

### Certificado N°

### Póliza 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 ASEGURADO TITULAR							
Nombres:		Apellido Paterno:			Apellido Materno:		
Tipo de Doc.		N° Doc.:		Fecha de Nac.:		Sexo:	
Estado Civil:		Ocupación:					
Dirección:							
Provincia:				Departamento:			
Telf. Celular:			Correo Electrónico:				
VIGENCIA DEL SEGURO							
De acuerdo al plan contratado. Si el cobro del seguro está incluido en un cronograma de pagos respecto de un crédito otorgado por Compartamos Financiera al Asegurado Titular, la vigencia será la misma del crédito otorgado por un plazo máximo de 72 meses desde el inicio de vigencia del seguro							
BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR							
<b>Nombres y Apellidos</b>				<b>Parentesco</b>		<b>Porcentaje</b>	
En caso no se designen Beneficiarios, o por cualquier causa la designación se vuelva ineficaz o quede sin efecto, los Beneficiarios serán los herederos declarados de acuerdo a ley.							
PRIMA COMERCIAL MENSUAL							
<b>PRIMA COMERCIAL MENSUAL</b>						<b>S/ 8.50</b>	
La prima comercial incluye gastos de emisión e impuestos. La prima comercial total se pagará en una sola cuota y se obtendrá multiplicando la Prima Comercial Mensual antes descrita por el número de meses que se contrate el seguro. La prima será cobrada al momento de solicitar el seguro en las oficinas de Compartamos Financiera.							
COMISIÓN COMERCIALIZADOR							
8.70% Inc. IGV							
COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS							
<b>COBERTURAS</b>						<b>PLAN GRUPAL</b>	
Muerte Natural o Accidental						S/ 4,000	
Indemnización diaria x Hospitalización						S/ 75 x 30 días	
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer						S/ 2,500	
DATOS PERSONALES							
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 Vida 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.

Mediante la firma del presente documento, el Asegurado Titular declara que ha sido informado de los términos y condiciones de la Póliza de Vida. No obstante, ello, el Asegurado declara conocer que los documentos que conforman las Pólizas de Seguro incluidas en este documento, se encuentran a su disposición en la web <https://www.compartamos.com.pe/CertificadoVidaPYMEGrupal> y declara aceptar que es su responsabilidad el acceder a dicha web y descargar dichos documentos.

Adicionalmente, MAPFRE SEGUROS podrá, a su sola decisión, remitir los documentos antes indicados al correo electrónico indicado por el Asegurado Titular en el presente documento”.

#### **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento y podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de la vigencia de la póliza y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. Para ejercer el derecho podrá acercarse a las agencias de Compartamos Financiera o usar los medios por los que contrató el seguro y deberá realizarlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza. De solicitar el derecho posterior al pago de la prima o parte de esta, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada en un plazo de treinta (30) días contados a partir de la solicitud del derecho.

Firma Testigo A Ruego

Firma del Asegurado



Director Unidad de Vida