

SEGURO DE VIDA CERTIVIDA

Código SBS N° VI2047120028

CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN COMUNES A LOS SEGUROS DE VIDA INDIVIDUALES

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.

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el cumplimiento de las coberturas o el pago de la indemnización a las que tendría derecho.

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 1º 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 del ASEGURADO.
- d. **BUENA SALUD:** No adolecer de enfermedad o dolencia pre existente.
- e. **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.
- f. **CLAUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza.

g. CONDICIONES GENERALES DEL PRODUCTO: Estipulaciones establecidas por LA COMPAÑÍA, que rigen las condiciones de cada producto de seguro de vida individual que LA COMPAÑÍA ofrece.

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

h. 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.

g. 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.

h. 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.

i. 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 el/los BENEFICIARIO(s).

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

j. EDAD ACTUARIAL: Edad considerada para efectos del cálculo de la prima de seguro. Para determinar la prima correspondiente, se considera como cumplido un año más de vida si a la fecha de inicio del seguro han transcurrido seis o más meses desde la fecha de nacimiento del ASEGURADO.

k. 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 del CONTRATANTE, según corresponda. Su contenido se entenderá vigente hasta que un Endoso posterior las modifique.

l. ENFERMEDAD o DOLENCIA PREEXISTENTE: Se entiende así a cualquier condición de alteración del estado de salud del ASEGURADO, 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.

m. 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.

n. INTERES ASEGURABLE: El interés asegurable es la relación económica amenazada por uno o varios riesgos en que una persona se halla consigo misma o con otros; es decir, es el detrimento económico que el beneficiario puede sufrir en el evento de la muerte del asegurado. Para que exista un contrato de seguro debe estar presente el interés asegurable, en ausencia de este, no puede existir un contrato válido.

o. LA COMPAÑÍA: MAPFRE PERU, 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.

p. MUERTE POR ACCIDENTE: se entiende por muerte por accidente 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.

q. MUERTE NATURAL: Se entiende así a la muerte que sobrevenga como consecuencia del fallecimiento del ASEGURADO por causas distintas a un accidente.

Sin perjuicio de ello, se encuentran comprendidos dentro de esta definición los denominados: (i) accidentes médicos, (ii) accidente cerebro vascular y (iii) síncofes o infartos de miocardio.

r. PÓLIZA DE SEGURO: 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 y que en conjunto regulan las relaciones contractuales convenidas entre las partes. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato.

s. 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 en el Convenio de Pago.

t. PRIMA DEVENGADA: Es la fracción de la prima correspondiente al periodo en que la empresa de seguros ha brindado cobertura, de acuerdo con las condiciones establecidas en el contrato de seguros.

u. SINIESTRO: Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.

v. **VALORES GARANTIZADOS:** Son los valores de reducción, préstamo y rescate a que tiene derecho El CONTRATANTE en determinados productos de seguro de vida individual. Proceden los Valores Garantizados una vez pagadas las primas anuales y transcurridas las anualidades de 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 2º 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 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.

Antes de la emisión de la póliza, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO están obligados a responder verazmente todas las preguntas realizadas por LA COMPAÑÍA en la solicitud del seguro, a fin de determinar la voluntad de LA COMPAÑÍA de aceptar o rechazar el riesgo a ser asegurado y determinar el monto de la prima.

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 3º RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

El contrato será nulo y no generará efecto alguno si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En este caso, será de aplicación lo dispuesto en el Artículo 9º 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:

- 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 del CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE informando respecto a dicha decisión. Para tal efecto LA COMPAÑÍA procederá a enviar la referida comunicación y realizará el reembolso de primas en caso corresponda, en el plazo de treinta (30) días siguientes desde la recepción de la comunicación de EL CONTRATANTE en la cual manifieste su rechazo al ajuste ofrecido por LA COMPAÑÍA o al vencimiento del plazo de diez (10) días para que EL CONTRATANTE se pronuncie por la aceptación o el rechazo del referido ajuste.

Corresponden a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, por el periodo efectivamente cubierto hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato de seguro.

- 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 4° CONSENTIMIENTO DEL TERCERO:

En caso el CONTRATANTE sea una persona distinta del ASEGURADO, se requiere el consentimiento escrito de este último, manifestado en la respectiva Solicitud de Seguro.

EL ASEGURADO puede 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 9° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

ARTÍCULO 5° EXCLUSIONES:

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

- a. **Los producidos como consecuencia de fisión o fusión nuclear, reacción nuclear o contaminación radioactiva, que no corresponda a tratamientos médicos.**
- b. **Los ocasionados como consecuencia de guerra civil o internacional (declarada o no) o servicio militar o policial de cualquier índole.**
- c. **El homicidio doloso cometido en calidad de autor o cómplice por un BENEFICIARIO de esta Póliza o quien pudiere reclamar la indemnización. Esta exclusión será aplicable sólo a tal(es) autor(es) o cómplice(s),**

dejando a salvo el derecho de los demás **BENEFICIARIOS** o herederos legales a recibir la cobertura garantizada en función a los porcentajes de beneficio establecidos en la Póliza para cada uno. El porcentaje del beneficiario(s) excluido(s) será distribuido para ser pagado a los demás beneficiarios.

- d. Suicidio, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (02) años.
- e. A consecuencia de participación del **ASEGURADO** como conductor o acompañante, en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor, avionetas, incluyendo carreras de entretenimiento.
- f. El riesgo de aviación, salvo que el **ASEGURADO** esté viajando de manera autorizada 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, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario, con intervención del organismo nacional o internacional competente.
- g. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (**SIDA**), **VIH** o enfermedades ocasionadas a consecuencia del **SIDA** o **VIH**.

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 6° INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

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

Si al momento del inicio de vigencia del seguro hubiese ocurrido el fallecimiento del **ASEGURADO**, se procederá conforme el numeral 9.2 del Artículo 9° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

En la eventualidad de que ocurra un siniestro, amparable bajo las condiciones del contrato, 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, la misma que será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

ARTÍCULO 7° PRIMA:

En los casos de prima periódica del seguro, esta es exigible por la anualidad anticipada, debiendo ser pagada, más los recargos por fraccionamiento y los impuestos de Ley que correspondan, de acuerdo a 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.

En los casos de prima única del seguro, esta es exigible de forma anticipada, debiendo ser pagada, más los impuestos de Ley que correspondan, de acuerdo al lugar y medios de pago convenidos en la Póliza.

La tasa de costo efectiva anual (TCEA) del recargo 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 al CONTRATANTE de manera cierta a través de los medios y en la dirección acordada en la Póliza, informando el incumplimiento de pago de la prima y sus consecuencias, así como indicando el plazo de que se dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura, de acuerdo a lo señalado en el artículo 21° de la Ley del Contrato de Seguros.

Sin perjuicio de ello, en caso la Póliza tuviese Valores Garantizados y hubiere ganado derecho a los mismos, la falta de pago de primas originará la reducción del seguro ajustándose la suma asegurada a lo establecido en el cuadro de Valores Garantizados de la Póliza.

Si ocurriese un siniestro antes de la suspensión de cobertura antes indicada, estando la prima impaga, la prima adeudada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO será deducida del beneficio correspondiente.

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

En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, LA COMPAÑÍA podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. El Contrato de seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE, reciba una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole tal decisión.

Si la prima de seguro no se regulariza en el plazo de ciento ochenta días (180) contados desde el vencimiento de la obligación, el contrato quedará extinguido conforme se establece en el Artículo 10° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

ARTÍCULO 8° REHABILITACION DE LA COBERTURA DEL SEGURO:

EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO podrán rehabilitar la cobertura del seguro cuando ésta se encuentra suspendida, siempre que la Póliza se encuentre vigente y previo pago de todas las primas pendientes.

La póliza podrá ser rehabilitada a opción del ASEGURADO Titular, mientras que LA COMPAÑÍA no hubiera expresado por escrito su decisión de resolver el contrato

En este caso, la cobertura del seguro 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 el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 9° CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA: LA RESOLUCION Y LA NULIDAD:

9.1. 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; para lo cual, El CONTRATANTE deberá presentar una comunicación ante LA COMPAÑÍA, con una anticipación no menor a treinta (30) días. En este caso la resolución procederá a partir de las 00:00 horas del día útil siguiente al vencimiento del plazo de treinta (30) días de preaviso. La comunicación del CONTRATANTE puede ser realizada utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro.

La resolución del contrato por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la Póliza. En caso se produzca la resolución contractual, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

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 la devolución en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación de resolución de la póliza del CONTRATANTE.

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 4° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

La resolución del contrato por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la Póliza. En caso se produzca la resolución contractual, EL CONTRATANTE tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

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 la devolución en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación de EL ASEGURADO.

iii. Por falta de pago de la prima: En caso LA COMPAÑÍA opte por resolver la Póliza, durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato 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 periodo efectivamente cubierto. 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 ajuste o no se haya pronunciado

dentro del plazo establecido para ello, la **COMPAÑÍA** procederá conforme a lo establecido en el artículo 3° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

iv. 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.

v. Por agravación del riesgo, en caso la **COMPAÑÍA** decida resolver el contrato y/o certificado de seguro 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 que toma conocimiento de dicha circunstancia, para manifestar su voluntad de resolver el contrato y/o certificado.

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 y/o Certificado de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- 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**, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

En caso la resolución se origine por las causales indicadas en los acápites (i), (ii) y (iii) y siempre que la Póliza se encuentre endosada a favor de una Entidad Financiera, LA **COMPAÑÍA** comunicará la decisión de resolución de póliza a dicha entidad con una anterioridad de veinte (20) días.

En caso la resolución corresponda a la causal detallada en el acápite (iii), LA **COMPAÑÍA** extenderá a la Entidad Financiera las comunicaciones remitidas al **CONTRATANTE** detalladas en el artículo 7° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

LA **COMPAÑÍA** entregará el valor de Rescate que correspondiera según el cuadro de Valores Garantizados de la Póliza, en caso ésta tenga derecho a los mismos. El

procedimiento para el pago del valor de rescate que corresponda se precisa en las Condiciones Generales del Producto.

9.2 La Nulidad; deja sin efecto el contrato de seguro por causal existente al momento de celebrarlo. El contrato de seguro es nulo en cualquiera de las siguientes situaciones:

i. **Inexistencia del riesgo:** Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca. ii. **La Inexistencia del interés asegurable** al tiempo de su perfeccionamiento o al inicio de sus efectos. iii. **La reticencia y/o declaración inexacta si media dolo o culpa inexcusable;** se entiende por reticencia o declaración inexacta a la omisión, simulación 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 inexacta o reticente sobre aquellas circunstancias conocidas por el **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** que fueron materia de una pregunta expresa respondida en el cuestionario de 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.

iv. **La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO,** si es que la verdadera edad excedía a la permitida para ingresar a la póliza.

En el caso indicado en el acápite (iii) 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.

En los casos indicados en los acápites (i), (ii) y (iv) **LA COMPAÑÍA** procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses, en el plazo de treinta (30) días contados desde que **LA COMPAÑÍA** tomó conocimiento de la causal de nulidad.

En caso la nulidad se deba a la reticencia o declaración inexacta indicada en el acápite (iii), las primas pagadas quedan adquiridas por **LA COMPAÑÍA**, que tendrá derecho al cobro de las primas acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

ARTÍCULO 10° EXTINCIÓN DE LA POLIZA DE SEGURO:

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

- a) **Al fallecimiento del ASEGURADO y/o CONTRATANTE respectivamente.**
- b) **Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.**
- c) **Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.**

Pasados ciento ochenta (180) días sin pago de primas, contados desde el vencimiento de la obligación, 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. En caso se produzca la extinción, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

En caso la Póliza tuviese Valores Garantizados, la falta de pago de primas pasado el plazo establecido para ello, originará la reducción del seguro ajustándose la suma asegurada a lo establecido en el cuadro de Valores Garantizados de la Póliza, la nueva suma asegurada será la correspondiente a las anualidades de primas efectivamente transcurridas y pagadas.

ARTÍCULO 11° COMPROBACIÓN DE LA EDAD:

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

En caso la verdadera edad del ASEGURADO exceda los límites establecidos en la póliza, al momento de la entrada en vigencia de ésta, el contrato de seguro será nulo y se procederá a la devolución de las primas pagadas, en el plazo establecido en el artículo 9.2.

Sin embargo, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de LA COMPAÑÍA se reducirá en proporción a la prima percibida. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, LA COMPAÑÍA restituirá el exceso de la prima percibida, sin intereses.

En caso de comprobarse que la edad real del ASEGURADO es inexacta respecto de la edad declarada, se estará a lo dispuesto en los artículos 3° y 9° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación, según corresponda.

ARTÍCULO 12° PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA SOLICITAR LA COBERTURA:

En los Seguros de Vida Individual que LA COMPAÑÍA ofrece, no se requiere el aviso de siniestro establecido en el artículo 68° de la Ley del Contrato de Seguro N° 29946.

Sin perjuicio de ello, para atender las solicitudes de cobertura por ocurrencia de un siniestro, se deberá presentar ante el comercializador o en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA, los siguientes documentos, además de indicar nombres completos, dirección y números de teléfono de la persona que está realizando el trámite:

PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE MUERTE:

Muerte Natural

- a. Copia simple del DNI del ASEGURADO fallecido, en caso corresponda.
- b. Copia simple del Certificado Médico de Defunción que indique causa de fallecimiento, adjuntar el documento completo, por ambos lados.
- c. Original o certificación de reproducción notarial de la Partida o Acta de Defunción del ASEGURADO.
- d. En caso de que los BENEFICIARIOS sean menores de edad: Original o Certificación de reproducción notarial del DNI y copia simple del DNI del padre/madre o tutor legal.
- e. Copia simple de la Historia Clínica completa.
- f. Copia certificada del resultado del examen anátomo patológico, en caso se haya practicado.

Muerte Accidental

En caso que el siniestro se produzca a consecuencia de un accidente, se deberá presentar adicionalmente a los documentos anteriores:

- a. Copia certificada del Atestado y/o Informe Policial completo con el resultado de las investigaciones, en caso corresponda.
- b. Original del Protocolo de Autopsia/Necropsia, en caso corresponda.
- c. Copia certificada del Resultado del Examen de Dosaje Étílico, en caso se haya practicado.
- d. Copia certificada del resultado del examen químico toxicológico, en caso se haya practicado.

Ocurrido el fallecimiento del ASEGURADO, estando la póliza endosada a favor de una Entidad Financiera, para el otorgamiento de la cobertura también deberá presentarse la constancia que acredite el no adeudo o el saldo de la deuda pendiente de pago con dicha Entidad. En este documento deberán constar los datos de contacto del funcionario encargado en la Entidad Financiera, a fin de que la COMPAÑÍA efectúe las coordinaciones respectivas para el pago del beneficio en caso corresponda.

En aquellos casos en que no exista designación de BENEFICIARIOS, se deberá presentar: (i) copia literal de la partida electrónica emitida por Registros Públicos de la localidad donde se expide, en la cual conste inscrita la Sucesión Intestada, o (ii) certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del testimonio del testamento, o (iii) certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la resolución judicial que contenga la declaratoria de herederos.

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura del siniestro 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, detallada en la

póliza, 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 del plazo indicado en el párrafo anterior, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido. 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.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el asegurado, dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) 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. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá exigir que los certificados se extiendan como certificación de reproducción notarial.

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

ARTÍCULO 13° SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTE:

EL CONTRATANTE, ASEGURADO, 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 14° PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS Y/O 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 COMPAÑÍA, podrán presentar consultas, reclamos y/o quejas 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, indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, número de documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa de la consulta y/o hecho reclamado y documentos que adjunta.

(* Tipo de solicitante (CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO, Corredor u otro: Especificar).

- A través de la página Web de MAPFRE PERÚ, enlazándose al link "Atención de Consultas" <https://www.mapfre.com.pe/atencion-de-consultas-solicitudes/>
- 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) Página Web: www.mapfre.com.pe.

Reclamos y/o Quejas:

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo Mapfre, indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, número de documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa del hecho reclamado y documentos que adjunta.
- “Libro de Reclamaciones Virtual” que estará al alcance del consumidor o usuario, siendo asesorado por un Ejecutivo de Atención al Cliente en las oficinas de LA COMPAÑÍA a nivel nacional. Podrá adjuntar de ser el caso documentos que sustentan su reclamo y/o queja.
- A través de la página Web de MAPFRE Perú www.mapfre.com.pe enlazándose al link de “Libro de Reclamaciones” (Reclamos y/o Queja).

A falta de elección por parte del usuario para la remisión de la respuesta de la consulta 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 reclamo o consulta será remitida al usuario en un plazo máximo de treinta (15) días calendario 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 comunicación y/o formulario y la respuesta sea a favor del usuario se realizará un segundo envío, dejando la carta 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 24 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 www.mapfre.com.pe o a través de la Central de Atención al cliente.

ARTÍCULO 15° 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 mediante carta que deberá remitir a cualquiera de 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 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 16° DATOS PERSONALES:

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe la presente solicitud autoriza de forma expresa a Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante LA COMPAÑÍA, el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales y datos sensibles para los efectos de lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros, ejecución de los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar LA COMPAÑÍA, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de LA COMPAÑÍA.

Asimismo, autoriza en forma expresa a que LA COMPAÑÍA encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado o no con dichos terceros. Los datos proporcionados podrán ser incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece LA COMPAÑÍA.

El Archivo de la información se encuentra bajo la supervisión y control de LA COMPAÑÍA, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la misma, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita

ARTÍCULO 17° 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 18° CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS:

Cualquier impuesto, tasa o contribución, creada o por crearse, que grave las primas o las sumas aseguradas, 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 19° 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.

ARTÍCULO 20° 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 21° OBSERVACIONES A LA PÓLIZA:

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

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

La solicitud de rectificación se entiende como una propuesta de celebración de un nuevo contrato y no obliga a la COMPAÑÍA, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas.

Si la COMPAÑÍA no respondiera la solicitud de rectificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderán por rechazadas dichas rectificaciones y por lo tanto no modificada la Póliza emitida. La COMPAÑÍA procederá a resolver el contrato y restituir el íntegro de la Prima que hubiere recibido dentro de los quince (15) días de producida dicha resolución.

Mientras se encuentre pendiente el procedimiento descrito en los puntos precedentes, se mantienen los términos y condiciones en las que fue emitida la Póliza.

ARTÍCULO 22° MODIFICACIONES 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 al ASEGURADO. LA COMPAÑÍA solamente está obligada a comunicar sobre los nuevos términos al CONTRATANTE de la póliza.

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.

ARTÍCULO 23° LEY APLICABLE

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

ARTÍCULO 24° 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 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 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 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 ASEGURADO y/o Usuario.
- Procede sólo para atender reclamos formulados por ASEGURADOS 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 los dos (02) años computados a partir del día siguiente de la notificación en que es denegada la pretensión por LA COMPAÑÍA
- 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 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 25° INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Plataforma de Atención al Usuario (PAU) Lima Lima: Av. Dos de Mayo N° 1475 - San Isidro.

Teléfonos: 0800-10840

Otras oficinas a nivel nacional en la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP www.sbs.gob.pe

INDECOPI

Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima

Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias) Otras oficinas a nivel nacional en la página web de INDECOPI

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 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° 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.

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

ARTÍCULO 27° DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros efectuada 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, EL CONTRATANTE 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 ,en cuyo caso podrá resolver la póliza de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la mencionada póliza de seguro o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

En caso EL CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total o parte de la prima, LA COMPAÑÍA procederá a la devolución de la misma, 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 de la póliza contratada.

ARTÍCULO 28° 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 29° 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.