Trébol Salud
(Seguro médico) - Soles

Claúsulas Generales de Contratación de los Seguros de Asistencia Médica

LA COMPAÑÍA emite la Póliza de Seguro para cubrir los gastos médicos del CONTRATANTE y/o ASEGURADO en los términos especificados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El contrato de seguro se regirá por los términos y según las siguientes Cláusulas Generales de Contratación:

1. DEFINICIONES

a. Accidente

Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

b. Accidente serio

Se considera como tal a toda lesión corporal producida por un accidente y que de no recibir atención médica o quirúrgica en menos de veinticuatro (24) horas compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

c. Asegurado

Persona natural que tiene derecho a las coberturas del seguro. Dentro de esta denominación se incluye a sus Dependientes siempre que se encuentren identificados como tales en las Condiciones Particulares.

d. Atención al crédito

Bajo este sistema el ASEGURADO podrá hacer uso de su seguro en cualquier proveedor médico afiliado a la red de proveedores de LA COMPAÑÍA, pagando solamente los deducibles y/o coaseguros que se establezca en la tabla de beneficios y gastos no cubiertos por la póliza.

e. Atención a reembolso

Bajo este sistema el ASEGURADO podrá atenderse fuera de la red de proveedores médicos afiliados a la red de proveedores de LA COMPAÑÍA por lo cual puede no reconocerse la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

El límite de gastos se especifica en las Condiciones Generales de la Póliza.

f. Buena salud

No adolecer de enfermedad o dolencia preexistente.

g. Coaseguro

Porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado a la red de LA COMPAÑÍA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Coaseguros se especifican en las demás Condiciones de la Póliza.

h. Contratante

Persona natural o jurídica que toma el seguro, ya sea a su favor, en cuyo caso será también el ASEGURADO, o a favor de otra persona. Es el obligado al pago de la prima, salvo pacto en contrario, y con quien se convienen las condiciones del seguro.

i. Culpa inexcusable

Incurre en culpa inexcusable quien por negligencia grave no ejecuta la obligación.

j. Declaración de Salud

Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud y del estado de salud de sus dependientes.

La Declaración de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por LA COMPAÑÍA, pudiendo encontrarse como parte de la solicitud de seguro.

k. Deducible

Monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado de la red de LA COMPAÑÍA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en las Condiciones Particulares. Una misma atención puede estar afecta a deducibles y Coaseguro.

l. Dependiente

Serán las personas designadas como tales en el Condicionado General del producto. Particulares. Una misma atención puede estar afecta a deducibles y Coaseguro.

La identificación de los Dependientes, debe figurar en las Condiciones Particulares de la Póliza.

m. Días

Cuando se establezca la mención a días, éstos deben considerarse días calendarios, excepto que se establezca lo contrario.

n. Dolo

Procede con dolo quien deliberadamente no ejecuta la obligación.

o. Enfermedad

Toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.

p. Exclusiones

Circunstancias y/o causas no cubiertas por el seguro. Se encuentran expresamente indicadas en las demás Condiciones de la Póliza.

q. Interés Asegurable

Requisito que debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su salud y patrimonio.

r. LA COMPAÑÍA

Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros.

s. Periodo de Carencia

Es el período de tiempo establecido en el condicionado general del seguro, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. Durante dicho período no se brindarán las coberturas del seguro. Las enfermedades que le ocurran o que le sean diagnosticadas al ASEGURADO dentro del periodo de carencia no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose éstas como excluidas de cobertura.

El periodo de carencia no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica previo, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 29º de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

El periodo de espera no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica o plan médico EPS previo, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 29º de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

t. Periodo de Espera

Es el período establecido en el condicionado general del seguro, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza durante el cual ciertas enfermedades y procedimientos no están cubiertos. A diferencia delperiodo de carencia, todo diagnóstico o enfermedad manifestado durante este período sí estará sujeto a cobertura luego de transcurrido el plazo establecido como período de espera. Durante el periodo de espera los gastos relacionados con las enfermedades y procedimientos sujetos de espera, no serán considerados como gastos cubiertos bajo el seguro contratado.

El periodo de espera no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica previo, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 29º de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

El periodo de espera no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica o plan médico EPS previo, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 29º de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

u. Póliza

Se entiende el presente contrato de Seguro, constituido por la solicitud de Seguro, estas Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales del Riesgo asegurado, las Condiciones Particulares, Especiales, Adicionales, endosos y anexos, así como los demás documentos que contienen declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE o ASEGURADO con ocasión de la contratación del Seguro.

v Preexistencia

Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración de Salud. Para los efectos de la presente definición se considera condición de alteración del estado de salud no resuelta, aquella en la que

luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, el ASEGURADO presenta alguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico), como signos, síntomas, resultados de exámenes complementarios y/o resultados de imágenes; inclusive aquellas enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, aun después de haber recibido algún tratamiento, o aquellas enfermedades que requieren de continuidad en la atención médica.

Adicionalmente LA COMPAÑÍA, podrá solicitar informes médicos adicionales y/o informes al médico tratante y/o podrá evaluar a los asegurados por facultativos designados por ella, con la finalidad de comprobar la no presencia de evidencia de la enfermedad o que la enfermedad no se volverá a presentar.

LA COMPAÑÍA está prohibida de exigir exámenes genéticos previos a la celebración del contrato de seguro y no puede condicionar la aceptación, vigencia o renovación de coberturas de seguro a la realización de dichos exámenes.

w. Prima

Valor determinado por LA COMPAÑÍA como precio del seguro. Debe ser pagado en la forma y con la periodicidad establecida en las Condiciones Particulares o en el Convenio de Pago que forma parte de la Póliza, a efectos de mantener vigente el contrato de seguro, así como las coberturas contempladas en él.

x. Siniestro

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

y. Solicitud de cobertura

Pedido de la cobertura contenida en la Póliza que es efectuado ante LA COMPAÑÍA por la ocurrencia de un siniestro.

z. Solicitud de seguro

Documento o medio escrito o de cualquier otra naturaleza, que es suministrado por LA COMPAÑÍA, a través del cual se permita comprobar que existe la aceptación del CONTRATANTE a contratar el seguro. En la solicitud de seguro se identifica entre otros al ASEGURADO, se define el tipo de seguro así como la prima y contiene la Declaración de Salud de los potenciales asegurados, como mínimo.

2. CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de la prima, a asumir los gastos por las coberturas convenidas, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza de seguro; en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

La Póliza está formada por: Estas Cláusulas Generales de Contratación, Condiciones Generales del Riesgo asegurado, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, endosos y documentos que contienen declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO con ocasión de la contratación del seguro. En caso de producirse discrepancias entre las Cláusulas Generales de Contratación y las Condiciones Generales del Riesgo asegurado, prevalecerán estas últimas. Las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Generales y las Condiciones Especiales sobre todas las anteriores.

Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas. Para que las cláusulas manuscritas sean consideradas válidas, deberán contar con la firma y sello de quien las redactó y la fecha en que se produjo tal redacción.

3. OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente contrato, LA COMPAÑÍA se obliga, dentro de los límites establecidos en el contrato de seguro a reparar las consecuencias económicas producidas por la enfermedad y/o accidente del ASEGURADO y sus Dependientes inscritos en la Póliza.

La prestación de LA COMPAÑÍA podrá consistir en (i) el reembolso al ASEGURADO de los gastos derivados de la asistencia médica, (ii) una indemnización a suma alzada o periódica en caso de invalidez temporal o permanente, o de otras circunstancias acordadas en la Póliza; o (iii) en garantizar al ASEGURADO y sus Dependientes los servicios de asistencia médica poniendo a su disposición dichos servicios y asumiendo directamente su costo, conforme sea establecido en las demás Condiciones de la Póliza.

En las demás Condiciones de la Póliza se fijará el tipo de prestación, las coberturas, los periodos de carencia y/o de espera que resulten aplicables, las exclusiones, la prima y su forma de pago, y en general los límites y condiciones de las coberturas ofrecidas por LA COMPAÑÍA.

El CONTRATANTE se obliga al pago de la prima en los plazos y forma señalado en el Convenio de Pago.

4. BASES DEL CONTRATO

La presente Póliza se emite teniendo como base la información proporcionada por el CONTRATANTE en la Solicitud de Seguro y en la Declaración de Salud, así como en las declaraciones adicionales que le hayan sido requeridas para la debida evaluación del riesgo.

La cobertura de la Póliza está sujeta a que LA COMPAÑÍA haya aprobado la Solicitud de Seguro y el CONTRATANTE haya cumplido con pagar la prima o aceptado el Convenio de Pago obligándose a pagarla, con excepción a lo pactado en el segundo párrafo del numeral 8 de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

La póliza y sus eventuales endosos acordados por las partes son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

En caso la Póliza se origine como consecuencia de una propuesta u oferta realizada por LA COMPAÑÍA, y el contenido de esta Póliza difiera de dicha propuesta u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando LA COMPAÑÍA advierte al CONTRATANTE, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen estas 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.

5. DECLARACIONES

El ASEGURADO está obligado a llenar y completar debidamente la Solicitud de Seguro y la Declaración de Salud o cuestionarios médicos que le suministre LA COMPAÑÍA. En el caso de contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, cuando el marco regulatorio permita la contratación a través de dicho mecanismo, el ASEGURADO estará obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.

La exactitud y veracidad de estas declaraciones, es determinante para la aceptación del riesgo por parte de LA COMPAÑÍA, así como para la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.

Las declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tienen efecto sobre la validez del contrato en tanto medie dolo o culpa inexcusable, conforme a lo establecido en las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

6. COBERTURAS Y EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA brindará al ASEGURADO las coberturas del seguro en la forma y bajo los términos y condiciones establecidos en las demás Condiciones de la Póliza. **El seguro contempla exclusiones o gastos no cubiertos por LA COMPAÑÍA los cuales se especifican en las demás Condiciones de la Póliza.**

7. VIGENCIA Y RENOVACIÓN

La presente Póliza inicia su vigencia a las doce (12) horas del día señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, y se renueva automáticamente, en los mismos términos y condiciones pactados originalmente, salvo que alguna de las partes manifieste su decisión por escrito de no renovar la póliza, con al menos treinta (30) días antes al vencimiento, en cuyo caso termina a las doce (12) horas del último día de su vigencia.

Salvo que las partes estipulen por escrito lo contrario, producida la renovación automática de la póliza, la prima correspondiente deberá ser abonada en los mismos términos, condiciones y plazos acordados originalmente.

No aplica la resolución sin expresión de causa por parte de la compañía de seguros.

Cuando LA COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando los cambios en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA. En caso la propuesta de modificaciones se tenga por aceptada, se emitirá la póliza consignando las modificaciones realizadas en caracteres destacados.

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, la compañía podrá dejar de renovar la póliza salvo en los supuestos que se detallan en los párrafos siguientes:

En el caso de seguros individuales, una vez los contratantes hayan venido renovando las pólizas de seguros por lo menos en los últimos cinco (5) años consecutivos, tienen derecho a continuar renovando los contratos indefinidamente, con coberturas no menores que las pactadas anteriormente.

En el caso de pólizas contratadas de manera colectiva por empresas (personas jurídicas o personas naturales con negocio), una vez que los asegurados a título individual dejen de formar parte del grupo asegurado, podrán contratar un seguro individual con la misma empresa de seguros que le dio la cobertura colectiva, considerándose la contratación como una renovación de la cobertura anterior, con la misma o mayor cobertura pactada de manera colectiva, por lo que la cuantificación de los años a que se refiere el primer párrafo del presente artículo considerará como fecha de inicio la que registre de modo original la póliza colectiva. Para tales efectos, el plazo para contratar la póliza individual será dentro de los ciento veinte (120) días calendarios siguientes a la fecha en la que dejó de formar parte de la póliza colectiva.

Queda establecido que de existir Períodos de Carencia y/o de Espera, los mismos se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores. Asimismo, en caso de renovación de la Póliza o en caso que, se estuviera ante una emisión continuada de pólizas sin intervalos de tiempo, no será necesario que el ASEGURADO presente una nueva Solicitud de Seguro ni una nueva Declaración de Salud. Ambas concesiones se darán en tanto exista sucesión continua e ininterrumpida de Pólizas. En caso contrario, se deberá presentar nuevamente la Solicitud de Seguro y llenar la correspondiente Declaración de Salud y se iniciará nuevamente el cómputo de los respectivos plazos de espera y de carencia, previa aprobación de la Solicitud por parte de LA COMPAÑÍA.

8. INICIO DE LA COBERTURA

Las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido.

Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un siniestro 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 al convenio de pago suscrito, misma que será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

9. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Resolución:

La resolución deja sin efecto el Contrato de Seguro, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones acordados en la Póliza o Certificado y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

a. **Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación a LA COMPAÑÍA empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro, siempre que sea fehaciente, puede resolver su Póliza. De igual forma, en caso de seguros grupales, EL ASEGURADO, por decisión unilateral y sin expresión de causa, y sin más requisito que una comunicación a LA COMPAÑÍA, puede resolver su Certificado.**

En tal supuesto, la resolución se ejecuta de manera inmediata y a LA COMPAÑIA le corresponde la proporción de la prima por el período efectivamente cubierto.

b. **Por falta de pago de la prima, en caso LA COMPAÑÍA opte por resolver la Póliza o Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE 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.**

c. **Por agravación del riesgo, en caso la COMPAÑÍA decida resolver el contrato de seguro ante la comunicación escrita realizada por el ASEGURADO o CONTRATANTE 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 o desde que toma conocimiento de la agravación, indicando en dicha comunicación la fecha de efecto de la resolución del contrato.**

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE 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:

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

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) 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, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

d. Por presentación de Solicitud de Cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas presentadas por el ASEGURADO se procederá la resolución. Sin Perjuicio de ello, LA COMPAÑÍA procederá con la evaluación correspondiente a la viabilidad del pago de la cobertura dentro de un plazo máximo de 30 días desde presentada la documentación para la solicitud de cobertura.

e. Por reticencia y/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 establecido en el artículo 10° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

Durante la vigencia de la Póliza o Certificado, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por:

a. EL CONTRATANTE en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a lo establecido en el literal a) del presente artículo. En caso de seguros grupales, por EL ASEGURADO, conforme a lo establecido en el literal a) del presente artículo.

b. LA COMPAÑÍA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b) al e) precedentes.

El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión.

En cualquiera de las situaciones anteriores, LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE, detallando el monto a devolver, por cualquiera de los medios de comunicación pactados según lo establecido en el artículo 17º de la presente Cláusulas Generales de Contratación, en caso corresponda reembolsar al CONTRATANTE lo referente a la prima pagada por periodos posteriores o adelantados. LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque, que estará a disposición del beneficiario, en el plazo de treinta (30) días contados desde la solicitud de resolución del CONTRATANTE. En caso de seguros colectivos en los cuales EL ASEGURADO haya asumido el cargo de la prima, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abono a favor del ASEGURADO, previa coordinación.

Para los seguros masivo y no masivo y, siempre y cuando corresponda la devolución de primas en función al plazo notranscurrido, esta será efectuada por la Compañía dentro del plazo de treinta (30) conforme a lo indicado en el párrafo anterior.

Nulidad:

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir, desde el inicio por lo cual se considera que nunca existió dicho contrato y por lo tanto, nunca produjo efectos legales.

El contrato de seguro será nulo si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

a. Hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.En tal supuesto, la resolución se ejecuta de manera inmediata y a LA COMPAÑIA le corresponde la proporción de la prima por el período efectivamente cubierto.

b. **Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.**

c. **Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable CONTRATANTE y/o ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.**

Para el caso descrito en el literal c) precedente, LA COMPAÑÍA dispone de un plazo de 30 (treinta) días para invocar dicha causal desde que es conocida por ésta.

La comunicación mediante la cual LA COMPAÑÍA comunique su decisión de invocar la nulidad debe ser realizada mediante un medio fehaciente.

En caso de nulidad el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza emitida a su favor. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a LA COMPAÑÍA la suma percibida. LA COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses excepto en el supuesto señalado en el literal c) precedente, en cuyo caso LA COMPAÑÍA retendrá el monto de las primas acordadas para el primer año, a título indemnizatorio, perdiendo el CONTRATANTE y/o ASEGURADO el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

En caso corresponda devolver al CONTRATANTE lo referente a la prima pagada, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abonar en cuenta, en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación mediante la cual LA COMPAÑÍA comunicó su decisión de invocar la nulidad a EL CONTRATANTE. En caso de seguros colectivos en los cuales EL ASEGURADO haya asumido el cargo de la prima, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abono a favor del ASEGURADO, previa coordinación.

Terminación:

El Contrato de Seguro terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

a. **Al fallecimiento del ASEGURADO.**

b. **Al finalizar la vigencia de la Póliza o Certificado, siempre que no sea renovada.**

c. **Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima, se entiende que el contrato queda extinguido.**

d. **Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.**

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

10. RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA

Se considerará que existió dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO cuando efectúe declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por éstos, que fueron materia de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios, a sabiendas que son falsas y con la intención de ocultar información que de haber sido conocida por LA COMPAÑÍA la hubiera llevado a no celebrar el Contrato de Seguro o lo hubiera hecho en circunstancias diferentes.

En este supuesto se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente, en lo relativo a Nulidad.

No procede la nulidad, revisión o resolución del contrato cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario, y LA COMPAÑÍA igualmente celebró el contrato.

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realiza 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:

i. Si 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 computados 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. Si la revisión es aceptada el reajuste de la prima se paga según lo acordado. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento del Contratante respecto de la revisión de la Póliza, LA COMPAÑÍA podrá resolver la Póliza de Seguro, mediante una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijados en el párrafo precedente. Corresponden a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

ii. Si la constatación de la declaración inexacta o reticente no dolosa es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la Póliza, LA COMPAÑÍA reducirá la suma asegurada a pagar en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. En este sentido, la suma asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá suma asegurada a pagar.

11. PRIMA

La prima de seguro tiene el objeto de garantizar el cumplimiento de las obligaciones con el ASEGURADO derivadas de las coberturas contenidas en la Póliza, durante el plazo de vigencia de la misma, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma pactados.

Producido el inicio de la cobertura, si la prima no es pagada dentro del plazo convenido, la cobertura del seguro se suspende automáticamente una vez transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación. Para dicho efecto, LA COMPAÑÍA comunicará de manera cierta al ASEGURADO Y/O CONTRATANTE a través de los medios y en la dirección previamente acordada, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto comunicará por escrito al Contratante con treinta (30) días de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

Asimismo, en caso la prima se mantenga impaga hasta por un período de noventa (90) días el Contrato de Seguro se extinguirá, inclusive si la cobertura se suspendió por efecto de falta de pago.

12. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA Y AJUSTE

El monto de la prima a pagar por el Contratante se determina en base a la edad declarada, las respuestas brindadas en el cuestionario de salud contenido en la Declaración de Salud, a la siniestralidad del programa y a los costos de los proveedores médicos.

En las demás Condiciones de la Póliza se establece la estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la prima, así como los criterios técnico – financieros y supuestos actuariales para realizar el ajuste de las primas correspondientes en cada vigencia o renovación de la Póliza.

13. REHABILITACION

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la póliza, siempre que LA COMPAÑÍA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá rehabilitar la cobertura previo pago de todas las primas impagas. La cobertura quedará rehabilitada desde las 0:00 horas del día siguiente a la fecha de pago, no siendo responsable LA COMPAÑÍA por siniestro alguno ocurrido durante la suspensión.

14. SOLICITUD DE COBERTURA

El procedimiento para atender las solicitudes de cobertura se establecerán en las demás Condiciones de la Póliza.

15. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

El CONTRATANTE y/o el ASEGURADO perderá el derecho a ser indemnizado, 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, con o sin su conocimiento, medios o documentos falsos y/o adulterados, para sustentar una solicitud de cobertura o para obtener, ya sea para sí o para terceros beneficios o coberturas del seguro otorgados por la presente Póliza.

En caso LA COMPAÑÍA, actuando de buena fe, atiende un siniestro que posteriormente se determine que ha sido fraudulento, el ASEGURADO estará obligado a devolver el íntegro de lo indebidamente pagado, conjuntamente con el interés legal máximo permitido por ley al momento de la identificación del fraude, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios.

16. INFORMACIÓN MÉDICA E HISTORIA CLÍNICA

El ASEGURADO se compromete a facilitar a LA COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento de atención médica, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA, bajo su cuenta y costo, tiene derecho a que el ASEGURADO sea examinado por los médicos designados por ella, para comprobar la procedencia de cualquier siniestro o solicitud de cobertura.

17. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados y notificados al domicilio señalado en el contrato o, alternativamente, a través del mecanismo previsto contractualmente, bajo sanción de tenerse por no cursados.

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.

18. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia, desavenencia o solicitud de cobertura 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, 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, el Centro de Conciliación y Arbitraje - CECONAR (SUSALUD), entre otros, según corresponda.

19. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro. Sin embargo, para las coberturas relativas a la muerte del ASEGURADO, el plazo de prescripción se computa desde que el beneficiario conoce sobre el beneficio.

20. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El ASEGURADO tiene derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO ubicada en Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9, San isidro, Lima, Teléfono 421 0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre él y LA COMPAÑÍA sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para LA COMPAÑÍA.

El ASEGURADO debe tener en cuenta lo siguiente:

a. La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de los derechos de los asegurados, mediante la solución de controversias que estos últimos sometan para su pronunciamiento, dentro de su ámbito de competencia.

b. El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO, EL CONTRATANTE y los beneficiarios de los servicios de seguro.

c. Procede solo para atender reclamos formulados por asegurados, personas naturales y jurídicas, que no excedan de US$ 50,000 (o su equivalente en moneda nacional) de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de atención de reclamos en LA COMPAÑÍA.

d. El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de dos (2) años computados a partir del día siguiente de la notificación en que es denegada la pretensión por LA COMPAÑÍA.

e. 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 el ASEGURADO, EL CONTRATANTE y los beneficiarios de los servicios de seguro, ni limita su derecho a recurrir posteriormente al órgano jurisdiccional.

f. La resolución emitida es vinculante y obligatoria para LA COMPAÑÍA cuando ésta es aceptada por el ASEGURADO, EL CONTRATANTE y los beneficiarios de los servicios de seguro, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles de notificada.

21. TRIBUTOS

Todos tributos que graven las primas, o sumas aseguradas o indemnizaciones por siniestros, serán de cargo del ASEGURADO y/o su Beneficiario y/o sus herederos legales, salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de LA COMPAÑÍA y no puedan ser trasladados.

22. SUBROGACIÓN

Desde el momento que LA COMPAÑÍA indemniza parcial o totalmente cualquiera de los riesgos cubiertos por la póliza, se subroga en los derechos que corresponden al CONTRATANTE y/o ASEGURADO contra los terceros responsables en razón del siniestro, hasta el monto de la indemnización pagada.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO es responsable de todo acto que perjudique a LA COMPAÑÍA en el ejercicio del derecho de subrogación.

La subrogación, únicamente, es aplicable en los casos de Asistencia Médica.

23. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

Los usuarios y/o consumidores, entendiéndose éstos como la persona natural o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por LA COMPAÑIA; podrán presentar consultas, reclamos y requerimientos a través de las plataformas establecidas por LA COMPAÑÍA y/o cualquier otro medio que establezca la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

Consultas

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, número de póliza de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, de la consulta.

- A través de la página Web de MAPFRE PERU http://www.mapfre.com.pe enlazándose al link de “Atención de Consultas”

Reclamos y Requerimientos

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, número de póliza de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, del hecho reclamado y documentos que adjunta.

- “Libro de Reclamaciones Virtual”, que estará al alcance del consumidor o usuario, siendo asesorado por un Ejecutivo de Atención al Cliente en las oficinas de LA COMPAÑIA a nivel nacional. Podrá adjuntar, de ser el caso documentos que sustenten su reclamo y/o requerimiento.

- A través de la página Web de MAPFRE PERU http://www.mapfre.com.pe enlazándose al link de “Libro de Reclamaciones” (Reclamos y Requerimientos). La respuesta al reclamo, será remitida al usuario en un plazo máximo de quince (15) días hábiles de presentada la comunicación a LA COMPAÑÍA.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta, y luego de que LA COMPAÑÍA haya realizado las gestiones correspondientes para ubicar a la persona conforme a los datos con los que cuenta, se le tendrá por atendido y archivado.

24. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros, tanto de contratación individual como grupal, efectuada mediante la utilización de sistemas a distancia, considerando también la intermediación de un corredor de seguros que haya empleado mecanismos a distancia, o fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros, 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 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 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 podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.

25. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Por el presente documento, otorgo mi consentimiento libre, previo, expreso informado e inequívoco para que MAPFRE PERÚ COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante, "MAPFRE"), con domicilio en Av. Armendáriz 345, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima, Perú, incluya mis datos personales, sensibles o no, en sus sistemas y bases de datos, y les dé tratamiento conforme a las finalidades descritas en esta cláusula.

Consiento expresamente la comunicación de mis datos personales a las entidades y/o personas a las cuales MAPFRE les encargará el cumplimiento de ciertas actividades para el desarrollo de los servicios que pudieran ser contratados y exclusivamente para dicho fin, cuyo listado completo se encuentra en la página web www.mapfre.com.pe, teniendo conocimiento que MAPFRE asegura la confidencialidad de mis datos y garantiza que no los compartirá con personas ajenas, salvo lo indicado en el presente documento. Igualmente, acepto y consiento los flujos transfronterizos de mi información a otras entidades ubicadas en España, Estados Unidos y Brasil, con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato, garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia y la gestión de otras solicitudes o contratos por parte de las distintas empresas del Grupo MAPFRE.

Asimismo, acepto y consiento voluntariamente que el tratamiento de los datos personales suministrados tendrá como consecuencia que estos puedan ser tratados por MAPFRE para las siguientes finalidades adicionales:

(A) Realizar estudios estadísticos, de siniestralidad, de mercado, de perfiles de compra, de satisfacción al cliente, así como para que se me remita información sobre sus productos y servicios, promociones comerciales, publicidad, del propio MAPFRE, así como de las distintas empresas del Grupo MAPFRE a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita.

(B) Para que pueda efectuarse elaboración de perfiles y modelización mediante analítica e inteligencia artificial para fines comerciales y gestión de riesgos; con intervención humana cuando la decisión pueda producir efectos jurídicos o afectar significativamente al titular, y con la posibilidad de oposición en cualquier momento.

(C) Asimismo, consiento expresamente que MAPFRE pueda enriquecer mi información personal con datos obtenidos de fuentes externas públicas o privadas, conforme a lo permitido por la normativa de la materia.

Se entiende por empresa del Grupo MAPFRE, a toda aquella empresa que pertenece al mismo grupo económico según la Resolución SBS N° 445-2000 o norma que la sustituya.

Asimismo, acepto que mis datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente, a otras personas naturales o jurídicas con las que las empresas del Grupo MAPFRE mantienen o suscriban acuerdos de colaboración, cuyo listado completo se encuentra en la página web www.mapfre.com.pe, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

También se pueden usar y compartir mis datos personales con autoridades y terceros autorizados por la ley con la finalidad de cumplir con las obligaciones señaladas en normas peruanas o internacionales aplicables a MAPFRE, incluyendo las vinculadas al sistema de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo y normas prudenciales.

MAPFRE conservará, tratará y realizará flujos transfronterizos con los datos personales a partir de la presente aceptación, por el tiempo necesario para cumplir las finalidades indicadas y los plazos legales aplicables.

Los datos personales serán incluidos en el banco de datos de Usuarios que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo la titularidad de MAPFRE, ubicada en Av. Armendáriz 345, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima, Perú.

Cualquier usuario registrado puede ejercitar gratuitamente sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (derechos ARCO) de sus datos de carácter personal suministrados consignado nombre y apellidos, tipo y número de documentos de identidad mediante comunicación dirigida a Atención al cliente

Contact center Lima: 213-3333

Contact center provincias: 0801-1-1133

WhatsApp: 999 919 133

Correo de contacto: si24@mapfre.com.pe

Si desea presentar algún requerimiento y/o reclamo cuenta con los enlaces de Atención de Requerimientos y el Libro de reclamaciones.

Asimismo, puede comunicarse con Atención al Cliente en caso quiera negar o revocar alguna o todas las finalidades adicionales para el tratamiento de sus datos que le han sido informadas, con independencia de las que resulten necesarias para la gestión y ejecución del contrato. Esta negativa o revocación no afecta la ejecución de la relación contractual ni de la prestación de los servicios principales.

La Política Corporativa de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales de MAPFRE es pública y se encuentra disponible en su página web www.mapfre.com.pe y detalla los bancos de datos y canales para el ejercicio de Derechos Arco.

26. OFERTA A TRAVÉS DE COMERCIALIZADORES

Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización a través de comercializadores 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 Nº 3274-2017 y sus normas modificatorias.**

c. **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.**

d. **Los pagos efectuados por EL CONTRATANTE del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.**

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

28. CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados 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. 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, en caso de aceptarse la modificación de los términos del contrato, EL CONTRATANTE deberá comunicar las mismas a los ASEGURADOS.

29. TRATAMIENTO DE PREEXISTENCIA PARA ASEGURADOS PROVENIENTES DE OTROS SEGUROS

a. **Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. La presente Póliza no considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado, o por la que el ASEGURADO, haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguros dentro del sistema de seguros o EPS peruano que cubrió el periodo inmediatamente anterior, considerando como plazo máximo de ciento veinte (120) días en el caso de un seguro previo o sesenta (60) días como plazo máximo en el caso de una EPS previa, contados a partir del término del contrato anterior, para la contratación del nuevo seguro.**

b. **En caso que las sumas aseguradas en el seguro médico previo para dichas enfermedades preexistentes sean inferiores a los beneficios de esta PÓLIZA, se sub limitarán a las sumas aseguradas del plan anterior.**

c. **Las enfermedades preexistentes están cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Para los beneficios con una suma asegurada de por vida, sólo se brindará cobertura por el capital ASEGURADO no consumido por EL ASEGURADO al momento de la contratación de la PÓLIZA.**

30. LEY APLICABLE

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

AE0746410050 - 2026

MAPFRE © 2026

Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros
Av. Armendáriz 345 Miraflores, Perú.

Contáctanos

01 213-3333
999 919 133
mapfre.com.pe
App Mapfre