

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 N°

Póliza Seguro De Desgravamen Compartamos Financiera

Adecuado a la ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza Grupo N°61100085

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación Social:	COMPARTAMOS FINANCIERA S.A.	RUC:	20369155360
Dirección: Av. Paseo de la república Nro. 5895 Int. 1301			
Distrito: Miraflores	Provincia: Lima	Departamento: Lima	
Teléfono Fijo: (01) 619 4160	Página web: www.compartamos.com.pe		

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:			

INTERES ASEGURADO

Cancelación de la suma asegurada, entiéndase el Saldo Insoluto del préstamo suscrito con EL CONTRATANTE (saldo capital del préstamo a la fecha del siniestro) en caso se produzca alguno de los riesgos cubiertos.

VIGENCIA DEL SEGURO

Se inicia desde que EL CONTRATANTE efectúe el desembolso del crédito a EL ASEGURADO. Asimismo, la cobertura se mantendrá vigente en tanto: (i) EL ASEGURADO realice el pago puntual y completo de las cuotas del crédito suscrito con EL CONTRATANTE, (ii) se encuentre vigente el crédito asegurado antes descrito, (iii) la póliza de desgravamen de Compartamos Financiera S.A. suscrita con LA ASEGURADORA se mantenga vigente; y, (iv) EL ASEGURADO se encuentre dentro de los rangos de edad establecidos en el presente certificado.

DATOS DEL BENEFICIARIO

El beneficiario de la cobertura del presente seguro es COMPARTAMOS FINANCIERA S.A. Siempre que se determine la procedencia de la cobertura de muerte o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado, La Compañía pagará a COMPARTAMOS FINANCIERA S.A. hasta donde alcancen sus acreencias del monto máximo establecido del saldo de la deuda por Asegurado.

DATOS DEL PRESTAMO

Moneda: Soles () Dólares ()	Plazo del Préstamo: ____ meses	Forma de Pago:
Importe del préstamo:	Tipo de Préstamo:	

MAPFRE Perú Vida Compañía de Seguros y Reaseguros(en adelante la Compañía) con Ruc 20418896915 deja constancia que la(s) persona(s) indicada(s) en este certificado se encuentra(n) amparada(s) por la Póliza Grupo de Desgravamen Soles N° 61100085, emitidas a favor de los clientes titulares de créditos vigentes (Asegurados) de Compartamos Financiera S.A., identificada con RUC 20369155360, para los riesgos materia del seguro hasta el límite de la suma asegurada, siempre que proceda la aceptación de la cobertura de seguro y la póliza se encuentre vigente a la fecha de producirse un eventual siniestro.

Las comunicaciones cursadas por los Asegurados a Compartamos Financiera S.A., por aspectos relacionados a este contrato de seguro tendrán los mismos efectos como si hubieren sido presentadas a La Compañía. Los pagos efectuados por los Asegurados a Compartamos Financiera S.A. se consideran abonados a La Compañía.

PRIMA MENSUAL

Rango de Desembolso	Tasa Comercial Mensual	% de Cargos por Comercialización Inc. IGV
Hasta S/ 7,200	0.545%	23.119%

Prima mínima S/ 1.00

RIESGOS CUBIERTOS

COBERTURAS	DEFINICIÓN
Muerte Natural	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas naturales
Muerte Accidental	Cubre el fallecimiento del asegurado por causas accidentales.
Invalidez Total Permanente y Definitiva por Accidente o Enfermedad	Es la pérdida o disminución física o intelectual igual o superior al 70% de su capacidad de trabajo, reconocida por LA COMPAÑÍA según dictamen médico expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD o Ministerio de Salud (Instituto Nacional de Rehabilitación - INR)

COBERTURA DEL SEGURO

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte Natural	Saldo insoluto (saldo capital) del crédito a la fecha del fallecimiento por muerte natural o accidental del asegurado o al momento en que se produzca la invalidez total y permanente del ASEGURADO, ya sea por accidente o por enfermedad.
Muerte Accidental	
Invalidez Total Permanente y Definitiva por Accidente o Enfermedad	

SUMA ASEGURADA MÁXIMA: Créditos hasta S/ 7,200 por ASEGURADO, hasta la cancelación total del crédito.
Si un asegurado tiene dos o más líneas de crédito aseguradas bajo la misma póliza, la Compañía de Seguros en caso de siniestro indemnizable solo asumirá hasta la suma máxima de S/ 15,000 por los saldos insolutos de las líneas de crédito.

CONDICIONES DE AFILIACIÓN 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 edades:

Sumas Aseguradas Máximas por Asegurado del Crédito	Límite de Ingreso	Límite de Permanencia
Hasta S/ 7,200	74 años y 364 días	79 años y 364 días

Entre 75 y 80 años: 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 70 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; siendo el monto máximo de S/7,200.

Se deja establecido que, si en cualquier momento la persona hubiera excedido los límites de edad establecidos, se dará por concluida la cobertura respectiva, quedando La Compañía obligada únicamente a reintegrar las primas pagadas luego de dichos límites, aun cuando dicha inexactitud se descubra después del fallecimiento o invalidez total permanente y definitiva del Asegurado.

Mediante la firma del presente documento, el Asegurado Titular declara conocer todos los documentos que conforman la Póliza de Seguro de Desgravamen N° 61100085 (Soles). No obstante, el Asegurado también declara haber tomado conocimiento los términos y condiciones que conforman el presente certificado de seguro, habiendo visualizado su contenido en la página web <https://www.compartamos.com.pe/Peru/desgravamen-grupal> . Finalmente, declara que después de acceder dicha página web, ha descargado e impreso los documentos que ha visualizado previamente.

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

Firma Testigo A Ruego

Firma del Asegurado

/ /
Fecha de Solicitud



Director Unidad Vida