

**Solicitud de Seguro N°**  
**Seguro de Vida Compartamos Financiera S.A. - Póliza Grupo N° 6160021**

**DATOS DEL COLABORADOR DE COMPARTAMOS FINANCIERA**

Nombre del Colaborador	Agencia
------------------------	---------

**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			
Distrito	Provincia	Departamento	
Residencia	Nacionalidad	Telf. Fijo	
Telf. Celular	Correo Electrónico Personal		

**RIESGOS CUBIERTOS Y LIMITES ASEGURADOS**

<b>Cobertura principal</b>	<b>Titular</b>
<b>Muerte Natural / Accidental</b>	<b>S/ 5,000</b>
<b>Coberturas Complementarias</b>	
<b>Apoyo Económico por Hospitalización (*)</b>	<b>S/ 75</b>
<b>Gastos Funerarios</b>	<b>S/ 3,500</b>
<b>Prima Mensual</b>	<b>S/ 6.50</b>

**DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO TITULAR**

1. ¿Ha sido diagnosticado y/o he requerido atención médica por: tumores, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, parálisis, enfermedades cardíacas, insuficiencia renal, enfermedades psiquiátricas, enfisema pulmonar, asma, SIDA, VIH o enfermedades relacionadas? Si  No

**BENEFICIARIOS**

N°	Nombres y Apellidos	Parentesco	%

**SEGURO DE VIDA**

Autorizo a Compartamos Financiera S.A. a coordinar la contratación de la póliza de Seguro de Vida que se ha solicitado, cuyas principales condiciones están consignadas en el Certificado de Seguro que declaro recibir con el presente documento.

(\*)La cobertura de apoyo económico por hospitalización es de S/ 75 por cada día durante un máximo de 30 días por accidente o por enfermedad. Esta cobertura se otorgará mediante una indemnización por el total de los días que haya sido hospitalizado.

**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.

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en el presente documento, así como lo indicado en el reverso de la solicitud. 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.

\_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

## 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 Financiera 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](http://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.

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