

Certificado de Seguro N°
Seguro de Vida Compartamos Financiera S.A. Póliza Grupo N° 6160021

DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR

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

Mapfre Perú Vida Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante La Compañía) con RUC N° 20418896915 y domicilio en Av. 28 de Julio 873 Miraflores, Lima, deja constancia que la(s) persona(s) indicada(s) en este certificado se encuentra(n) amparada(s) por la póliza grupo N° 6160021, emitida a favor de los clientes, de Compartamos Financiera S.A identificada con RUC N° 20369155360 y domicilio en Cal. Santa Martha N° 112 - AREQUIPA, para los riesgos materia del seguro hasta el límite de la suma asegurada, siempre que proceda la cobertura de seguro y la póliza se encuentre vigente a la fecha de producirse un eventual siniestro.

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Contratante, para aspectos relacionados con el contrato de seguros tendrán el mismo efecto como si hubieran sido presentadas a La Compañía, de igual manera, los pagos efectuados por El Asegurado a El Contratante, se consideran abonados a La Compañía.

ASEGURADOS

Personas naturales clientes de Compartamos Financiera S.A., que tengan operaciones activas con la entidad.

CONDICIONES DE AFILIACIÓN

Podrán asegurarse bajo el presente seguro los clientes (Asegurado Titular) mayores a 18 años y que sean menores de 70 años de edad (69 años, 11 meses y 29 días), pudiendo permanecer asegurados hasta los 75 años de edad (74 años, 11 meses y 29 días).

BENEFICIARIOS

Los designados en la solicitud de afiliación del seguro por el Contratante/Asegurado Titular

SUMA ASEGURADA

En caso de muerte natural o accidental, la suma asegurada es de S/ 5,000.

En caso de apoyo económico por hospitalización, la suma asegurada es de S/ 75 por cada día de hospitalización (máximo 30 días).

En caso de servicios funerarios, la suma asegurada es de S/ 3,500 otorgados mediante el Servicio Integral de Sepelio MAPFRE

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en el presente documento, así como lo indicado en el reverso del Certificado. Asimismo declaro que he tomado pleno conocimiento de las condiciones del seguro solicitado, la cual se encuentra a disposición para cualquier revisión en las oficinas de Compartamos Financiera S.A.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

1. **MAPFRE PERÚ VIDA CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS** es responsable frente al contratante y/o de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones que incurra COMPARTAMOS FINANCIERAS S.A. con motivo de la comercialización de las pólizas de seguro.
2. Declaro que la información suministrada y contenida en la presente declaración es verídica reconociendo que la misma constituye la base del contrato de seguro. De este modo, la reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el contratante y/o asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato si media dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado. Lo indicado se expone en la nueva Ley del Contrato de Seguro N° 29946, Art°8, en fe de lo cual autorizamos expresamente a cualquier médico tratante, procurador o perito a proporcionar a La Compañía toda información, debidamente documentada, del tratamiento que haya sido sometido, sin limitación alguna.
3. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro, haber recibido la solicitud y el certificado de la póliza habiendo tomado pleno conocimiento de sus contenidos. Asimismo, declaro conocer que la póliza emitida por La Compañía, está disponible en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
4. Solicito y autorizo a La Compañía a notificarme cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá mi domicilio contractual. En caso no haya señalado en la presente Solicitud una dirección electrónica, la referida comunicación deberá realizarse a mi dirección física, por escrito. Asimismo, me comprometo a informar por escrito cualquier variación de mi dirección con por lo menos 15 días de anticipación. Se considerarán como válidas para todo efecto legal, las comunicaciones enviadas a la última dirección electrónica o física informada. Todas las comunicaciones entre las partes relacionadas al presente seguro deberán ser puestas en conocimiento de Compartamos Financiera S.A.
5. De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe la presente solicitud autoriza de forma expresa a Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante LA COMPAÑÍA, el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales y datos sensibles para los efectos de lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros, ejecución de los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar LA COMPAÑÍA, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de LA COMPAÑÍA.
Asimismo autoriza en forma expresa a que LA COMPAÑÍA encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado o no con dichos terceros. Los datos proporcionados podrán ser incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece LA COMPAÑÍA.
El Archivo de la información se encuentra bajo la supervisión y control de LA COMPAÑÍA, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la misma, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita.

RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURAS	DEFINICIONES
MUERTE NATURAL	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales.
MUERTE ACCIDENTAL	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas accidentales.
APOYO ECONÓMICO POR HOSPITALIZACIÓN	Cubre al Asegurado Titular por hospitalización en entidad pública o privada a consecuencia de una enfermedad o accidente amparados por este Seguro. LA COMPAÑÍA procederá al pago de la renta diaria por cada veinticuatro (24) horas de hospitalización, teniendo una cobertura máxima de 30 días, la cual puede ser consumida en uno o varios eventos durante la vigencia de la póliza.
SERVICIOS FUNERARIOS	Cubre en caso de fallecimiento por accidente o enfermedad del Asegurado Titular, se le brindará al asegurado el servicio de Sepelio a través de Finisterre, de acuerdo a las condiciones de la póliza. En caso no exista una agencia de Finisterre ni Camposanto Mapfre en la localidad requerida, se indemnizará por un monto de S/ 3,500. De no haber un Camposanto Mapfre en la localidad requerida pero si se encuentre una agencia Finisterre, se indemnizará por S/ 1,250 por el concepto de nicho; y en caso de no encontrarse una agencia Finisterre pero si un Camposanto Mapfre se indemnizará por S/ 2,250, por el concepto de servicio Funerario.

LIMITES ASEGURADOS

En caso de muerte natural o accidental, el monto indemnizable es de S/ 5,000 (Cinco mil soles) por Asegurado Titular.

En caso de la cobertura de servicios funerarios, el monto máximo indemnizable es de S/ 3,500.00 (tres mil quinientos soles) por Asegurado Titular.

En caso de la cobertura de apoyo económico por hospitalización, el monto indemnizable es de S/ 75.00 (setenta y cinco soles) por cada 24 horas de hospitalizado (con un máximo de 30 días) por Asegurado Titular.

VIGENCIA DE LA COBERTURA

Inicio de Vigencia: La vigencia de la cobertura al amparo del presente seguro, se inicia desde que el Asegurado Titular se afilia al seguro mediante de la Solicitud de Seguro, previa autorización por parte de la Compañía.

Fin de Vigencia: Las coberturas otorgadas se mantendrán vigentes mientras ocurran las siguientes circunstancias: (i) se encuentre en vigencia el seguro, se mantenga al día en el pago de las primas; (ii) el Asegurado no supere los 75 años de edad (74 años, 11 meses y 29 días) y (iii) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro.

PRIMA Y FORMA DE PAGO

Monto de la Prima: La prima será cobrada al momento de solicitar el seguro en Compartamos Financiera.

El pago efectuado a Compartamos Financiera se considera abonado a La Compañía.

El presente seguro no contempla deducibles, periodo de carencia ni conceptos similares.

En caso de que el asegurado haya elegido la forma de pago en cuotas en su seguro, y además tenga un crédito con Compartamos Financiera S.A., con periodo gracia, será obligatorio que realice el pago de las primas correspondiente a este periodo.

EXCLUSIONES

La Compañía no reconocerá los siniestros:

- Participación del asegurado como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, así como en la práctica de los siguientes deportes: caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación en altamar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, práctica profesional esquí y deportes afines, tabla hawaiana y similares, hípica, corridas de toros y similares, alpinismo, andinismo y caminatas en alta montaña, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.
- Cuando el siniestro sobrevenga por consecuencia directa de acción de guerra civil o internacional (declarada o no); así como a consecuencia de participación de actividades de alto riesgo como minería, torres de alta tensión, participación activa en actos de insurrección; rebelión; invasión; huelgas; conmoción civil; vandalismo; motín o tumulto popular y terrorismo, actividades de las fuerzas armadas y/o policía y pilotos de aeronaves.
- Suicidio, salvo que el contrato de seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (02) años.
- El riesgo de aviación, salvo que el Asegurado esté viajando de manera autorizada y 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.
- Cuando la muerte del asegurado se produzca por la participación del asegurado en actos delictuosos.
- Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción nuclear o contaminación radioactiva.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso ocurriera el fallecimiento u hospitalización del Asegurado, Compartamos Financiera S.A, deberá llevar a cabo el proceso de reclamación de siniestros acordado en la póliza Matriz.

Cuando un mismo Contratante tenga más de una póliza vigente y se esté solicitando la cobertura de Servicios Funerarios, se indemnizará por S/ 1,250 por el concepto de Sepultura y la diferencia se utilizará como una mejora al servicio de sepelio.

Si la forma de pago elegida por el asegurado es por cuotas y se llegase a producir su fallecimiento, se procederá a descontar las primas pendientes a cancelar de acuerdo al periodo de vigencia del seguro de la suma asegurada de la póliza contratada.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA LIQUIDACION DEL SINIESTRO

Muerte Natural / Servicios Funerarios: Copia simple del DNI del asegurado, Copia simple del certificado de Defunción, Original o Copia Legalizada de Acta o Partida de Defunción y Copia de DNI de los beneficiarios.

Muerte Accidental: Copia simple del DNI del asegurado y del beneficiario solicitante, Copia simple del certificado de Defunción, Original o Copia Legalizada de Acta o Partida de Defunción, copia del atestado policial (en caso de haberse realizado), resultado de examen químico toxicológico, dosaje etílico (en caso de haberse realizado).

Apoyo Económico por Hospitalización: Copia simple del DNI del asegurado, Factura del hospital (en caso de hospitalización en institución privada), Documento donde se verifique el nombre del hospitalizado, el período y el motivo de la hospitalización, Certificado médico con o los diagnósticos presentados y declaración de accidente (en caso de ser hospitalización por accidente).

CAUSALES DE RESOLUCION DEL CONTRATO

El contrato de seguro puede ser resuelto por las siguientes causales:

- * Resolución unilateral de cualquiera de las partes.
- * Al culminar el vínculo contractual del seguro con Compartamos Financiera S.A.
- * Por nulidad de la póliza
- * Con respecto a cada asegurado, al cumplir éste la edad máxima estipulada.

PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS

Los usuarios, entendiéndose estos como la persona natural que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por la Compañía de Seguros, pueden presentar reclamos a la Compañía. Asimismo, cualquier interesado puede presentar consultas formales. El procedimiento a seguir será el siguiente:

Se deberá presentar:

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

La respuesta al reclamo, será emitida al usuario en un plazo máximo de 30 días calendario de presentada la carta de la Compañía. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por este en su carta, se le tendrá por desistido.

Los reclamos deberán presentarse dentro del plazo de prescripción dispuesto por el Código Civil y demás normas que resulten aplicables.

En caso de siniestro:

En caso de disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, usted podrá acudir a las vías de solución de controversias como son la Defensoría del Asegurado (www.defaseg.com.pe), el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI (www.indecopi.gob.pe) o el Poder Judicial o instancia arbitral según se haya pactado.

Para solicitar orientación, podrá comunicarse con la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP al teléfono gratuito 0-800-10840.

ATENCIÓN DE RECLAMOS

Para canalizar la atención de reclamos, según el procedimiento para la atención de reclamos establecido en este documento, el Asegurado y/o Usuario deberán dirigirse al responsable de Calidad en la Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, teléfono 213-3333 o ingresar a la página web www.mapfre.com.pe

MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el Contratante, 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 reclamo o denuncia ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

La Defensoría del Asegurado, opera en: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro, Lima - Perú
Telefax: 01 421-0614 www.defaseg.com.pe

Derecho de Arrepentimiento: Dentro de los 15 días siguientes a la entrega del certificado, el Contratante tendrá la facultad de dejar sin efecto el contrato, sin expresión de causa, cursando una comunicación al domicilio de la Compañía consignando en este documento, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida.

La Compañía entregará la póliza, a solicitud del Asegurado, dentro de un plazo de 15 días de haber presentado la solicitud respectiva.

Las condiciones especiales del contrato prevalecen sobre las condiciones generales y particulares.

IMPORTANTE: La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de las Póliza N° 6160021 que obran en poder del CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA.

**COBERTURA SUJETA AL PAGO DE LA PRIMA ACORDADA
Y A LA APROBACIÓN DE LA COMPAÑÍA**

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en las 5 páginas que conforman el presente Certificado.

Asimismo declaro que he tomado pleno conocimiento de las condiciones del seguro solicitado, el cual se encuentran a disposición para cualquier revisión en las oficinas de Compartamos Financiera.



Director Unidad de Vida



Gerente de Negocio

Fecha de Solicitud

Firma del Titular

RIESGOS EXCLUIDOS POR APOYO ECONÓMICO POR HOSPITALIZACIÓN

Esta cobertura no cubre lo siguiente:

- a) Enfermedades y/o defectos congénitos y/o hereditarios y/o lesiones de cualquier naturaleza adquiridos al nacer, así como las enfermedades y/o lesiones preexistentes al inicio de la vigencia de esta póliza, y las consecuencias relacionadas con uno o más de ellos.
- b) Cuando resulte de la participación del asegurado como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, así como en la práctica de los siguientes deportes: caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación en altamar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, práctica profesional esquí y deportes afines, tabla hawaiana y similares, hípica, corridas de toros y similares, alpinismo, andinismo y caminatas en alta montaña, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.
- c) El riesgo de aviación, salvo que el Asegurado esté viajando de manera autorizada y 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.
- d) Como consecuencia de hechos de guerra internacional (declarada o no) o civil, o servicio militar de cualquier clase.
- e) Los que tengan origen en actos de imprudencia temeraria o negligencia grave de El Asegurado, así como los derivados de actos delictivos o infractorios de leyes y/o reglamentos.
Los Accidentes de Tránsito no son considerados como actos violatorios de leyes o reglamentos, siempre que el Asegurado no se encuentre en estado de embriaguez (0.5gr/L.) o bajo la influencia de drogas y esto sea generador del siniestro.
- f) A consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas.
- g) Como consecuencia directa o indirecta de la reacción nuclear o contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
- h) Participación del Asegurado en hechos de carácter político o social, huelgas, alborotos o tumultos populares y terrorismo.
- i) Cirugía plástica y/o estética y/o situaciones y/o prácticas y/o procedimientos con fines de embellecimiento, a excepción de los casos necesarios, como consecuencia de un accidente o enfermedad (cirugía reconstructiva) y salvo las excepciones que se derivan de la misma.
- j) Enfermedades psicosomáticas, trastornos y deficiencias mentales y/o emocionales; trastornos de conducta y/o aprendizaje; curas de reposo y/o tratamientos psiquiátricos y relacionados, incluyendo tratamientos psiquiátricos de apoyo de otras enfermedades no mentales y en general, todo lo relacionado con la salud mental y trastornos mentales. Suicidio o tentativa de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo, peleas, riñas, salvo que se demuestre que se ha actuado en legítima defensa.
- k) Trastornos y/o enfermedades adquiridas a consecuencia de uso y adicción a los tóxicos, estupefacientes y/o bebidas alcohólicas, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse. Así como también las lesiones por accidente que se produzcan cuando El Asegurado se encuentre bajo sus efectos.
- l) Enfermedades contagiosas que sean declaradas por las autoridades competentes como epidemias.
- m) Tratamiento y/o estudios y/u operaciones relacionadas con infertilidad primaria y/o secundaria, así como todo tratamiento con fines de esterilización y/o concepción, inseminación artificial o implante de embriones e infecundidad y procedimientos con fines similares.
- n) Cambio de sexo.
- o) Tratamientos preventivos de enfermedades, así como gastos por operaciones con fines profilácticos.
- p) Hospitalizaciones en una institución mental o para tratamientos psiquiátricos, curas de reposo o terapia ocupacional.
- q) Maternidad /excepto complicaciones del embarazo).
- r) Exámenes médicos de rutina.