

Código SBS: VI0507410063 Soles

PÓLIZA N° 251984 NUEVOS SOLES

Código SBS: VI0507420064 Dólares

PÓLIZA N° 251985 DÓLARES AMERICANOS

**ANEXO A LA HOJA RESUMEN  
(COMPLEMENTO DEL CERTIFICADO DE SEGURO)****EL PRESENTE DOCUMENTO FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA HOJA RESUMEN SUSCRITA POR  
EL ASEGURADO / PRESTATARIO Y COMPARTAMOS.****CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO**

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

**SUMA ASEGURADA Y EDADES:**

Es elegible toda persona natural cliente de Compartamos, siempre que haya ingresado a sus registros antes de cumplir 75 años de edad (créditos hasta US\$ 40,000 o S/. 120,000) o 70 años de edad (créditos superiores a US\$ 40,000 o S/ 120,000 a US\$ 100,000 o S/. 300,000) y que al momento de obtener el crédito se encuentre física y mentalmente capacitado para desempeñar sus actividades habituales y normales. La edad límite de permanencia es de 80 años para ambos casos.

**Suscripción**

Todo prestatario con solicitud de crédito mayor a US\$ 25,000 o S/. 75,000 estará obligado a llenar una declaración de salud y someterse a examen médico por cuenta de LA COMPAÑÍA(Ver Anexo I), la cual dará respuesta en los siguientes plazos:

1. Para prestatarios con préstamos hasta US\$ 25,000.00 o S/. 75,000 (inclusive) no estarán obligados a llenar Declaración Personal de Salud, ni pasar ningún tipo de examen.
2. Se deberán enviar al área Suscripción todas las Declaraciones de Salud que presenten al menos una respuesta positiva en el cuestionario y/o un Índice de Masa Corporal igual o mayor a 28 y menor o igual a 18; y/o profesión o actividad o deporte riesgoso; y todos los capitales mayores a US\$ 25,000 o S/. 75,000 (según lo establecido en esta póliza).
3. Las solicitudes que no tienen ninguna observación y son menores o igual a un capital de US\$ 40,000 o S/. 120,000 y no contienen ninguna respuesta positiva, ni ningún requerimiento adicional por monto, plazo o edad (considerar cúmulos por préstamos anteriores), podrán ser aceptadas automáticamente.
4. Las Declaraciones Personales de Salud Para prestatarios con préstamos mayores de US\$ 25,000.00 o S/. 75,000 que no requieran exámenes médicos, deben contar con la conformidad o disconformidad de la Compañía en un plazo de 24 horas, caso contrario se dará por conforme la aprobación de la solicitud.
5. Para préstamos mayores de US\$ 25,000.00 o S/. 75,000 que requieran las Declaraciones Personales de Salud y exámenes médicos deben contar con la conformidad o desconfianza de la Compañía en un plazo de 48 horas, caso contrario se dará por aprobada la solicitud.
6. Las DPS y exámenes que reciba la compañía, podrán ser enviados por correos electrónicos y/o despachados por carta, teniendo una validez de 6 meses desde la fecha de haber sido aprobados. Plazo que podrá utilizar COMPARTAMOS para otorgar el desembolso respectivo y otros créditos, con cobertura inmediata.

Asimismo, la suma de dos o más créditos (cúmulos) por prestatario que sea mayor a US\$ 25,000.00 o S/. 75,000, también deberán llenar la declaración de salud y someterse a examen médico por cuenta de LA COMPAÑÍA según requisitos de asegurabilidad.

7. La compañía se compromete a otorgar plena y total cobertura al stock de clientes con créditos vigentes desembolsados hasta el 30 de abril 2013 los cuales no requerirán para efectos del amparo del siniestro el llenado de una nueva DPS; sin embargo, en caso de siniestro la DPS de la anterior Entidad de Seguros deberá ser remitida oportunamente a RIMAC por COMPARTAMOS, para la evaluación del siniestro.

**Condiciones Especiales:**

Prestatarios menores de 65 años con créditos superiores a US\$ 25,000 o S/. 75,000 y cuando la DPS no tenga respuestas positivas o comentarios, no deberá enviarse a LA COMPAÑÍA, independientemente del monto del crédito.

Prestatarios mayores de 65 años con créditos superiores a US\$ 25,000 o S/. 75,000 y menores a US\$ 80,001 o S/. 240,001 y cuando la DPS no tenga respuestas positivas o comentarios, no deberá enviarse a LA COMPAÑÍA, independientemente del monto del crédito.

**REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

- Hasta 65 años de edad: De US\$ 25,000 – US\$ 100,000 A  
Desde 65 años: De US\$ 25,001 - US\$ 80,000 A  
De US\$ 80,001 – US\$ 100,000 A + B

Con:

- A: Declaración personal de salud, las mismas tienen vigencia de 6 meses.

B: Reconocimiento médico con análisis de orina completa, electrocardiograma y prueba de esfuerzo, radiografía de tórax y análisis completo de sangre con test de HIV.

- Hemograma Completo.
- Glucosa sanguínea en ayunas
- Examen completo de orina Urea y creatinina Ácido Úrico en sangre.
- HIV (ELISA)
- Bilirrubinas, GPT, GOT y GGTP

- Perfil de lípidos (Colesterol total, Triglicéridos, HDL, LDL.)
- Velocidad de sedimentación globular Electrocardiograma basal.
- Electrocardiograma de Esfuerzo Radiografía de pulmones
- Antígeno prostático ( a partir de 50 años)

### **SOBRE PRIMA**

La sobre prima se calculará según las políticas de suscripción de RIMAC, tomando en cuenta los siguientes riesgos: Médico, Laboral y Deportivo

### **SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA**

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, LA COMPAÑÍA comunica a COMPARTAMOS:

- I) Que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y
- II) El plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que COMPARTAMOS haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro.

La COMPAÑÍA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

### **RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA**

LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que COMPARTAMOS recibe una comunicación de LA COMPAÑÍA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA COMPAÑÍA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

Se deja expresa constancia que si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a LA COMPAÑÍA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

### **REHABILITACIÓN LEGAL DE LA PÓLIZA**

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que LA COMPAÑÍA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro o el mismo no se haya extinguido, COMPARTAMOS podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo LA COMPAÑÍA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

### **DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA**

Se podrá resolver el contrato por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte de COMPARTAMOS, sin más requisito que una comunicación por escrito a LA COMPAÑÍA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. Le corresponde a LA COMPAÑÍA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

### **CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO**

LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito de COMPARTAMOS, 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 por LA COMPAÑÍA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte de COMPARTAMOS no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

### **CONSIDERACIONES DEL AVISO DE SINIESTRO Y DOCUMENTOS A PRESENTAR A LA COMPAÑÍA PARA SOLICITAR LA COBERTURA**

El incumplimiento del plazo establecido en el Certificado de Seguro que forma parte de la Hoja Resumen del crédito otorgado por

COMPARTAMOS, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo LA COMPAÑÍA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a LA COMPAÑÍA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

#### DOCUMENTOS A PRESENTAR A LA COMPAÑÍA PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a LA COMPAÑÍA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado o certificado de seguros) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

##### Muerte Natural

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO
- Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada.
- Certificado de Defunción, en original o copia certificada.
- Copia simple de la Hoja Resumen de Crédito de Compartamos firmado por el asegurado.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- La Historia Clínica foliada y fedateada del Asegurado solo se requerirá para aquellos casos que amerite y cuyo monto sea superior a US\$ 20,000 o S/. 60,000.

##### Muerte Accidental

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO
- Certificado de Defunción, en original o copia certificada.
- Copia simple de la Hoja Resumen de Crédito de Compartamos firmado por el asegurado.
- Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.

Para montos mayores a US\$ 20,000 o S/. 60,000 adicional a los anteriores:

- Copia del parte y atestado policial
- Certificado y protocolo de necropsia, de haberse realizado.

##### Invalidez Total y Permanente por Accidente

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Copia simple de la Hoja Resumen de Crédito de Compartamos firmado por el asegurado.
- Dictamen de Invalidez emitidos por la Comisión Médica de Essalud o el Ministerio de Salud (MINSA) o EPS o la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas.

Para montos mayores a US\$ 20,000 o S/. 60,000 adicional a los anteriores:

- Atestado policial o diligencias fiscales según corresponda.

##### Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

- Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Copia simple de la Hoja Resumen de Crédito de Compartamos firmado por el asegurado.
- Dictamen de Invalidez emitidos por la Comisión Médica de Essalud o el Ministerio de Salud (MINSA) o EPS o la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas.
- La Historia Clínica foliada y fedateada del Asegurado solo se requerirá para aquellos casos que amerite y cuyo monto sea superior a US\$20,000 o S/. 60,000.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir al o los Beneficiario(s) cualquier documento o información adicional en original o copia legalizada, en caso las circunstancias específicas así lo ameriten, para montos superiores a los US\$ 1,666 o S/. 5,000. En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a LA COMPAÑÍA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de LA COMPAÑÍA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción. Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura: Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

#### **PROCEDIMIENTO DEL PAGO DE SINIESTRO**

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre

el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que LA COMPAÑÍA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro.

Cuando LA COMPAÑÍA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, LA COMPAÑÍA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento 91º establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al ASEGURADO en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro, LA COMPAÑÍA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

#### LUGARES AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicado por el COMPARTAMOS, Asegurado o Beneficiario a LA COMPAÑÍA en las Plataformas de Atención al Cliente:

##### Oficina Principal:

Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima

##### Plataformas de Atención al Cliente:

**Lima:** Av. Paseo de la República 3505, San Isidro / Av. Paseo de La República 3082, San Isidro / Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.

**Huancayo:** Jr. Ancash 125, Huancayo. Telf. (064)-223233

**Arequipa:** Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700

**Cajamarca:** Jr. Belén 676-678. Telf. (076)-369635

**Cusco:** Calle Humberto Vidal Unda G-5, Urbanización Magisterial, 2da. Etapa. Cusco. Telf. (084)-229990 / (084)-227041

**Trujillo:** Av. América Oeste N° 750 Locales A-1004 y A-1006 – Mall Aventura Plaza, Urbanización El Ingenio. Telf. (044)-485200

**Chiclayo:** Av. Salaverry 560, Urb. Patazca. Telf. (074)- 481400

**Iquitos:** Jirón Putumayo 501. Telf. (065)-242107

**Piura:** Calle Libertad 450. Telf. (073)-284900

#### MEDIOS HABILITADOS POR LA COMPAÑÍA PARA PRESENTAR RECLAMOS

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita como se detalla a continuación:

**Verbal:** Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas.

**Escrito:** Mediante carta dirigida a Rimac Seguros o a través de la página web o correo electrónico.

Central de Consultas y Reclamos:(01) 411-3000

Correo Electrónico: [reclamos@rimac.com.pe](mailto:reclamos@rimac.com.pe)

Página Web: [www.rimac.com](http://www.rimac.com)

#### OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

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

#### INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

Lima:(01) 446-9158

Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima

Indecopi: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)  
Lima: (01) 224-7777  
Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040  
SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima.  
SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS): [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)  
LIMA: Los Laureles 214, San Isidro Teléfono (511) 630-9000 | Fax: (511) 630-9239  
AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.  
Consultas y Reclamos: 0800-10840 | (511) 428-0555

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Las comunicaciones cursadas por los Asegurados o Beneficiarios a COMPARTAMOS, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA.

• El ASEGURADO autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al COMPARTAMOS.

### • Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS ("LA COMPAÑÍA"), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con LA COMPAÑÍA, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, LA COMPAÑÍA utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que LA COMPAÑÍA considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte LA COMPAÑÍA.

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