

Condiciones Particulares del Seguro De Protección Grupal Compartamos Financiera

DATOS DE LA PÓLIZA			
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
DATOS DEL COMERCIALIZADOR			
Denominación Social:	COMPARTAMOS FINANCIERA S.A.	RUC:	20369155360
Dirección:	Av. Paseo de la república Nro. 5895 Int. 1301		
Distrito:	Miraflores	Provincia:	Lima
Departamento:	Lima		
Telf. Fijo:	(01) 619 4160	Página Web:	www.compartamos.com.pe
CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA			
PRIMA COMERCIAL MENSUAL			
PRIMA COMERCIAL MENSUAL	S/ 8.50		
CONDICIONES DE AFILIACIÓN			
Es asegurable la persona natural cuya edad se encuentra entre:			
<ul style="list-style-type: none">• Clientes con un crédito Grupal: 18- 75 años y renovación con edad máxima de permanencia 77 años• Mercado Abierto: 18-70 años y renovación con edad máxima de permanencia a 75 años.			
CONDICIONES ESPECIALES APLICABLE AL SEGURO DE VIDA			
<ul style="list-style-type: none">• 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.			
En las EXCLUSIONES de LA COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, se entiende como cáncer in situ a la enfermedad en estadio cero, cuando se presenta un grupo de células anormales que se pueden volver cancerosas y diseminarse a tejidos sanos.			

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: 18-70 años y renovación con edad máxima de permanencia a 75 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. Para la atención de siniestros de la presente cobertura, solo se solicitará Historia Clínica para casos de hospitalizaciones mayores a diez (10) días y en caso la compañía lo requiera para la evaluación.
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:	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.

PERIODO DE CARENCIA

NO APLICA			
DATOS Y CARGOS DE AGENCIAMIENTO POR LA INTERMEDIACIÓN DEL CORREDOR DE SEGUROS			
Denominación Social:	Contacto Corredores de Seguros S.A.	RUC:	20109922731
Cargo de Agenciamiento:	5.20% Inc. IGV	Código SBS:	J0359
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			
<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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:			
<ul style="list-style-type: none"> • 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. • A consecuencia de enfermedades, lesiones o defectos que se consideren pre existentes al inicio del seguro y que los mismos hayan sido de conocimiento del asegurado; en caso contrario el siniestro se encontrará cubierto y será de responsabilidad de la compañía de seguros la comprobación de lo contrario. 			
APLICABLES A INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN			
Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando sean a consecuencia de:			
<ul style="list-style-type: none"> • Guerra y conmoción civil. • Terremotos, avalanchas, huaicos y erupciones volcánicas. 			

- 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
- Desastre Natural
- 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

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR COBERTURAS

COBERTURA	DOCUMENTOS A PRESENTAR
En caso de Fallecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de reclamación • Original o copia certificada de Acta o Partida de defunción del ASEGURADO • Original o copia certificada 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 Literal 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 certificada del Atestado policial completo o diligencias fiscales • Original o copia certificada 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 certificada 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). • Certificado Médico con el o los diagnósticos(s) presentados. • Copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR. <p>En caso se requiera, copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados y que sustenten la cobertura en evaluación, en caso de ser necesario.</p>

<p>Indemnización por la cobertura adicional de Diagnóstico de Cáncer para el Asegurado Titular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informe original (o copia legalizada) 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
---	---

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir al ASEGURADO TITULAR o los Beneficiarios cualquier documento o información adicional en original o copia legalizada, 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:
 - a. 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.
 - b. 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.
 - c. 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 POLIZA

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.

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. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima 18, Perú, teléfono 213-3333 (En Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia).
Página Web: www.mapfre.com.pe

Reclamos y/o Quejas:

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo Mapfre indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, número de documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del Producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa del hecho reclamado y documentos que adjunta.
- “Libro de Reclamaciones Virtual” en cualquiera de las oficinas a nivel nacional de LA COMPAÑÍA. Podrá adjuntar de ser el caso documentos que sustentan su reclamo y/o queja.
- A través de la página Web de MAPFRE Perú <http://www.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 30 días de presentada la comunicación y/o formulario a LA COMPAÑÍA. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique. En este caso se informará al usuario, dentro del periodo indicado, las razones de la demora precisando el plazo estimado de respuesta.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta y/o formulario y la respuesta sea a favor del usuario se realizará un segundo envío, dejando la carta respuesta por debajo de la puerta, anotándose las características del domicilio. Si se tratase de una respuesta a favor de LA COMPAÑÍA y no se logrará ubicar al reclamante se procederá a la remisión por conducto notarial, dando por concluido en ambos casos el proceso del reclamo.

- 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).

MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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° 6160054 que obra en poder del CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA.