

Sepelios (Seguro de Vida) - Soles // Seguro de Sepelio Integral

CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO DE SEPELIO

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental creado mediante Ley N° 29355.

LA COMPAÑÍA emite al Contratante la presente Póliza sobre la vida del/los ASEGURADO /s. Los términos, condiciones y cláusulas generales que rigen el presente contrato de seguro son las siguientes:

ARTÍCULO 1° DEFINICIONES:

a. Asegurado: Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente Póliza, que cumple con los requisitos de edad establecidos en las Condiciones Generales del Producto y cuya información general se detalla en las Condiciones Particulares.

b. Beneficio, Indemnización, Capital Asegurado o Suma Asegurada: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza y que será pagado por LA COMPAÑÍA a los beneficiarios de acuerdo con los términos de la Póliza.

c. Beneficiario: Persona(s) designada(s) en la Póliza como titular(es) del derecho a percibir el beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada que se derive de la presente Póliza. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentajes, la repartición se hará en partes iguales. En caso no se designen beneficiarios, o por cualquier causa la designación se vuelva ineficaz o quede sin efecto, se entiende que comprende a los herederos legales.

d. Buena salud: No adolecer de enfermedad o dolencia preexistente.

e. Catástrofe: Suceso en el que se produce el fallecimiento de veinte (20) o más ASEGURADOS en un mismo evento.

f. Cláusulas Adicionales: Son aquellas condiciones especiales y opcionales a la Póliza, que permiten extender o ampliar las coberturas principales comprendidas en las Condiciones Generales del Producto, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

g. Cláusulas Generales de Contratación: Estipulaciones establecidas por LA COMPAÑÍA, que rigen las condiciones comunes a los productos de seguro de sepelio

que LA COMPAÑÍA ofrece. **Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza.**

h. Condiciones Generales del Producto: Estipulaciones establecidas por LA COMPAÑÍA, que rigen las condiciones de cada producto de Seguro de Sepelio que LA COMPAÑÍA ofrece.

Dichas estipulaciones pueden ser modificadas por las Condiciones Particulares, las Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales y/o Endosos, de ser el caso.

i. Condiciones Particulares: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura. Sus estipulaciones pueden ser modificadas por las Condiciones Especiales y/o Endosos de ser el caso.

j. Condiciones Especiales: Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar y en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares del seguro o las presentes Cláusulas Generales de Contratación. Sus estipulaciones pueden ser modificadas por endosos, de ser el caso.

k. Contratante: Persona natural o jurídica que suscribe este contrato con LA COMPAÑÍA y a quien corresponde el pago de las primas, salvo pacto en contrario. El Contratante tiene la atribución de designar a los beneficiarios o ceder y/o delegar esta facultad en cualquiera de los demás integrantes de la Póliza.

l. Convenio de pago: Documento en el que consta la forma y plazos del pago de la prima convenidos con LA COMPAÑÍA en caso se pacte el pago fraccionado de la prima.

m. Desamparo Familiar Súbito: Se entiende por este término, al fallecimiento a consecuencia de un mismo accidente, de ambos padres de hijos menores de dieciocho (18) años de edad.

El Desamparo Familiar Súbito genera un beneficio en cuanto lo establezcan las Condiciones Generales, Particulares o Especiales del producto siempre y cuando ambos padres hubiesen estado amparados bajo la misma Póliza de Seguro de Sepelio y uno de ellos hubiese sido el ASEGURADO titular de la misma.

n. Declaración Personal de Salud: Es el cuestionario que el ASEGURADO completa al momento de solicitarse el seguro, en el cual manifiesta si él, sus dependientes o parientes cercanos padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio del seguro. Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a LA COMPAÑÍA adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo; por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas pueden determinar el rechazo de la reclamación y/o nulidad de la póliza, o la modificación de la misma. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de no asegurar a aquellas personas que considere estén en mal estado de salud.

o. Días: Cuando se establezca la mención a días, éstos deben considerarse días calendario, excepto que se establezca lo contrario.

p. Endoso: Documento que se anexa a la Póliza modificando las condiciones de la misma o incorporando nuevas declaraciones del CONTRATANTE Para su validez, requiere la aprobación de LA COMPAÑÍA y de El Contratante, según corresponda. Su contenido se entenderá vigente hasta que un Endoso posterior las modifique.

q. Enfermedad o dolencia preexistente: Se entiende así a cualquier condición de alteración del estado de salud de EL ASEGURADO o Integrantes de la Póliza, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Contratante y/o ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud que forma parte de la Solicitud de Seguro.

r. Exclusiones: Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro y que se encuentran expresamente indicadas en la Póliza.

s. Integrantes de la Póliza: Grupo de personas naturales cuyas vidas se aseguran en virtud de la Póliza de Seguro de Sepelio contratada, formado por un ASEGURADO titular y la cantidad de integrantes que permita la Póliza, quienes deben cumplir con los requisitos de edad para ser parte de la misma, conforme las Condiciones Generales del producto contratado.

t. LA COMPAÑÍA: MAPFRE PERU VIDA, Compañía de Seguros y Reaseguros, entidad emisora de esta Póliza que en su condición de asegurador y mediante el cobro de la prima, asume el riesgo de este contrato con arreglo a las condiciones de la Póliza.

u. Muerte por Accidente: Se entiende por muerte accidental a aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del asegurado independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Queda claramente entendido que los denominados "accidentes médicos"; el Accidente Cerebro Vascular, los Síncopes o Infartos de Miocardio no están comprendidos dentro de esta definición.

v. Período de carencia: Es el período de tiempo establecido en las Condiciones Generales del seguro contratado, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, durante el cual no se brindan las coberturas del seguro.

w. Póliza: Documento en el que consta el contrato de seguro y que está conformado por las presentes Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales del Producto, las Condiciones Particulares que identifican el riesgo específico, así como las Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, los Endosos, la Solicitud de Seguro y los documentos que contienen las declaraciones efectuadas por El Contratante y/o El ASEGURADO con ocasión de la contratación del seguro.

x. Prima: Es el precio determinado por LA COMPAÑÍA como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas. La prima debe ser pagada con la periodicidad pactada. La prima de seguro y la periodicidad de pago que se pacte se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

y. Servicio de Sepelio: Se entiende como Servicio de Sepelio a la obligación que asume LA COMPAÑÍA de facilitar los elementos necesarios para otorgar el Servicio Funerario y/o el Servicio de Sepultura que corresponda a los integrantes del seguro, a través de sus

proveedores y de acuerdo con las especificaciones y límites que figuran en las Condiciones Particulares de la Póliza.

z. Siniestro: Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.

aa. Tumulto Popular: Toda actuación en grupo con la finalidad de atentar contra la paz pública que produce una alteración del orden, causando lesiones a las personas o daños a las propiedades.

bb. Valores Garantizados: Son los valores de reducción, préstamo y/o rescate a los que tiene derecho EL CONTRATANTE en determinados productos de seguros de vida.

Proceden los valores garantizados una vez pagadas las primas anuales y transcurridas las anualidades del seguro que establecen las condiciones generales del producto y conforme al cuadro de Valores Garantizados detallado en las condiciones particulares que forman parte de la póliza.

ARTÍCULO 2° OBJETO DEL SEGURO:

Por el presente contrato, LA COMPAÑÍA se obliga a brindar el Servicio de Sepelio, así como a pagar al(los) Beneficiario(s) designado(s) las coberturas que se estipulan en las Condiciones Generales del producto, en las Condiciones Particulares, en las Cláusulas Adicionales y/o en las Condiciones Especiales y Endosos, de ser el caso.

Los importes de las coberturas de este seguro y el monto de la prima están detallados en las Condiciones Particulares que forman parte integrante de la presente Póliza.

ARTÍCULO 3° BASES DEL CONTRATO:

La presente Póliza ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada en la solicitud de Seguro por el Contratante y/o EL ASEGURADO, los documentos accesorios o complementarios presentados y sobre la información proporcionada en la Declaración Personal de Salud que forma parte de la Solicitud de Seguro.

La exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de LA COMPAÑÍA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la Prima correspondiente.

El Contratante y/o El ASEGURADO están obligados a declarar a LA COMPAÑÍA antes de la emisión de la Póliza, todos los hechos consultados en la Solicitud de Seguro, que conozcan o debieran conocer mediante la diligencia exigible que pudieran

influir en la determinación de la Prima o en la voluntad de LA COMPAÑÍA de aceptar o rechazar el riesgo a ser asegurado.

La Póliza y sus eventuales endosos aprobados por El Contratante y por los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes, sin cuyo requisito LA COMPAÑÍA no quedará obligada.

En caso de haber diferencias entre las Cláusulas Generales de Contratación y las Condiciones Generales del Producto, prevalecerán éstas últimas. Las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Generales del Producto y las Condiciones Especiales sobre todas las anteriores. Asimismo, cualquier Endoso que modifique cualquiera de las cláusulas o condiciones de la Póliza, tendrá la vigencia indicada en el mismo o hasta que otro Endoso posterior lo modifique.

ARTÍCULO 4° RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

El contrato será nulo y no generará efecto alguno si el Contratante y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada oportunamente del verdadero estado del riesgo. En este caso, será de aplicación lo dispuesto en el Artículo 14° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

Si el Contratante y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas según sea constatada antes o después de producido el siniestro:

1.
 - i. **Si la reticencia o declaración inexacta es constatada antes de que se produzca el siniestro**, LA COMPAÑÍA presentará al Contratante una propuesta de revisión de la póliza dentro del plazo de treinta (30) días contado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días desde notificado.

En caso la propuesta sea aceptada, el reajuste de prima será aplicable según se acuerde. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento por parte de EL CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente.

La resolución del contrato de seguro bajo esta condición no da lugar a la devolución de primas por periodos anteriores en los que la Póliza estuvo vigente, correspondiendo a LA COMPAÑÍA las primas devengadas hasta el momento en que se efectuó la resolución. En caso se hubiese pagado la prima, por periodos posteriores y adelantados, ésta será devuelta en su totalidad a EL CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a la devolución en el plazo de treinta (30) días.

1.
 - ii. **Si la reticencia o declaración inexacta es constatada después de que se produzca el siniestro cubierto por la póliza;** LA COMPAÑÍA reducirá la indemnización a pagar en proporción a la diferencia existente entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo.

Sin perjuicio de ello, si transcurren dos (02) años desde la celebración del contrato, LA COMPAÑÍA no podrá invocar la reticencia o declaración inexacta, a excepción que esta haya sido dolosa.

ARTÍCULO 5º DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En la oferta de seguros, tanto de contratación individual como grupal, efectuada mediante la utilización de sistemas a distancia, en todos los supuestos, o fuera del local de LA COMPAÑÍA, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, o por medio de comercializadores, incluyendo bancaseguros, el CONTRATANTE en caso de contratación individual o el ASEGURADO en caso de contratación grupal, tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, así como los demás canales que la Compañía ponga a disposición para tal fin, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza en el caso de un seguro individual o del Certificado en el caso de un seguro grupal, o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

En caso que el CONTRATANTE o el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento después de haber pagado el total o parte de la prima, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes al ejercicio del derecho de arrepentimiento. El CONTRATANTE o ASEGURADO podrán hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.

ARTÍCULO 6° CONSENTIMIENTO DEL TERCERO:

En caso el Contratante sea una persona distinta del ASEGURADO, éste último deberá aceptar su inclusión como tal en la Póliza, siendo esto un requisito para el pago de cualquier indemnización y/o beneficio adicional que se genere por su fallecimiento.

La aceptación de EL ASEGURADO se materializa con su firma en el respectivo Formato de Declaración de Beneficiarios que forma parte de la Solicitud de Seguro.

De la misma forma, los demás Integrantes deberán aceptar su inclusión como asegurados de la póliza siendo esto un requisito para el pago de cualquier Indemnización y/o Beneficio Adicional que se genere por su fallecimiento.

La aceptación de los demás Integrantes se materializa con su firma en el respectivo Formato de Declaración de Beneficiarios que forma parte de la Solicitud de Seguro.

Cuando el ASEGURADO sea diferente al CONTRATANTE, éste podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual, deberá comunicarlo por escrito a LA COMPAÑÍA, quien, una vez recibida la comunicación, resolverá el contrato de seguro conforme lo indicado en el artículo 14° de las Cláusulas Generales de Contratación del Seguro de Sepelio.

ARTÍCULO 7° EXCLUSIONES:

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

- a. **Reacción nuclear o contaminación radioactiva que no responda a tratamiento médico.**
- b. **Guerra civil o internacional (declarada o no) así como a consecuencia de participación directa en huelgas o vandalismo.**

C) Tumulto popular y/o terrorismo con características de catástrofe conforme las definiciones de la Póliza.

- d. El resultante de homicidio por un Beneficiario de esta Póliza o un integrante de la misma. Esta situación solo afectará a el/los Beneficiario/s causante/s.**
- e. Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante, en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o actividades de alto riesgo, entendiéndose estas últimas como toda actividad que por su naturaleza o lugar donde se realiza implica la exposición o intensidad mayor a las normales presentes en la actividad rutinaria, las cuales puedan causar daños graves o incluso la muerte.**
- f. El riesgo de aviación, salvo que el ASEGURADO esté viajando 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.**
- g. Participación activa del ASEGURADO en apuestas, desafíos y riñas o en actos delictivos o que infrinjan leyes y/o reglamentos.**
- h. Siniestros ocurridos cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas que no correspondan a un tratamiento médico. Aplica esta exclusión cuando el siniestro se produzca como consecuencia directa del estado de ebriedad o de la influencia de drogas por parte de EL ASEGURADO. Se considera estado de ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado superior a 1.0 gr/lit. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.**

Las Condiciones Generales del Producto, las Condiciones Particulares y/o las Condiciones Especiales, de ser el caso, podrán establecer otras exclusiones relacionadas a determinadas Coberturas, así como exonerarlas de ellas.

ARTÍCULO 8º INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

El inicio de vigencia de la Póliza y el plazo de duración se establecen en las Condiciones Particulares.

Si al momento del inicio de vigencia del seguro hubiese ocurrido el fallecimiento de algún integrante de la Póliza, se procederá conforme el numeral 14.2 del Artículo 14º de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

En la eventualidad de que ocurra un siniestro, amparable bajo las condiciones del contrato de seguro, antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, LA COMPAÑÍA deberá cubrir el pago del siniestro, oportunidad en la cual se devengará la prima debida de acuerdo con el Convenio de Pago suscrito, misma que será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

ARTÍCULO 9º PERIODO DE CARENCIA:

El Servicio de Sepelio y la indemnización por muerte natural que corresponda no se otorgarán durante el plazo que se establezca en las Condiciones Generales del Producto. Dicho plazo se computará a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

En caso de Muerte Accidental no será de aplicación el periodo de carencia, procediendo las coberturas del seguro que correspondan, siempre que la cobertura no estuviera suspendida. El período de carencia tampoco será de aplicación en caso LA COMPAÑÍA reconozca el Beneficio de Continuidad indicado en el Artículo 10º de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

ARTÍCULO 10º BENEFICIO DE CONTINUIDAD:

LA COMPAÑÍA podrá reconocer a los integrantes de una Póliza de Seguro de Sepelio vigente y con la cobertura habilitada, la continuidad de vigencia de dicha póliza en caso de migrar a una Póliza de Seguro de Sepelio con La COMPAÑÍA.

En consecuencia, para efectos de la edad límite de ingreso, el período de carencia y/o los riesgos excluidos del presente contrato de seguro, se computará como fecha de inicio de vigencia la que corresponda a la póliza de seguro sepelio del cual provienen los Integrantes.

En este caso, LA COMPAÑÍA indicará expresamente este beneficio en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 11° PRIMA:

La prima del seguro es exigible por la anualidad anticipada, debiendo ser pagada de acuerdo con la periodicidad, lugar y medios de pago convenidos en la Póliza y se sujeta a los plazos acordados en el Convenio de Pago que forma parte de la misma.

El contrato de seguro permanecerá vigente y con la cobertura habilitada siempre que la prima anual o periódica, sea abonada a LA COMPAÑÍA de acuerdo con el Convenio de Pagos establecido en la Póliza, más los recargos por fraccionamiento y los impuestos de Ley que correspondan.

La tasa de costo efectiva anual (TCEA) por fraccionamiento de la prima se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La falta de pago de la prima origina la suspensión de la cobertura del seguro pasados treinta (30) días contados desde el vencimiento de la obligación, previo aviso por parte de LA COMPAÑÍA enviado a El Contratante y/o a EL ASEGURADO Titular de manera cierta a través de los medios y en la dirección acordada en la Póliza, informando el plazo de que se dispone para regularizar la prima pendiente antes de la suspensión y el momento a partir del cual quedará suspendida la cobertura.

Si ocurriese un siniestro antes de la suspensión de cobertura, estando la prima impaga, la prima adeudada por el Contratante y/o ASEGURADO Titular deberá ser pagada o podrá ser deducida de la indemnización de la cobertura principal en caso aplique para tener derecho al servicio de sepelio.

La COMPAÑÍA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, contra la indemnización debida al ASEGURADO o Beneficiario en caso de siniestro. En caso la póliza no contemple el pago de una indemnización, no se podrá proceder con la mencionada compensación.

Si el siniestro ocurriese cuando la cobertura de la póliza está suspendida por falta de pago de primas, LA COMPAÑÍA no será responsable de cubrir el siniestro de la misma, quedando liberada de cualquier obligación.

Si la prima de seguro no se regulariza en el plazo de ciento ochenta días (180) contados desde el vencimiento del último recibo pagado por EL

CONTRATANTE, el contrato quedará extinguido conforme se establece en el artículo 15° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

Ocurrido el fallecimiento del ASEGURADO Titular o de cualquiera de los integrantes de la Póliza, los demás integrantes continuarán amparados bajo el contrato de seguro de acuerdo con su categoría original, debiendo continuar con el pago de la prima establecida para la Póliza, hasta el fallecimiento del último de los mismos.

ARTÍCULO 12° REAJUSTE DE SUMA ASEGURADA Y PRIMA:

La prima del Seguro de Sepelio materia de estas Cláusulas Generales de Contratación, así como los límites de las sumas aseguradas que correspondan, serán reajustadas anualmente por LA COMPAÑÍA a partir de la fecha y en el porcentaje que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El reajuste anual de prima y sumas aseguradas es condición contractual del Seguro de Sepelio.

ARTÍCULO 13° REHABILITACION DE LA COBERTURA DEL SEGURO:

La rehabilitación de la cobertura de seguro, cuando el contrato se encuentra suspendido, se aplica hacia el futuro y requiere el pago total de las cuotas vencidas. En este caso, la cobertura vuelve a surtir efectos a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada a opción del ASEGURADO, mientras que LA COMPAÑÍA no hubiera expresado por escrito su decisión de resolver el contrato.

No habrá posibilidad de rehabilitación de una póliza que ha quedado resuelta por falta de pago u otro concepto.

ARTICULO 14° CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA: LA RESOLUCION Y LA NULIDAD:

1.

1. **La Resolución; deja sin efecto el Contrato de Seguro por haberse presentado una causal con posterioridad a su celebración. La resolución extingue todos los derechos y obligaciones de la Póliza y se presenta en cualquiera de los siguientes casos:**
 - i. **Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO ; para lo cual, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar la**

resolución sin más requisito que una comunicación a LA COMPAÑÍA, pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro, la cual opera de forma inmediata desde el momento de la recepción de la comunicación, fecha que será considerada para el fin de vigencia del contrato de seguro.

La resolución del contrato por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la Póliza y no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos anteriores en los que la Póliza estuvo vigente.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad a EL CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a enviar una comunicación detallando el monto a devolver, dicha comunicación de LA COMPAÑÍA podrá ser realizada utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro.

LA COMPAÑÍA procederá a cancelar el importe de devolución de prima en el plazo de treinta (30) días contados desde la solicitud de resolución del CONTRATANTE.

1.
 1.
 - ii. **Por revocación del consentimiento del ASEGURADO; el contrato será resuelto en caso el ASEGURADO fuese distinto al Contratante y decidiera revocar su consentimiento a la Póliza conforme lo estipulado en el Artículo 6º de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.**

La resolución del contrato por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación respecto a la Póliza y el CONTRATANTE tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo durante el cual el contrato estuvo vigente, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a cancelar el importe a nombre de EL CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación de EL ASEGURADO a que se refiere el Artículo 6º de estas Cláusulas Generales de Contratación del Seguro de Sepelio.

1.
 1.
 - iii. **Por falta de pago de la prima, en caso LA COMPAÑÍA opte por resolver la Póliza y/o Certificado, durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato y/o Certificado de Seguro, se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO recibe una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. LA**

COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al período efectivamente cubierto.

- iv. Por reticencia o declaración inexacta no dolosa cuando LA COMPAÑÍA haya hecho un ofrecimiento de revisión del contrato al CONTRATANTE y éste no haya aceptado el referido ajuste conforme a lo dispuesto el Artículo 4° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación. Se entenderá resuelto el contrato a partir de la fecha de envío de la comunicación por parte de LA COMPAÑÍA al CONTRATANTE.**
- v. Por presentación de Solicitud de Cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO se procederá a la resolución. Sin perjuicio de ello LA COMPAÑÍA se pronunciará sobre la cobertura o no del siniestro en el plazo de treinta (30) días. Se entenderá resuelto el contrato a partir de la fecha de recepción de la comunicación enviada por parte de LA COMPAÑÍA al CONTRATANTE.**
- vi. Por agravación del riesgo, en caso la COMPAÑÍA decida resolver el contrato ante la comunicación escrita realizada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO en la que le comunique circunstancias de agravación del riesgo o tome conocimiento de dicha agravación por otros medios. La COMPAÑÍA contará con un plazo de quince (15) días contados desde la recepción de la comunicación para manifestar su voluntad de resolver el contrato, la que surtirá efectos a partir de la fecha en la que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO reciba dicha comunicación.**

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo LA COMPAÑÍA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- a. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.**
- b. Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de LA COMPAÑÍA.**
- c. Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro.**
- d. LA COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.**

En los supuestos mencionados en los literales a), b) y c) precedentes, LA COMPAÑÍA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

Para los supuestos de los numerales i), ii) iv) y v), en caso se hubiese pagado la prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad a EL CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a cancelar el importe en el plazo de treinta (30) días contados desde la resolución del contrato.

Para los supuestos del numeral vi) LA COMPAÑÍA procederá a cancelar el importe proporcional al CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días contados desde la resolución del contrato.

14.2 La Nulidad; deja sin efecto el contrato de seguro en lo que corresponda a EL ASEGURADO o Integrante, por causal existente al momento de celebrarlo. Son causales de nulidad:

1.

1.

- i. La inexistencia del riesgo; será nulo el contrato en caso de muerte de EL ASEGURADO o de alguno de los Integrantes ocurrida antes del inicio de vigencia de la cobertura del seguro.**
- ii. La reticencia y/o declaración inexacta-si media dolo o culpa inexcusable de ellos-; se entiende por reticencia o declaración inexacta a la omisión o falsedad en las declaraciones del Contratante y/o ASEGURADO respecto de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado las condiciones del contrato si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.**

Media dolo cuando existe una declaración expresa que es inexacta o reticente sobre aquellas circunstancias conocidas por el Contratante y/o ASEGURADO que fueron materia de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios. No obstante, subsistirá el contrato de seguro si la pregunta expresa no fue respondida en el cuestionario y LA COMPAÑÍA igualmente celebró el contrato.

LA COMPAÑÍA podrá invocar la nulidad del contrato de seguro dentro del plazo de treinta (30) días, plazo que se computará desde que LA COMPAÑÍA toma conocimiento de la reticencia o declaración inexacta. Dicho pronunciamiento deberá ser notificado por medio fehaciente.

- iii. La declaración inexacta de la edad de algún integrante de la Póliza, si es que la verdadera edad excedía a la permitida para ingresar a la póliza, salvo que se hubiese aplicado el Beneficio de Continuidad establecido en el Artículo 10° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.**

En los casos indicados en los acápites (i) y (iii) LA COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses en el plazo de treinta (30) días contados desde comunicada la nulidad.

En caso la nulidad se deba a la reticencia o declaración inexacta indicada en el acápite (ii), las primas pagadas por más de un año deberán ser devueltas sin intereses en el plazo de treinta (30) días contados desde comunicada la nulidad, sin perjuicio de ello LA COMPAÑÍA, tendrá derecho al cobro de las primas acordadas para el primer año de duración del contrato, a título indemnizatorio.

En todos los casos descritos es nula la relación contractual en lo que corresponde a EL ASEGURADO Titular o Integrante sobre el cual recae la causal de nulidad.

La Póliza se mantendrá vigente con respecto a los demás Integrantes y la nulidad de la relación contractual del ASEGURADO Titular o Integrante causante no genera devolución de primas.

ARTÍCULO 15° EXTINCIÓN DE LA POLIZA DE SEGURO:

El contrato de seguro terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

1.
 1.
 1.
 - a. **Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.**
 - b. **Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.**
 - c. **Pasados ciento ochenta (180) días sin pago de primas, contados desde el vencimiento del último recibo pagado por EL CONTRATANTE, el contrato de seguro quedará extinguido sin posibilidad de rehabilitación posterior.**

La extinción del contrato por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la póliza, y no da lugar a devolución de primas por periodos anteriores en los que la póliza estuvo vigente.

En caso se produzca la extinción contractual, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 16° COMPROBACIÓN DE LA EDAD:

No podrá reclamarse ningún derecho por razón de este seguro antes de que se haya comprobado ante LA COMPAÑÍA la edad de los integrantes de la póliza a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

La comprobación y/o acreditación de la edad podrá efectuarse en cualquier momento, mediante documento oficial remitido a LA COMPAÑÍA a solicitud de ésta.

En caso de comprobarse que la edad real del ASEGURADO titular o alguno de los Integrantes es inexacta respecto de la edad declarada, se estará a lo dispuesto en los artículos 4° y 14° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

En caso la edad del ASEGURADO exceda los límites establecidos en la Póliza, se procederá a la devolución de la prima pagada, el contrato de seguro será nulo y se procederá a la devolución de las primas pagadas, en el plazo establecido en el artículo 14° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación

ARTICULO 17° PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

Para atender las solicitudes de cobertura por ocurrencia de un siniestro, se deberá presentar ante cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA los documentos que se especifican en el artículo 7° de las Condiciones Generales del Producto, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), según corresponda.

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación presentada referida a la comprobación del siniestro dentro

de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

LA COMPAÑÍA pagará el beneficio de la póliza en el plazo máximo de treinta (30) días contados desde la emisión de su pronunciamiento de aprobación de cobertura o desde que haya sido consentido el siniestro.

No son aplicables a este seguro, deducibles, franquicias, coaseguros y similares.

En los Seguros de Sepelio que LA COMPAÑÍA ofrece no se requiere el Aviso de Siniestro establecido en el artículo 68° de la Ley del Contrato de Seguro N.º 29946.

ARTÍCULO 18° SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

El Contratante, ASEGURADO, Integrantes de la Póliza y/o Beneficiarios, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando LA COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación emplean medios o documentos falsos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

ARTÍCULO 19° AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA:

El Contratante y el ASEGURADO Titular autorizan expresamente a LA COMPAÑÍA, en los casos que se produzca un riesgo amparado por esta póliza, a acceder a su Historia Clínica en cualquier Centro de Salud Privado o Público, en el momento que lo requiera.

ARTÍCULO 20° PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS Y/O 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 requerimientos formales.

Podrán plantearse requerimientos y/o reclamos formales de manera gratuita a través de los siguientes canales:

Requerimientos:

- - Cartas, a través de las oficinas a nivel nacional de la COMPAÑÍA indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, número del documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa de la consulta y/o hecho reclamado y documentos que adjunta.
- - (*) Tipo de solicitante (Contratante, ASEGURADO, Beneficiario, Corredor u otro: especificar)
- - Presencial, a través de las oficinas a nivel nacional de la COMPAÑÍA. Oficina Principal de LA COMPAÑÍA: Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima 18, Perú, teléfono 213-3333 (En Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia)
- - A través de la página Web de MAPFRE Perú, enlazándose al link "Atención de Consultas ": <https://www.mapfre.com.pe/atencion-de-consultas-solicitudes/>

Página Web: <https://www.mapfre.com.pe/seguros-pe/>

A través del Centro Telefónico / 213-3333 (En Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia)

Reclamos:

- - Cartas, a través de las oficinas a nivel nacional de la COMPAÑÍA indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, número del documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa de la consulta y/o hecho reclamado y documentos que adjunta.

(*) Tipo de solicitante (Contratante, ASEGURADO, Beneficiario, Corredor u otro: especificar)

- - "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 <https://www.mapfre.com.pe/seguros-pe/sobre-mapfre-peru/contacto/reclamaciones/> enlazándose al link de “Libro de Reclamaciones” (Reclamos y/o Queja)
- - A través del Centro Telefónico / 213-3333 (En Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia)

A falta de elección por parte del usuario para la remisión de la respuesta del requerimiento y/o reclamo (sea la dirección domiciliaria o electrónica), LA COMPAÑÍA optará por el envío a su dirección domiciliaria, según último dato registrado en LA COMPAÑÍA.

La respuesta al requerimiento y/o reclamo será remitida al usuario en un plazo máximo de quince (15) días de presentada la comunicación y/o formulario a LA COMPAÑÍA. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique. En este caso se informará al usuario, dentro del periodo indicado, las razones de la demora precisando el plazo estimado de respuesta.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta y/o formulario y la respuesta sea a favor del usuario se realizará un segundo envío, dejando la carta de respuesta por debajo de la puerta, anotándose las características del domicilio. Si se tratase de una respuesta a favor de LA COMPAÑÍA y no se logrará ubicar al reclamante se procederá a la remisión por conducto notarial, dando por concluido en ambos casos el proceso del reclamo.

Los reclamos deben efectuarse dentro de los plazos de prescripción establecidos por Ley.

En caso el usuario no se encuentre conforme con los fundamentos de la respuesta, puede acudir a las instancias habilitadas que se detallan en el artículo 32° de las presentes cláusulas.

Para cualquier consulta respecto a su reclamo, puede comunicarse con la Central de Atención al Cliente al teléfono 213-3333 (en Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia) o dirigirse a las plataformas de Atención al Cliente de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias. La relación completa de oficinas de LA COMPAÑÍA se encuentra disponible en la Página Web o a través de la Central de Atención al cliente.

ARTÍCULO 21° MEDIOS DE COMUNICACION Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Para los efectos del presente contrato, LA COMPAÑÍA y el Contratante señalan como su dirección de contacto las que aparecen registradas en las Condiciones Particulares, en donde se notificaran válidamente los avisos y comunicaciones en general.

Si el CONTRATANTE cambiara de dirección de contacto, deberá comunicar tal hecho a LA COMPAÑÍA por escrito a través de los canales de Atención al Cliente y en las oficinas de LA COMPAÑÍA. La relación completa de oficinas de la COMPAÑÍA se encuentra disponible en la Página Web www.mapfre.com.pe o a través de la Central de Atención al Cliente. Todo cambio de dirección de contacto que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

LA COMPAÑÍA no será responsable de las consecuencias que puedan ocurrir respecto a la vigencia de la Póliza debido a la inexactitud de la dirección de contacto del Contratante por falta de actualización de su parte.

ARTÍCULO 22° DATOS PERSONALES:

El Contratante del seguro autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente para la emisión de la Póliza y la actualización de los mismos para:

- Dar cumplimiento al propio contrato de seguros.
- Realizar estudios estadísticos.
- Realizar análisis de siniestralidad.
- Remitir información sobre productos y servicios de LA COMPAÑÍA y de las distintas empresas del Grupo MAPFRE, a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita. Se entiende por empresa del Grupo MAPFRE, a toda aquella empresa que pertenece al mismo grupo económico, según la definición de la Resolución SBS N.º 445-2000.
- Flujo transfronterizo de la información a otras entidades, con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del seguro, así como para garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia.
- Gestión de otras solicitudes o contratos de seguro por parte de las distintas empresas del Grupo MAPFRE

Asimismo, acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras empresas aseguradoras y reaseguradoras,

así como a otras personas naturales o jurídicas con las que las empresas del Grupo MAPFRE mantienen o suscriban acuerdos de colaboración, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.

El Archivo 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 información, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales 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.

ARTÍCULO 23º 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 ASEGURADO y/o 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 ASEGURADO y/o 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.

ARTÍCULO 24º CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS:

Cualquier impuesto, tasa o contribución, creada o por crearse, que grave las primas o las sumas aseguradas o su liquidación o sus prestaciones; serán de cargo del Contratante, ASEGURADO, Beneficiarios o Herederos legales, según sea el caso, salvo aquellos que correspondan a LA COMPAÑÍA y no puedan ser transferidos

ARTÍCULO 25° PÓLIZA ELECTRÓNICA:

LA COMPAÑÍA podrá enviar la póliza de seguro de forma electrónica según consentimiento expreso del Contratante indicado en la Solicitud de Seguro y registrado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso el ASEGURADO Titular sea una persona distinta del Contratante, la Póliza será igualmente remitida al ASEGURADO Titular de forma electrónica a la dirección de correo electrónico proporcionada por el Contratante.

ARTÍCULO 26° OFERTA A TRAVÉS DE COMERCIALIZADORES:

El presente seguro podrá ser comercializado por cualquiera de los canales de comercialización permitidos en las normas vigentes.

En el caso de oferta de seguros a través de comercializadores, siempre que el marco regulatorio lo permita, será de aplicación lo siguiente:

- a. LA COMPAÑÍA es responsable frente al Contratante y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- b. LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N.º 3274-2017 y sus normas modificatorias.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante, ASEGURADO o Beneficiario al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA.

- c. Los pagos efectuados por el Contratante del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.

ARTICULO 27° CORREDORES DE SEGUROS:

El CONTRATANTE declara conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración más no de disposición vinculados a sus intereses en la Póliza, teniendo las siguientes funciones, deberes y responsabilidades:

- Intermediar en la contratación de seguro.
- Informar a LA COMPAÑÍA, en representación del ASEGURADO sobre las condiciones del riesgo.
- Informar a EL ASEGURADO o CONTRATANTE del seguro, en forma detallada y exacta, sobre las cláusulas del contrato.
- Comprobar que la Póliza contenga las estipulaciones y condiciones según las cuales se cubre el riesgo.
- Comunicar a LA COMPAÑÍA cualquier modificación del riesgo que demande a su vez variar el monto de la cobertura.
- Prohibición a Corredores: Los corredores de seguros están prohibidos de suscribir cobertura de riesgos a nombre propio o cobrar por cuenta o en representación de LA COMPAÑÍA.
- Avisos y Comunicaciones: Los avisos y comunicaciones que intercambien los Corredores con LA COMPAÑÍA deberán ser formulados por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursados.
- Efectos de Comunicación al Corredor: Los documentos enviados, así como las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y LA COMPAÑÍA surten todos sus efectos en relación al ASEGURADO, y al CONTRATANTE en su caso, siempre que la carta de nombramiento se encuentre vigente.

ARTÍCULO 28° MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

1. La modificación en la renovación automática, requiere que se aplique un preaviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días, y el CONTRATANTE tendrá treinta (30) días para rechazar las modificaciones.

Ante la falta de rechazo de las modificaciones por parte del CONTRATANTE a la renovación, éstas se dan por aceptadas.

2. En caso no tuviera renovación automática (facultativa), si hubiera una propuesta de modificación, sería también con un preaviso por escrito al CONTRATANTE, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días de anticipación al vencimiento para que EL CONTRATANTE lo evalúe, el CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días para aceptar o rechazar la propuesta, caso contrario a falta de su pronunciamiento no se procederá con la renovación de la póliza.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente. Una vez concluido este periodo, no procederá la renovación del contrato.

3. Durante la vigencia de la póliza LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a evaluar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de (30) días desde que la misma le fue informada.

En caso de aceptarse la modificación de los términos del contrato, EL CONTRATANTE deberá comunicar las mismas a los ASEGURADOS. La comunicación al CONTRATANTE debe contener aquellos aspectos que serán materia de cambio, señalando en qué consiste la modificación, a fin de que el CONTRATANTE tome conocimiento de ello y pueda adoptar una decisión.

La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

ARTÍCULO 29° LEY APLICABLE:

El presente contrato se interpretará de acuerdo con las leyes de la República del Perú.

ARTÍCULO 30° DEFENSORIA DEL ASEGURADO:

El presente Artículo establece el derecho del ASEGURADO y/o Usuario de los servicios de seguro, de acudir a la Defensoría del ASEGURADO para resolver las controversias que surjan entre el ASEGURADO y/o Usuario y LA COMPAÑÍA, de acuerdo a los términos y Condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado.

El ASEGURADO y/o el Usuario podrá hacer uso de ella en caso de que no se encuentre conforme con la decisión de LA COMPAÑÍA.

- La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de los derechos de los ASEGURADOS y/o Usuarios de los servicios del seguro, mediante la solución de controversias que los ASEGURADOS sometan para su pronunciamiento.
- El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO y/o Usuario.

- Procede sólo para atender reclamos formulados por ASEGURADOS y/o usuarios, personas naturales y jurídicas, que no excedan de US\$ 50,000 de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de atención de reclamos en la Empresa de Seguros.
- El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de dos (2) años computados a partir del día siguiente de recibida la primera notificación en que es denegada o rechazada la pretensión por la Empresa de Seguros.

La Defensoría del Asegurado resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de haber dado a ambas partes la posibilidad de ser escuchadas. La resolución no obliga al ASEGURADO y/o Usuario ni limita su derecho a recurrir posteriormente ante el órgano jurisdiccional.

- Toda resolución emitida por la Defensoría que quede firme, es vinculante para LA COMPAÑÍA, que deberá proceder conforme a lo ordenado en un plazo máximo de quince (15) días hábiles de notificada la resolución final. El cumplimiento de una resolución, no impide que LA COMPAÑÍA exija el cumplimiento de las formalidades pactadas y usuales para que el pago correspondiente.

ARTÍCULO 31° OBSERVACIONES A LA PÓLIZA:

Dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la póliza por el CONTRATANTE, se podrán formular observaciones respecto de su contenido, solicitando por escrito su rectificación en forma precisa. Transcurrido ese plazo sin que medie observación, se tendrá por aceptada la póliza emitida.

En caso el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta u oferta, dicha aceptación se presume sólo cuando LA COMPAÑÍA advierte al CONTRATANTE en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas.

Si la referida advertencia es omitida por LA COMPAÑÍA, se tendrán las diferencias como no escritas, salvo que sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

ARTÍCULO 32° INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Departamento de Servicios al Ciudadano

Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro, Lima

Otras oficinas a nivel nacional en la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Teléfonos: 0800-10840 | (511) 200-1930

www.sbs.gob.pe

INDECOPI

Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima

Otras oficinas a nivel nacional en la página web de INDECOPI

Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias)

www.indecopi.gob.pe

Defensoría del ASEGURADO

Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9 San Isidro, Lima Perú

Teléfono: 201 1600 Anexo 425

www.defaseg.com.pe

ARTÍCULO 33° INFORMACIÓN PERIODICA AL CONTRATANTE:

En los casos en que se fraccione la Prima Comercial, LA COMPAÑÍA pondrá a disposición de EL CONTRATANTE, a solicitud de este, la información relacionada a los pagos efectuados y aquellos que se encuentran pendientes, incluyendo las fechas de pago de las cuotas periódicas, de acuerdo al Convenio de Pago; y de ser el caso, el monto por concepto de intereses, detallados de manera desagregada.

El envío o puesta a disposición periódica se realizará por medios electrónicos, salvo que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite su envío por medio físico dentro de un plazo máximo de quince (15) días posteriores del mes en que la información es requerida.

ARTÍCULO 34° PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo legal de diez (10) años contados a partir de la ocurrencia del siniestro. En caso de cobertura de fallecimiento dicho plazo se contabiliza para los BENEFICIARIOS a partir de que estos conocen la existencia del beneficio.