

MAPFRE PERU VIDA, Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC 20418896915

Oficina Principal: Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, Perú

T (511)213 3333 www.mapfre.com.pe



Certificado de la Póliza Seguro De Desgravamen con Devolución Compartamos Financiera

Adecuado a la ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza Grupo N° 6110034

REQUISITOS DEL ASEGURADO

Es elegible toda persona natural cliente de "EL CONTRATANTE" que al momento de obtener el crédito se encuentre física y mentalmente capacitado para desempeñar sus actividades habituales y normales.

Condiciones Especiales:

Rango de edades	Suma Asegurada (incluyendo cúmulos)	Condición
Hasta 69 años y 364 días	De S/ 75,000 – S/ 300,000	A
De 65 hasta 69 años y 364 días	De S/ 75,000 – S/ 240,000	A
De 65 hasta 69 años y 364 días	De S/ 240,001 – S/ 300,000	A+B
De 70 hasta 74 años y 364 días	De S/ 75,000 – S/ 120,000	A
De 75 hasta 79 años y 364 días*	Hasta la suma asegurada máxima de S/ 10,500	A

* Siempre y cuando exista un vínculo comercial del Prestatario de por lo menos (1) año de antigüedad, Se podrá otorgar cobertura a los prestatarios que tengan entre 75 y 80 años cumplidos de edad que cancelen un crédito dentro de esa edad y vuelvan a tomar otro en forma inmediata o en los siguientes 12 meses consecutivos posteriores

Condición:

A: Declaración personal de salud

B: Reconocimiento médico con análisis de orina completa, glucosa, perfil de lípidos, electrocardiograma, prueba de esfuerzo, antígeno prostático (a partir de 50 años) y análisis completo de sangre con test de HIV.

Los exámenes antes mencionados corren a cuenta de LA ASEGURADORA en el establecimiento indicado por la misma. En base al resultado de dichos exámenes, y en caso de requerir exámenes adicionales estos correrán por cuenta del asegurado en el establecimiento de su preferencia.

EXCLUSIONES

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

- Suicidio consciente y voluntario dentro de los primeros 2 años de vigencia completo e ininterrumpido. La auto mutilación o autolesión.
- Pena de muerte, participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos (*), duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- Guerra, invasión u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, levantamiento popular, 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 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.
- Situaciones y/o condiciones médicas y/o enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia del seguro; en caso contrario el siniestro se encontrará cubierto y será de responsabilidad de la compañía de seguros la comprobación de lo contrario.
- Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Para esto se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5gr/lit de alcohol en la sangre, según dosaje etílico y si dicho estado guarda relación con el fallecimiento.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

1. Declaro que la información suministrada y contenida en la presente Certificado 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 La Compañía 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 de Contrato de Seguros N° 29946, Art. 8.
2. Autorizo a todo médico, clínica, hospital u otros establecimientos médicos, compañías de seguro o cualquier otra institución o persona que tenga algún registro o información sobre mi persona o de mi salud a brindar a MAPFRE dicha información.
3. Autorizo expresamente a La Compañía, en los casos que se produzca un riesgo amparado por esta póliza, a acceder a la información y a solicitar la historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera. Asimismo, autorizo el relevamiento del secreto profesional a todo médico, clínica o establecimiento de salud con respecto a la información que requiera La Compañía con relación a mi salud para efectos de la liquidación de la cobertura del seguro.
4. En caso que La Compañía crea conveniente la realización de examen médico para su evaluación, se autoriza al Laboratorio y/o clínica y/o centro médico y/u Hospital, a entregar los resultados obtenidos a La Compañía en caso sean requeridos por ésta.
5. Declaro haber sido debidamente informado sobre las condiciones del seguro, haber recibido la Solicitud/Certificado de la póliza habiendo tomado pleno conocimiento de su contenido. 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).
6. Solicito y autorizo a La Compañía a notificarle 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 el presente Certificado 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. en su calidad de Beneficiario y comercializador del seguro.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

- * Resolución invocada por el Contratante
- * Al cancelarse la deuda del Asegurado
- * Por nulidad de la póliza
- * Con respecto a cada asegurado, al cumplir éste la edad máxima estipulada
- * Pasado los 90 días sin pago de primas.

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

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia 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 por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE 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.

La ASEGURADORA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE, quien tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato en un plazo no mayor a 45 días.

AVISO DE SINIESTRO

El siniestro será comunicado a LA ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las condiciones particulares del presente documento o certificado de seguro, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a LA ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, descritos en el numeral siguiente.

SOLICITUD DE COBERTURA

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar al CONTRATANTE, en cualquiera de sus agencias en Lima o provincia los siguientes documentos:

Muerte Natural y Accidental:

- Copia simple del DNI de EL ASEGURADO.
- Acta o partida de defunción de EL ASEGURADO, en original o copia certificada.
- Certificado de defunción de EL ASEGURADO, en original o copia certificada.
- Copia Simple del certificado de seguro de desgravamen firmado por el asegurado.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Historia clínica foliada y fedateada del asegurado se requerirá para aquellos casos donde la Compañía de seguros lo considere necesario.

En caso de fallecimiento a consecuencia de un accidente, se deberán presentar estos documentos adicionales:

- Atestado policial completo o diligencias fiscales, según corresponda, en caso de haberse realizado, en original o copia certificada.
- Protocolo de Necropsia completo, en caso de haberse realizado, en original o copia certificada.
- Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado, en original o copia certificada.
- Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado, en original o copia certificada.

Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

- Copia simple del DNI de EL ASEGURADO
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.
- Copia Simple del certificado de seguro de desgravamen firmado por el asegurado.
- Dictamen de Invalidez emitidos por la Comisión Médica de MINSALUD, ESSALUD o EPS o la comisión médica correspondiente de las Fuerzas Armadas en original o copia certificada
- Historia clínica foliada y fedateada del asegurado se requerirá para aquellos casos donde la Compañía de seguros lo considere necesario.

En el caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se deberán presentar estos documentos adicionales:

- Atestado policial completo o diligencias fiscales, según corresponda, en caso de haberse realizado, en original o copia certificada.
- Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado, en original o copia certificada.
- Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado, en original o copia certificada.

Sobrevivencia:

- Copia simple Solicitud firmada por el asegurado titular.
- Copia simple DNI del Asegurado.
- Copia simple Cronograma de pagos de crédito

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar al CONTRATANTE, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción, quien la hará llegar a LA ASEGURADORA. El pronunciamiento de LA ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y/o desaparición forzosa y partida de defunción. Desaparición forzosa: situación en la que el juez emite un acta de defunción, cuando el hecho es sumario.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura del extranjero:

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. LA ASEGURADORA 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.

El pago de COBERTURA SOBREVIVENCIA cuando corresponda será hecho exclusivamente al ASEGURADO TITULAR.

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 ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso LA ASEGURADORA 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 de que LA ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días descrito en el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que LA ASEGURADORA presente una solicitud de prórroga del plazo a fin de determinar la aceptación o rechazo del siniestro.

Una vez consentido el siniestro, LA ASEGURADORA cuenta con el plazo de quince (15) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda a favor de EL BENEFICIARIO.

LUGARES AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por EL CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO a LA ASEGURADORA en las agencias de Compartamos a nivel nacional.

MEDIOS HABILITADOS PARA PRESENTAR 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:

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)

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

Defensoría del Asegurado:

www.defaseg.com.pe

Lima:(01) 446-9158

Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro.

Indecopi:

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 Palmas, Los Olivos, Lima.

Superintendencia de Banca y Seguros y AFP (SBS) solo para consultas y/o denuncias

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 Denuncias: 0800-10840 | (511) 630-9000 y 2001930

MECANISMO 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 y/o el ASEGURADO y/o el 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 el ASEGURADO y/o el 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.

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 ASEGURADORA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- i. LA ASEGURADORA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- ii. LA ASEGURADORA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado de Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
- iii. Las comunicaciones cursadas por el (los) CONTRATANTE(S), ASEGURADO(S) o BENEFICIARIO(S) al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA ASEGURADORA.
- iv. Los pagos efectuados por el (los) CONTRATANTE(S) del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la ASEGURADORA.
- v. EL ASEGURADO autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al CONTRATANTE.
- vi. Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.
- vii. 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.
- viii. A solicitud del contratante y/o asegurado, Compartamos emitirá copia de la póliza correspondiente, debiendo entregarla en un plazo no mayor de 15 días calendario.

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.

IMPORTANTE: La información aquí proporcionada se encuentra a título informativo, prevalecen las Condiciones de las pólizas Grupo N° 6110034 (Soles) que obran en poder del CONTRATANTE. o LA COMPAÑÍA.

COBERTURA SUJETA A LA ACTIVACIÓN DEL PRÉSTAMO EN MATERIA DE LA PRESENTE OPERACIÓN Y LA APROBACIÓN DE LA COMPAÑÍA



Director Unidad Vida