno a RED SALUD en caso el Titular y/o Beneficiario(s) no reciba la atención médica de forma oportuna y/o de haberse presentado algún tipo de inconveniente al momento de recibir la prestación o servicio médico.
 - g) En caso el Titular y/o Beneficiario(s) no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados anteriormente, RED SALUD no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación de los servicios a que se refiere el presente contrato.

ANEXO 7: ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

El Contratante, Titular y/o Beneficiario(s) podrá presentar sus consultas derivadas del presente Beneficio de Asistencia de Salud al área de Servicio al Cliente de RED SALUD a través de los siguientes medios: Central Telefónica (01) 445-3019 opción 3 / Whatsapp 924 843 520 / E-mail: contacto@gruporedsalud.com / Página web: www.red-salud.com / Dirección: Av. Jorge Chávez 263 Of. 302, Miraflores.

Para la atención de reclamos ponemos a su disposición nuestro libro de reclamaciones en el siguiente link: <http://librodereclamacionesperu.com/44663323.html>. Los reclamos serán atendidos en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.