



SEGURO DE VIDA GRUPO EMPRESA

CONDICIONES GENERALES

Conste por el presente documento las Condiciones Generales del Seguro de Vida Grupo Empresa ofrecido por LA COMPAÑÍA, según los términos y condiciones siguientes:

Artículo 1º DEFINICIONES:

A efectos de esta Póliza se entenderá por:

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

CONTRATANTE: Persona que suscribe este contrato con LA COMPAÑÍA y a quien corresponden los derechos y obligaciones que deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan expresamente al ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.

ASEGURADO: Persona sobre cuya vida se estipula el seguro.

BENEFICIARIO: Persona(s) a quien el CONTRATANTE del seguro, o en su caso el ASEGURADO, reconoce el derecho a percibir en la proporción que se le hubiera designado la indemnización derivada de esta Póliza. A falta de la indicación proporcional se presume la repartición en partes iguales. En caso no se designen beneficiarios, se considerará como tales a los herederos legales según las normas sucesorias.

Certificado de Seguro: Documento que se emite en el caso de seguros de grupo o colectivo, vinculado a una póliza de seguro determinada. Contiene los datos de identificación del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y del interés asegurado y demás condiciones de aseguramiento relativas al riesgo individualizado.

Cláusulas Adicionales: Son aquellas condiciones especiales, accesorias a la póliza, que permiten extender o ampliar las coberturas comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

Condiciones Generales: 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 de seguro.

Condiciones Particulares: Documento que contiene los datos de identificación del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y del interés asegurado y demás condiciones de aseguramiento relativas al riesgo individualizado. La tabla de beneficios, en caso hubiere, forma parte de las condiciones particulares.

Condiciones Especiales: Documento que contiene modificaciones, extensiones, exclusiones o aclaraciones relativas a coberturas específicas aplicables a una póliza determinada.

Declaración 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.

Endoso: Documento que se anexa a la Póliza, modificando las condiciones de la misma. Para su validez, requiere la firma tanto de LA COMPAÑÍA como del CONTRATANTE. Su contenido se entenderá vigente hasta que un Endoso posterior las modifique.

Póliza: Documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de la póliza, la cotización, las condiciones generales, las condiciones particulares de la modalidad que se contrate, las condiciones especiales, la relación de asegurados, los certificados de seguro, los endosos y las cláusulas que se emitan para complementar o modificar la póliza, así como la solicitud de seguro, la declaración de salud, las pruebas médicas, entre otros.

Prima: Costo del Seguro, en cuyo recibo se incluirán, adicionalmente, los recargos e impuestos que sean de aplicación legal.

Suma Asegurada: Es el Capital Garantizado por la Póliza, el mismo que establece en las condiciones particulares y en el certificado, por cada cobertura contratada.

Artículo 2º OBJETO DEL SEGURO:

En virtud del presente contrato de seguro, el CONTRATANTE se obliga al pago de la prima convenida y LA COMPAÑÍA a indemnizar al ASEGURADO o BENEFICIARIO, por la realización de uno de los riesgos materia de cobertura, hasta el límite de la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual que se estipula en las Condiciones Particulares y Certificado y/o Condiciones Especiales y/o Endosos y/o Cláusulas, de ser el caso; siempre que el evento se produjera dentro del periodo de vigencia de la póliza y que no se haya suspendido la cobertura por incumplimiento en el pago de las primas.

Artículo 3° RIESGOS CUBIERTOS:

Este seguro ampara a los ASEGURADOS por los siguientes riesgos cubiertos, cuyas sumas aseguradas se indican en las Condiciones Particulares y Certificado y/o Condiciones Especiales y/o Endosos y/o Cláusulas de la Póliza:

- Muerte Natural
- Muerte Accidental
- Invalidez Total y Permanente por Accidente

Estas coberturas se definen como sigue:

Muerte Natural: Es el deceso del ASEGURADO por causas naturales no accidentales.

Muerte Accidental: Es aquella producida por un accidente, entendiéndose como accidente a la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbita y violentamente sobre la persona del ASEGURADO independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Es la situación física y/o mental irreversible, producida por un accidente, que inhabilite por completo al ASEGURADO para cualquier actividad laboral o profesional por el resto de su vida.

La condición de Invalidez Total y Permanente por Accidente deberá ser acreditada mediante dictamen médico de la entidad competente. Se entiende por entidad competente a los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAPF, COMEC) o de EPS (COMEPS), a ESSALUD, MINSA o Instituto Nacional de Rehabilitación. En caso que EL ASEGURADO no se encontrara afiliado a ninguno de los sistemas de seguridad social antes indicados, LA COMPAÑÍA realizará la evaluación médica correspondiente y emitirá el respectivo dictamen médico de invalidez.

Para efectos de esta cobertura sólo se considerará que el ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Accidente si presenta alguna de las siguientes condiciones:

- a) Estado absoluto e incurable de alineación mental o descerebramiento que no permita al ASEGURADO realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- b) Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.
- c) Pérdida completa de ambas manos.
- d) Pérdida completa de ambos pies.

- e) Pérdida completa de una mano y un pie.
- f) Pérdida completa de la visión de ambos ojos.

Se entiende por pérdida completa la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por Muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a causa de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

Artículo 4º RIESGOS EXCLUIDOS:

Quedan excluidos de las garantías de esta Póliza los siniestros debidos a las siguientes causas:

- a) **A consecuencia de suicidio o su tentativa, consciente y voluntario, salvo que el ASEGURADO haya estado bajo la vigencia de este seguro, ininterrumpidamente por dos (2) años.**
- b) **Los producidos como consecuencia directa o indirecta de fisión o fusión nuclear, reacción nuclear o contaminación radioactiva que no corresponda a tratamientos médicos.**
- c) **Guerra civil o internacional (declarada o no) o servicio militar o policial de cualquier índole.**
- d) **El homicidio doloso cometido, en calidad de autor o cómplice, por el CONTRATANTE y/o un BENEFICIARIO de esta Póliza o quien pudiera 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 prestación garantizada en función a los porcentajes de beneficio establecidos en la Póliza para cada uno.**
- 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 o avionetas; así como parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, corrida de toros, cacería de fieras, escalada en paredes verticales montañosas o artificiales, práctica de “surf” y “puenting”.**
- f) **A consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas.**
- g) **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos**

mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el ASEGURADO, o que sean consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos, o los ocasionados por envenenamiento o intoxicaciones. El fallecimiento por estas causas se considerará bajo la cobertura de muerte natural.

- h) El riesgo de aviación, salvo que el ASEGURADO esté viajando en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a diez plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario, con intervención del organismo nacional o internacional competente.
- i) Participación activa del ASEGURADO en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país, así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.
- j) A consecuencia de enfermedad preexistente al inicio del seguro, no declaradas por el ASEGURADO, entendiéndose como enfermedad preexistente cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO y no resuelta al momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud. No se considerará como enfermedad preexistente causal de exclusión del presente seguro, aquellas declaradas por el ASEGURADO en la solicitud de seguro o declaración de salud, y aceptadas expresamente por LA COMPAÑÍA como parte del riesgo.
- k) Participación del ASEGURADO en apuestas, desafíos y riñas, salvo, en este último caso, que se acredite que el ASEGURADO actuó en legítima defensa, mediante documento emitido por la autoridad fiscal competente.
- l) Los producidos en estado de embriaguez o intoxicación alcohólica (según el límite permisible en las normas legales del reglamento de tránsito vigente a la fecha del suceso) o bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes, salvo cuando el ASEGURADO hubiera sido sujeto pasivo en el acontecimiento.
- m) Endemias y/o pandemias reconocidas o declaradas como tales, por la autoridad sanitaria del estado peruano.
- n) Eventos catastróficos de la naturaleza como terremotos, inundaciones, aluviones, huaicos, tsunamis y erupción volcánica.

No obstante lo detallado, las Condiciones Particulares y/o Condiciones Especiales y/o Endosos y/o Cláusulas, de ser el caso, podrán establecer otras

exclusiones generales o específicas relacionadas a determinadas coberturas, así como exonerarlas de ellas.

Artículo 5° GRUPO ASEGURABLE:

Podrá asegurarse bajo la presente Póliza cualquier grupo de personas que no adolezcan de enfermedad preexistente y que no se haya formado solamente para contratar el seguro, tales como:

- a) Todos los clientes de entidades bancarias, financieras, mutuales, cooperativas, cajas municipales y/o rurales de ahorro y crédito, sociedades o agrupaciones de socorro mutuo u otras afines.
- b) Todos los trabajadores de una misma entidad para la cual ha sido emitida la Póliza, que se encuentren en servicio activo.
- c) Todos los miembros que pertenezcan a una misma institución, sea ésta de carácter gremial, cultural, fraternal o similares, así como las que se dediquen a la prestación de servicios y cuidados de la salud de otros, siempre que sean socios o miembros activos o cotizantes.

La edad máxima para ingresar a este seguro es la fecha en la que se cumple los sesenta (60) años de edad, y la edad máxima de permanencia será la fecha en que el ASEGURADO cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad.

Una vez que el ASEGURADO excede el límite de edad de permanencia LA COMPAÑÍA queda liberada de cualquier obligación y riesgo respecto de dicha persona, por lo que no será responsable de ninguna indemnización en caso de fallecimiento del ASEGURADO.

El pago de primas luego de alcanzar la edad máxima de permanencia en la Póliza no obliga a LA COMPAÑÍA por ninguna cobertura materia de la presente Póliza, correspondiéndole exclusivamente la devolución de las primas pagadas en exceso con posterioridad a la edad máxima de permanencia.

Artículo 6° BASES DEL CONTRATO:

La presente Póliza ha sido emitida en base a la información proporcionada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, las declaraciones sobre la salud y ocupación del ASEGURADO y los datos contenidos en la solicitud del seguro. La exactitud de estas declaraciones constituye 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.

La Póliza y sus eventuales endosos firmados por funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA y por el CONTRATANTE son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. LA COMPAÑÍA no es responsable de declaraciones efectuadas en otra forma.

En caso de haber diferencias, las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Generales; 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 7° RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

El contrato será nulo y no generará efecto alguno si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada oportunamente del verdadero estado del riesgo. En este caso, será de aplicación lo dispuesto en el Artículo 12° de las presentes Condiciones Generales.

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 de El CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente.

La resolución del contrato de seguro bajo esta condición, no da lugar a la devolución de primas por periodos anteriores en los que la Póliza estuvo vigente, correspondiendo a LA COMPAÑÍA las primas devengadas hasta el momento en que se efectuó la Resolución. En caso se hubiese pagado la prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta a EL CONTRATANTE a prorrata por el periodo no cubierto, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación de EL CONTRATANTE.

- (ii) **Si la reticencia o declaración inexacta es constatada después de que se produzca el siniestro cubierto por la póliza**; LA COMPAÑÍA reducirá la suma asegurada 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.

Artículo 8° OBSERVACIONES A LA POLIZA:

Cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta u oferta realizada por LA COMPAÑÍA, la diferencia entre una y otra se considerará tácitamente aceptada por EL CONTRATANTE si no reclama dentro de los treinta (30) días calendario de haber recibido la Póliza directamente, o por el Corredor en su caso.

Esta aceptación se presume solo cuando LA COMPAÑÍA comunica a EL CONTRATANTE en forma expresa y por escrito, mediante documento adicional y distinto a la póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días calendario para rechazarlas.

Artículo 9° BENEFICIO DE CONTINUIDAD:

LA COMPAÑÍA podrá reconocer a los ASEGURADOS de una póliza de seguro de vida vigente y con la cobertura habilitada, la continuidad de vigencia de dicha póliza en caso de migrar a una Póliza de Vida Grupo Empresa con La COMPAÑÍA.

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

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

Artículo 10° PAGO DE PRIMAS:

La prima del seguro es exigible desde la celebración del contrato, y puede ser pagada por la anualidad anticipada o conforme a lo establecido en el Convenio de Pago que forma parte de la Póliza.

El contrato de seguro permanecerá vigente en la medida que la Póliza no sea suspendida, resuelta o declarada nula.

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 y al ASEGURADO de manera cierta a través de los medios y en la dirección acordada en la Póliza, informando el plazo de que se dispone para regularizar la prima pendiente antes de la suspensión y el momento a partir del cual quedará suspendida la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que EL CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al periodo corrido del contrato.

Si ocurriese un siniestro antes de la suspensión de cobertura indicada en el párrafo anterior, estando la prima impaga, la Compañía podrá compensar la

prima pendiente de pago contra la indemnización debida al ASEGURADO o BENEFICIARIO de la Póliza.

Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de la obligación impaga, se entiende que la Póliza queda extinguida y los respectivos certificados de seguros emitidos en base a ésta.

Se entiende por reclamo del pago de primas, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza de pago de primas, por parte de LA COMPAÑÍA.

Artículo 11º REHABILITACION:

Una vez suspendida la cobertura por falta de pago de primas, ésta podrá ser rehabilitada, siempre que se encuentre vigente y siempre que el CONTRATANTE lo solicite y cumpla con abonar la totalidad de las primas vencidas e impagas.

En caso de proceder, la cobertura del seguro quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del primer día calendario siguiente a la fecha de pago de la prima impaga y demás gastos derivados, no siendo responsable LA COMPAÑÍA por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de la cobertura del seguro.

Artículo 12º CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA:

Resolución:

La resolución deja sin efecto el contrato de seguro por haberse presentado una causal con posterioridad a su celebración. Si la causal de resolución es de responsabilidad del CONTRATANTE se resolverá la presente póliza de seguro y los certificados de seguros emitidos con base a ésta, mientras que, si la causal de resolución es de responsabilidad del ASEGURADO solamente se resolverá el respectivo certificado de seguro. La resolución se presenta en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, sin más requisito que una comunicación a LA COMPAÑÍA, pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro, con una anticipación no menor de treinta (30) días, fecha que será considerada para el fin de la vigencia del contrato de seguro y/o certificado según corresponda.**

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

vigente.

No resultarán aplicables penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar por resolución sin expresión de causa de la Póliza.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta al CONTRATANTE a prorrata por el periodo no cubierto, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación del CONTRATANTE o del ASEGURADO, según corresponda.

- b) 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 y los Certificados de Seguro emitidos en base a éste, se considerarán resueltos 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 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:

- 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 y/o Certificado de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- 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 presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO se procederá a la resolución.
- e) Por reticencia y/o declaración inexacta que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, 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 7° de las presentes Condiciones Generales.

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

- A) EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, 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 y/o certificado se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión.

En cualquiera de las situaciones anteriores, LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según la causal corresponda a la póliza o el certificado, por cualquiera de los medios de comunicación pactados según lo establecido en el Art. 18° de las presentes Condiciones Generales. Sin perjuicio de ello, en el supuesto de causal de resolución del certificado, LA COMPAÑÍA comunicará al CONTRATANTE después de efectuada dicha resolución.

En caso corresponda reembolsar al CONTRATANTE referente a primas pagadas por periodos posteriores o adelantados, 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 a EL CONTRATANTE.

Nulidad:

La nulidad deja sin efecto el contrato y/o certificado 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/o certificado y por lo tanto, nunca produjo efectos legales.

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

- a) Hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.
- 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 del CONTRATANTE y/o ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato y/o certificado de seguro o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.
- d) La declaración inexacta de la edad de algún ASEGURADO de la Póliza; si es que la verdadera edad excedía a la permitida para ingresar a la póliza, salvo que se hubiese aplicado el Beneficio de Continuidad establecido en el Artículo 9° de las presentes Condiciones Generales.

En todos los casos descritos, es nula la relación contractual en la parte que corresponde al ASEGURADO sobre el cual recae la causal de nulidad.

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

Para el caso descrito en el literal c) precedente, LA COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) 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 ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza emitida a su favor. Asimismo, si el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO 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 ASEGURADO y/o BENEFICIARIO el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE en caso se anulará la presente póliza de seguro por causal atribuida a éste, y del mismo modo, deberá comunicar al ASEGURADO si la causal de nulidad fuese de responsabilidad de este último, en cuyo caso solamente se anulará el respectivo certificado de seguro. Sin perjuicio de ello, en el supuesto de causal de nulidad del certificado, LA COMPAÑÍA comunicará al CONTRATANTE después de efectuada dicha nulidad.

Las comunicaciones al CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrán ser enviadas por cualquiera de los medios de comunicación pactados según lo establecido en el Art. 18° del presente Condicionado General. En estos casos se procederá

a devolver al CONTRATANTE la totalidad de las primas pagadas, 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 enviada al CONTRATANTE.

Terminación:

El Contrato y/o Certificado de Seguro terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones, según corresponda:

El Certificado de Seguro:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Al cumplir EL ASEGURADO la edad máxima de permanencia de 65 años de edad.
- c) Si el ASEGURADO expresa por escrito revocar su consentimiento a aceptar la cobertura de la Póliza. LA COMPAÑÍA cesará la cobertura desde la recepción de su comunicación.
En este caso EL CONTRATANTE tendrá derecho a la devolución de la prima a prorrata del periodo no cubierto que corresponde a dicho ASEGURADO.

El Contrato:

- a) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- b) 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.
- c) 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.

Artículo 13° PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA:

Producido un siniestro indemnizable en virtud de esta póliza, EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO están en la obligación de comunicarlo a LA COMPAÑÍA por escrito, dentro de los siete (7) días calendarios siguientes a la fecha que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

LA COMPAÑÍA dará por recibido el aviso respectivo aún con posterioridad a los plazos indicados anteriormente, cuando se pruebe fehacientemente la imposibilidad de haber efectuado dicho aviso dentro de tales plazos.

Asimismo, se deberá presentar ante cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA, los siguientes documentos, en original o en certificación de reproducción notarial, según corresponda:

Muerte Natural:

- a) Certificado Médico de Defunción.
- b) Acta o Partida de Defunción.
- c) Copia del Documento Nacional de Identidad o documento oficial de identidad que lo sustituya, del ASEGURADO, en la medida que se cuente con ello.
- d) Copia del Documento Nacional de Identidad o documento oficial de identidad que lo sustituya, de los BENEFICIARIOS.
- e) Declaración del médico que asistió al ASEGURADO en formulario proporcionado por LA COMPAÑÍA.
- f) Testamento o Sucesión Intestada debidamente inscrita en Registros Públicos, en caso de no existir BENEFICIARIOS designados.

Muerte Accidental:

- a) Certificado Médico de Defunción.
- b) Acta o Partida de Defunción.
- c) Copia del Documento Nacional de Identidad o documento oficial de identidad que lo sustituya, del ASEGURADO, en la medida que se cuente con ello.
- d) Copia del Documento Nacional de Identidad o documento oficial de identidad que lo sustituya, de los BENEFICIARIOS.
- e) Declaración del médico que asistió al ASEGURADO en formulario proporcionado por LA COMPAÑÍA.
- f) Testamento o Sucesión Intestada debidamente inscrita en Registros Públicos, en caso de no existir BENEFICIARIOS designados.
- g) Atestado policial completo y protocolo de necropsia, en caso corresponda.

Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a) Dictamen Médico de Invalidez Total y Permanente, expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAPF, COMEC) o de EPS (COMEPS), o ESSALUD, o el MINSA o el Instituto Nacional de Rehabilitación. En caso que EL ASEGURADO no se encontrara afiliado a ninguno de los sistemas de seguridad social antes indicados, LA COMPAÑÍA realizará la evaluación médica correspondiente y emitirá el respectivo dictamen médico de invalidez.
- b) Copia de la Historia Clínica.
- c) Denuncia Policial o Atestado Policial indicando la ocurrencia del Accidente, en caso corresponda.

- d) **Copia del Documento Nacional de Identidad o documento oficial de identidad que lo sustituya, del ASEGURADO.**

EI CONTRATANTE, ASEGURADO o el(los) BENEFICIARIO(S) podrá(n) solicitar las prestaciones de este seguro dentro del plazo de prescripción dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.

La relación de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias se encuentra detallada en la página web <http://www.mapfre.com.pe/contactanos>

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

LA COMPAÑÍA podrá solicitar informes, declaraciones, certificados médicos o la historia clínica del ASEGURADO y requerir otros documentos adicionales referidos a la comprobación del siniestro 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 documentos se presenten en certificación de reproducción notarial.

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

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

Salvo pacto expreso en contrario, las obligaciones de las partes están limitadas al valor nominal de la suma asegurada en la moneda contratada.

Artículo 14° DERECHO DE REDUCCION:

Cuando el ASEGURADO o el BENEFICIARIO da aviso del siniestro de manera extemporánea, por culpa leve, y de ello resulte un perjuicio para LA COMPAÑÍA, ésta tendrá derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

Subsiste la cobertura de LA COMPAÑÍA si el ASEGURADO o BENEFICIARIO prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

No obstante, lo anterior se precisa que:

- (i) **El incumplimiento del plazo para el aviso del siniestro no constituye causal de rechazo del siniestro, sin perjuicio de lo establecido en el presente artículo.**
- (ii) **El dolo en que incurra el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO en el incumplimiento del plazo libera de responsabilidad a LA COMPAÑÍA.**
- (iii) **En caso de culpa inexcusable, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro o si se demuestra que la empresa ha tenido conocimiento del siniestro por otros medios.**

Artículo 15° SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

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 16° CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS:

Todos los impuestos y contribuciones, presentes y futuros, que graven las primas o sumas aseguradas, así como su liquidación, serán de cargo del CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIOS o herederos legales; salvo aquellos que por imperio de la Ley sean de cargo de LA COMPAÑÍA y no puedan por ello ser trasladados.

Artículo 17° BENEFICIARIOS, CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO en su caso, se obliga expresa e irrevocablemente a comunicar de manera indubitable la existencia de esta póliza al BENEFICIARIO de la misma, así como sus alcances y requisitos.

El ASEGURADO podrá en cualquier tiempo hacer una nueva designación de BENEFICIARIO, siempre que esta Póliza se encuentre en vigor, no haya sido cedida y no exista restricción legal en contrario. A este efecto, hará una nueva solicitud escrita, dirigida a LA COMPAÑÍA, expresando con claridad el nombre del nuevo BENEFICIARIO, para su anotación en esta Póliza.

La designación de BENEFICIARIO debe constar por escrito en la póliza. Es válida dicha designación, aunque ésta sea notificada a LA COMPAÑÍA después de ocurrido el fallecimiento del ASEGURADO. La designación de BENEFICIARIO debe constar en un documento legalizado por notario público. Si hay cambio de BENEFICIARIO será válido siempre que conste en un endoso en la póliza o que conste en un tercer documento legalizado por notario público.

Artículo 18° 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. 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 19° PLAZOS Y RENOVACIÓN:

La presente Póliza inicia su vigencia y expira en las fechas señaladas en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro, a las doce (12) del mediodía de ambas fechas inclusive. Este contrato de seguro queda celebrado por el consentimiento de las partes, aunque no se haya emitido la póliza ni efectuado el pago de la prima.

Salvo pacto distinto expresado en las Condiciones Particulares o el Certificado de Seguro, el contrato de seguro se renueva anualmente y de forma automática.

Artículo 20° 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 21° AJUSTE DE PRIMAS Y MODIFICACIONES:

Las primas, tasas y/o las condiciones de este seguro podrán ser modificadas, en la renovación, por LA COMPAÑÍA, por razones de orden técnico o comercial, previa comunicación por escrito al CONTRATANTE, cursada con una anticipación de cuarentaicinco (45) días calendario. LA COMPAÑÍA proporcionará al CONTRATANTE la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones efectuadas en conocimiento de los ASEGURADOS.

EL CONTRATANTE cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario para aceptar o rechazar la propuesta, en caso contrario, se entienden aceptadas las modificaciones.

En caso se tengan por aceptadas las modificaciones, LA COMPAÑÍA emitirá la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

Artículo 22° ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS:

Los usuarios, entendiéndose éstos como la persona natural o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por LA COMPAÑÍA, podrán presentar reclamos. Asimismo, cualquier interesado puede presentar consultas formales.

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

Consultas:

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo Mapfre indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, número del documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa de la consulta y/o hecho reclamado y documentos que adjunta.
(* Tipo de solicitante (CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO, Corredor u otro: especificar)
- A través de la página Web de MAPFRE Perú, enlazándose al link "Atención de Consultas y/o Reclamos".
- 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” en cualquiera de las oficinas a nivel nacional de LA COMPAÑÍA. Podrá adjuntar de ser el caso documentos que sustentan su reclamo y/o queja.
- A través de la página Web de MAPFRE Perú <http://www.mapfreperu.com> 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 (30) días de presentada la comunicación y/o formulario a LA COMPAÑÍA. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique. En este caso se informará al usuario, dentro del periodo indicado, las razones de la demora precisando el plazo estimado de respuesta.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta y/o formulario y la respuesta sea a favor del usuario se realizará un segundo envío, dejando la carta 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 la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Arias Aragüez 146, Urb. San Antonio, Miraflores, y/o al INDECOPI, ubicada Calle de la Prosa 138, San Borja.

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

Artículo 23° DEFENSORIA DEL ASEGURADO:

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

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrá hacer uso de ella en caso que no se encuentre conforme con la decisión de la Empresa de Seguros.

- La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de los derechos del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO de los servicios del seguro, mediante la solución de controversias que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO sometan para su pronunciamiento.
- El procedimiento es voluntario y gratuito para el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.
- Procede sólo para atender reclamos formulados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, 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 ante LA COMPAÑÍA.
- El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de ciento ochenta (180) días naturales 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 CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, ni limita su derecho a recurrir posteriormente ante el órgano jurisdiccional.
- La resolución emitida es vinculante y obligatoria para LA COMPAÑÍA cuando ésta es aceptada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO en un plazo de sesenta (60) días hábiles de notificada.

La Defensoría del Asegurado se encuentra en la dirección:
Calle Arias Aragüez 146, Urb. San Antonio, Miraflores, Lima - Perú;
Telefax: 4469158. <http://www.defaseg.com.pe>

Artículo 24° DATOS PERSONALES:

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

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

garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia.

- Gestión de otras solicitudes o contratos de seguro por parte de las distintas empresas del Grupo MAPFRE.

Asimismo, acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras empresas aseguradoras y reaseguradoras, así como a otras personas naturales o jurídicas con las que las empresas del Grupo MAPFRE mantienen o suscriban acuerdos de colaboración, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

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

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

Artículo 25° PÓLIZA ELECTRONICA:

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.

Artículo 26° CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no podrá 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. LA COMPAÑÍA proporcionará al CONTRATANTE la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones efectuadas en conocimiento de los ASEGURADOS.

Artículo 27° LEY APLICABLE:

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



MAPFRE PERU VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS
RUC: 20418896915
DIRECCIÓN: AV. 28 DE JULIO 873 MIRAFLORES
TELÉFONO: 213-7373
PAGINA WEB: www.mapfre.com.pe

SEGURO DE VIDA GRUPO EMPRESA

RESUMEN

El siguiente texto es un resumen informativo de las Condiciones Generales del riesgo contratado. Las condiciones aplicables a cada póliza serán las detalladas en las Condiciones Particulares correspondientes.

1. RIESGOS CUBIERTOS:

Este seguro ampara a los asegurados por el Contratante, por los siguientes riesgos cubiertos que se indican en el artículo 3º de las Condiciones Generales del Seguro de Vida Grupo Empresa:

- Muerte Natural
- Muerte Accidental
- Invalidez Total y Permanente por Accidente

2. RIESGOS EXCLUIDOS:

Quedan excluidos de las garantías de esta Póliza los siniestros debidos a las siguientes causas:

- a) A consecuencia de suicidio o su tentativa, consciente y voluntario, salvo que el ASEGURADO haya estado bajo la vigencia de este seguro, ininterrumpidamente por dos (2) años.
- b) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de fisión o fusión nuclear, reacción nuclear o contaminación radioactiva que no corresponda a tratamientos médicos.
- c) Guerra civil o internacional (declarada o no) o servicio militar o policial de cualquier índole.
- d) El homicidio doloso cometido, en calidad de autor o cómplice, por el CONTRATANTE y/o un BENEFICIARIO de esta Póliza o quien pudiera 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 prestación garantizada

en función a los porcentajes de beneficio establecidos en la Póliza para cada uno.

- 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 o avionetas; así como parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, corrida de toros, cacería de fieras, escalada en paredes verticales montañosas o artificiales, práctica de "surf" y "puenting".
- f) A consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas.
- g) No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el ASEGURADO, o que sean consecuencia de tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos, o los ocasionados por envenenamiento o intoxicaciones. El fallecimiento por estas causas se considerará bajo la cobertura de muerte natural.
- h) El riesgo de aviación, salvo que el ASEGURADO esté viajando en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a diez plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario, con intervención del organismo nacional o internacional competente.
- i) Participación activa del ASEGURADO en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país, así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.
- j) A consecuencia de enfermedad preexistente al inicio del seguro, no declaradas por el ASEGURADO, entendiéndose como enfermedad preexistente cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO y no resuelta al momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud. No se considerará como enfermedad preexistente causal de exclusión del presente seguro, aquellas declaradas por el ASEGURADO en la solicitud de seguro o declaración de salud, y aceptadas expresamente por LA COMPAÑÍA como parte del riesgo.
- k) Participación del ASEGURADO en apuestas, desafíos y riñas, salvo, en este último caso, que se acredite que el ASEGURADO actuó en legítima defensa, mediante documento emitido por la autoridad fiscal competente.

- l) Los producidos en estado de embriaguez o intoxicación alcohólica (según el límite permisible en las normas legales del reglamento de tránsito vigente a la fecha del suceso) o bajo la influencia de drogas y/o estupefacientes, salvo cuando el ASEGURADO hubiera sido sujeto pasivo en el acontecimiento.
- m) Endemias y/o pandemias reconocidas o declaradas como tales, por la autoridad sanitaria del estado peruano.
- n) Eventos catastróficos de la naturaleza como terremotos, inundaciones, aluviones, huaicos, tsunamis y erupción volcánica.

No obstante, lo detallado, las Condiciones Particulares y/o Condiciones Especiales y/o Endosos y/o Cláusulas, de ser el caso, podrán establecer otras exclusiones generales o específicas relacionadas a determinadas coberturas, así como exonerarlas de ellas.

3. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

- En cualquiera de nuestras oficinas ubicadas en Lima y Provincias, detalladas en la página web <http://www.mapfre.com.pe/contactanos>.
- Acercándose a las agencias de cualquiera de los bancos: Banco de Crédito, Scotiabank e Interbank, indicando el número de Recibo de Prima, o el RUC o DNI o Carnet de Extranjería del contratante de la póliza.

4. CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA:

Según lo dispuesto en el Artículo 12º de las Condiciones Generales del Seguro de Vida Grupo Empresa.

5. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

Según lo dispuesto en los Artículos 13º de las Condiciones Generales del Seguro de Vida Grupo Empresa.

6. LUGARES PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

- a) Unidad de Riesgos del Trabajo
Área de Siniestros
Av. 28 de Julio N° 873, Miraflores
- b) Oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias, detalladas en nuestra página web: <http://www.mapfre.com.pe/contactanos>.

7. 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 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

- Carta 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, número de siniestro, 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/o Queja

- Carta 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, número de siniestro, 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 COMPAÑÍA a nivel nacional. Podrá adjuntar, de ser el caso documentos que sustenten su reclamo y/o queja.
- A través de la página Web de MAPFRE PERU <http://www.mapfre.com.pe> enlazándose al link de “Libro de Reclamaciones” (Reclamos y/o Quejas).

La respuesta al reclamo, será remitida al usuario en un plazo máximo de 30 días calendario de presentada la carta a LA COMPAÑÍA. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta, se le tendrá por desistido.

8. INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

- a) Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
Jr. Junín N° 270, Lima 01.
Teléfonos: 0800-10840 | (511) 200-1930
www.sbs.gob.pe

- b) INDECOPI
Calle De La Prosa N° 104, San Borja
Teléfonos: 224 7777 (Lima) ó 0800-4-4040 (provincias)
www.indecopi.gob.pe
- c) Defensoría del Asegurado
Calle Arias Aragüez N° 146, San Antonio, Miraflores
Teléfonos: 446 9158
www.defaseq.com.pe

9. CARGAS Y OBLIGACIONES:

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

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, El CONTRATANTE y EL ASEGURADO se encuentran obligados a informar a LA COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

Las primas, tasas y/o las condiciones de este seguro podrán ser modificadas, en la renovación, por LA COMPAÑÍA, por razones de orden técnico o comercial, previa comunicación por escrito al CONTRATANTE, cursada con una anticipación de cuarentaicinco (45) días calendario.

EL CONTRATANTE cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario para aceptar o rechazar la propuesta, en caso contrario, se entienden aceptadas las modificaciones.

En caso se tengan por aceptadas las modificaciones, LA COMPAÑÍA emitirá la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

LA COMPAÑÍA proporcionará al CONTRATANTE la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones efectuadas en conocimiento de los ASEGURADOS.

10. LAS CONDICIONES ESPECIALES PREVALECEN SOBRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y ESTAS PREVALECEN SOBRE LAS GENERALES.

11. MEDIO Y PLAZO ESTABLECIDOS PARA EL AVISO DE SINIESTRO

Producido un accidente indemnizable en virtud de esta póliza, se deberá comunicar a LA COMPAÑÍA por escrito dentro de los siete (07) días siguientes

a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio según corresponda, para las siguientes coberturas:

- Muerte Natural
- Muerte Accidental

12.RESOLUCIÓN DEL CONTRATO POR DECISIÓN UNILATERAL Y SIN EXPRESIÓN DE CAUSA POR PARTE DEL CONTRATANTE

Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del **CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, sin más requisito que una comunicación a **LA COMPAÑÍA** pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro, con una anticipación no menor de treinta (30) días, fecha que será considerada para el fin de la vigencia del contrato de seguro y/o certificado según corresponda.

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

No resultarán aplicables penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar por resolución sin expresión de causa de la Póliza.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta al **CONTRATANTE** a prorrata por el periodo no cubierto, para lo cual, **LA COMPAÑÍA** procederá a emitir un cheque en el plazo de 30 días contados desde la recepción de la comunicación del **CONTRATANTE** o del **ASEGURADO**.

13.CONDICIONES DE ACCESO Y LIMITES DE PERMANENCIA EN LOS SEGUROS PERSONALES

Las indicadas en el artículo 5° de las Condiciones Generales.

14.REGISTRO NACIONAL DE INFORMACION

El presente contrato de seguros forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales, creado por la Ley 29355.

NOTA IMPORTANTE: Las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales.









Avenida 28 de Julio 873 Miraflores **Lima**, Perú **T** +511.213.73.73 **F** +511.243.31.31 **Web** www.mapfre.com.pe