

## SEGURO DE VIDA PARA ENTIDADES FINANCIERAS O DE SERVICIOS

### CONDICIONES GENERALES

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.

**LA COMPAÑÍA** emite al **CONTRATANTE** la presente póliza sobre la vida del/los **ASEGURADO/S**, según los siguientes términos y Condiciones Generales que rigen el presente contrato de seguro:

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

#### ARTÍCULO 1° DEFINICIONES:

a) **ASEGURADO:** Persona(s) natural(es) incluida(s) dentro de un mismo contrato de seguro y conformada o por un (1) **ASEGURADO Titular** y hasta (xx) **ASEGURADOS Dependientes**, que gocen de buena salud a la fecha de la Solicitud de Seguro y que cumplan con los siguiente requisitos de edad:

- i. **ASEGURADO Titular:** Es una persona natural mayor de dieciocho (18) años y menor de xx años de edad cumplidos a la fecha de suscripción de la Solicitud Certificado, el cual es cliente de **LA INSTITUCIÓN**, que se encuentra expuesta a los riesgos cubiertos por esta Póliza y que ha solicitado la afiliación a la misma, y que figura como tal en la Solicitud Certificado del seguro. El **ASEGURADO Titular** puede permanecer asegurado hasta los xx años de edad de cumplidos y es el obligado al pago de la prima.
- ii. **ASEGURADOS Dependientes:** Pueden formar parte de este seguro él (la) cónyuge (o Concubino) del **ASEGURADO Titular**, siempre que goce de buena salud y que sea menor de xxx (xx) años de edad cumplidos a la fecha de suscripción de la Solicitud Certificado, pudiendo permanecer asegurado hasta los xxx (xx) años de edad cumplidos.

Podrán asimismo, incluirse bajo el presente seguro:

- Los hijos del **ASEGURADO Titular** que sean mayores de tres (03) meses de edad y menores de xxx (xx) años de edad, pudiendo permanecer asegurados hasta los xx años de edad cumplidos.
- Cualquier persona natural que tenga un vínculo familiar con el **ASEGURADO Titular** y que sea mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de xxx (xx) años de edad, pudiendo permanecer asegurado hasta xx años de edad cumplidos.



Queda establecido que para efectos de los artículos siguientes el término **ASEGURADO** involucra tanto al **ASEGURADO Titular** y a los **ASEGURADOS Dependientes**.

- b) **ACCIDENTES MÉDICOS:** Son aquellos que suelen ocurrir durante el examen o realización de un procedimiento terapéutico o de diagnóstico o en una sala de operaciones, por contaminación biológica o falla de instrumental o material quirúrgico o de mal funcionamiento de aparatos o implementos o de sistemas digitales o computarizados o falla de fuentes de energía o de la presentación súbita de fenómenos de la naturaleza o de otra causa durante la realización de los mismos.
- c) **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O ATAQUE CEREBRAL:** Es un tipo de enfermedad cerebrovascular, es decir, una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que riegan el cerebro, puede ser por falta de riego sanguíneo en cuyo caso se le denomina infarto cerebral o por sangrado en cuyo caso se denomina hemorragia cerebral.
- d) **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** al **ASEGURADO Titular** o a los **BENEFICIARIOS** de acuerdo con los términos de la póliza.
- e) **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.

Es válida la designación de un **BENEFICIARIO** aunque se notifique a **LA COMPAÑÍA** después del evento previsto y aun cuando conste en un tercer documento legalizado por notario público.

- f) **BUENA SALUD:** No adolecer de enfermedad o dolencia pre existente.
- g) **CERTIFICADO DE SEGURO:** Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una póliza de seguro determinada.
- h) **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. Sus estipulaciones pueden ser modificadas por endosos, de ser el caso.
- i) **CONDICIONES GENERALES DEL PRODUCTO:** Estipulaciones establecidas por **LA COMPAÑÍA**, que rigen las condiciones de cada producto de seguro de vida que **LA COMPAÑÍA** ofrece.



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

- j) **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.
- k) **CONTRATANTE:** Es la entidad financiera o de servicios (LA INSTITUCIÓN) que suscribe el contrato de seguro con LA COMPAÑÍA. Para estos efectos LA INSTITUCIÓN es la entidad (Variable: Financiera o de Servicios) señalada en las Condiciones Particulares, que suscribe un convenio de comercialización con LA **COMPAÑÍA**, cuyos clientes de tarjeta de crédito, cuentas de ahorro, cuentas corrientes o del servicio suministrado, pueden acceder al presente seguro, facultándolo o realizar el pago de la prima mediante (variable: cargos en las tarjetas de crédito o en las cuentas bancarias o por intermedio del cobro en el recibo del servicio prestado o del préstamo)
- l) **DÍAS:** Cuando se establezca la mención a días, éstos deben considerarse días calendario, excepto que se establezca lo contrario.
- m) **ENDOSO:** Documento que se anexa a la Póliza modificando las Condiciones de la misma. Para su validez, requiere la firma de **LA COMPAÑÍA** y del **CONTRATANTE**. Su contenido se entenderá vigente hasta que un Endoso posterior las modifique.
- n) **ENFERMEDAD O DOLENCIA PREEXISTENTE:** Se entiende así a cualquier condición de alteración del estado de salud del (de los) **ASEGURADO(S)** de la Póliza, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el **ASEGURADO TITULAR** y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud que forma parte de la Solicitud de Seguro.
- o) **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.
- p) **LA COMPAÑÍA: MAPFRE PERU VIDA**, Compañía de Seguros y Reaseguros, entidad emisora de esta Póliza que en su condición de asegurador y mediante el cobro de la prima, asume el riesgo de este contrato con arreglo a las condiciones de la Póliza.
- q) **MUERTE NATURAL:** Muerte producida como consecuencia de una Enfermedad o no causada por un Accidente.
- r) **MUERTE POR ACCIDENTE:** Se entiende por muerte accidental a aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del asegurado independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.



**Queda claramente entendido que los denominados “accidentes médicos” que cause su fallecimiento dentro de los nueve (09) meses a partir de la fecha en que ocurrió el accidente, no serán cubiertos por el seguro.**

**El Accidente Cerebro Vascular, los Síncopes o Infartos de Miocardio no están comprendidos dentro de esta definición.**

- s) **PERÍODO DE CARENIA:** Período de tiempo establecido en las Condiciones Generales del seguro, durante el cual no se brindarán las coberturas del seguro. Dicho período es contado desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.
- t) **PÓLIZA:** Documento que formaliza el consentimiento del contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la empresa y el **CONTRATANTE**. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato.
- u) **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 establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- v) **SINIESTRO:** Ocurrencia o materialización del(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.
- w) **SOLICITUD DE SEGURO:** constancia de la voluntad del **ASEGURADO TITULAR**, de contratar el seguro.

#### **ARTÍCULO 2° BASES DEL CONTRATO:**

La presente Póliza ha sido emitida sobre la base de la información declarada por el **ASEGURADO TITULAR** en la Solicitud Certificado de Seguro.

La Póliza y sus eventuales endosos debidamente firmados por el **CONTRATANTE** y por los funcionarios autorizados por **LA COMPAÑÍA** son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes, sin cuyo requisito **LA COMPAÑÍA** no quedará obligada.

Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales. Asimismo, cualquier endoso que modifique las Condiciones Particulares o Especiales, tendrá la vigencia indicada en el mismo, o hasta que otro endoso posterior lo modifique.

#### **ARTICULO 3° PLANES DE SEGURO:**

El presente Seguro se comercializa bajo el plan que se describe a continuación:



**I. Plan Individual:** Ampara exclusivamente a un **ASEGURADO Titular** según se define en el artículo 1° de las presentes Condiciones Generales.

**II. Plan Familiar:** Ampara al **ASEGURADO Titular** y los **ASEGURADOS Dependientes** según se define en el artículo 1° de las presentes Condiciones Generales.

En la Solicitud Certificado y en las Condiciones Particulares se indica cuál de los Planes ha sido contratado bajo esta Póliza.

#### **ARTICULO 4° OBJETO DEL SEGURO:**

Por el presente Contrato, **LA COMPAÑÍA** se obliga a pagar a el (los) **BENEFICIARIO** (s) designado (s) la suma asegurada que se estipula en la Solicitud Certificado y en las Condiciones Particulares.

**I. Cobertura Principal:** Al fallecimiento de uno de los **ASEGURADOS** de la Póliza por muerte natural, **LA COMPAÑÍA** abonará al (los) **BENEFICIARIO** (s) designado (s) la Suma Asegurada de acuerdo con las especificaciones y límites que se describen en la Solicitud Certificado, siempre que a la fecha de fallecimiento la póliza se encuentre con la cobertura habilitada y no suspendida.

Tratándose del fallecimiento del **ASEGURADO Titular**, quedará automáticamente resuelto la Solicitud Certificado de Seguro.

**II. Beneficios de la Cobertura Principal:** **LA COMPAÑÍA** otorgará los siguientes servicios adicionales, por fallecimiento del **ASEGURADO**, de acuerdo con los límites que se establecen en la Solicitud Certificado y en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- **DESGRAVAMEN DE CRÉDITO:** En caso de fallecimiento por muerte natural o accidental del **ASEGURADO**, **LA COMPAÑÍA** procederá a pagar el saldo insoluto de préstamos otorgados por **LA INSTITUCIÓN** al **ASEGURADO**, hasta la suma asegurada por este concepto que se indica en la Solicitud Certificado y en las Condiciones Particulares.
- **HIJO PÓSTUMO:** En caso de fallecimiento del **ASEGURADO**, encontrándose su cónyuge o la conviviente en estado de gestación, **LA COMPAÑÍA** procederá a indemnizar, al cónyuge o su conviviente, el monto contratado para esta cobertura al momento en que se produzca el nacimiento.

Los Beneficios de la Cobertura Principal de este seguro terminarán automáticamente en la fecha en que se cumplan las edades límite de permanencias indicadas en el artículo 1° de las presentes Condiciones Generales, sin necesidad de previo aviso por parte de **LA COMPAÑÍA**.

En caso de no existir **BENEFICIARIOS** nombrados a la fecha del fallecimiento del **ASEGURADO**, las indemnizaciones que correspondan a las presentes Condiciones



Generales serán pagados a los Herederos Legales según lo establecido por el Código Civil.

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

**ARTÍCULO 5° RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA:**

El contrato y/o la Solicitud Certificado de seguro serán nulos y no generarán efecto alguno si el **CONTRATANTE** y/o el **ASEGURADO TITULAR**, respectivamente, 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 al numeral 16.2 del artículo 16° de las presentes Condiciones Generales.

Si el **CONTRATANTE** y/o el **ASEGURADO TITULAR** 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 entre las partes. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento por parte del **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 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 en su totalidad al **CONTRATANTE** y este se lo devolverá al **ASEGURADO Titular**, para lo cual **LA COMPAÑÍA** procederá a emitir un cheque en el plazo de treinta (30) días.

- (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 en proporción a la diferencia existente entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo.



Para todo efecto, 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.

LA COMPAÑÍA retendrá el monto de las primas acordadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el ASEGURADO Titular el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

En caso de resolución de la póliza, el **CONTRATANTE** deberá informar sobre ello a los ASEGURADOS.

#### **ARTÍCULO 6° 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 seguro o de un promotor de seguro, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, el ASEGURADO Titular 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 presente Solicitud Certificado sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud Certificado o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido en caso el seguro constituya una condición para contratar una operación crediticia.

#### **ARTÍCULO 7° CONSENTIMIENTO DEL TERCERO:**

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

El **ASEGURADO Titular** puede revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual, deberá comunicarlo por escrito a **LA COMPAÑÍA**, quien una vez recibida la comunicación, resolverá la Solicitud Certificado de seguro conforme lo indicado en el artículo 16° de las presentes Condiciones Generales.

#### **ARTÍCULO 8° RIESGOS EXCLUIDOS:**

Las Indemnizaciones y servicios previstos en este Seguro no se conceden si la muerte del ASEGURADO se debe a:

- a) Enfermedades pre existentes diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inclusión en este seguro. Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente a cualquier condición de alteración del estado de salud del (de los) ASEGURADO(s) de la póliza, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** y no resuelta en el momento



previo a la presentación de la declaración jurada de salud que forma parte de la Solicitud Certificado de Seguro.

- b) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción nuclear o contaminación radioactiva.
- c) Los ocasionados como consecuencia de guerra civil o internacional (declarada o no); así como a consecuencia de participación activa en actos de insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular y terrorismo.
- d) Suicidio, salvo que el contrato de seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (02) años.
- e) El riesgo de aviación, salvo que el Asegurado esté viajando de manera autorizada y en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a diez plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, con intervención del organismo nacional o Internacional competente.
- f) 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 en la práctica de deportes notoriamente peligrosos, equitación, corridas de toros y similares, alpinismo, andinismo y caminatas en alta montaña, cacería de fieras, pesca submarina, vuelo sin motor y similares, tabla hawaiana y similares, boxeo y deportes de contacto; o actividades de alto riesgo, trabajos en minas, manipulación de explosivos, torres de alta tensión, comunicaciones o similares, pilotos o asistentes de vuelo, miembros de las fuerzas armadas o policía (Incluyendo la particular), conductor o acompañante de motocicletas de cilindrada mayor a 120 cc.
- g) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), HIV y enfermedades relacionadas.
- h) Participación activa en actos delictivos o infractorios de leyes y/o reglamentos o accidentes producidos cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas que no correspondan a un tratamiento médico y a consecuencia directa de su estado.

#### **ARTÍCULO 9° PERIODO DE CARENCIA:**

La indemnización por muerte natural que corresponda no se otorgará durante los primeros xxx (xx) días calendario. Dicho plazo se computará a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro.

En caso de muerte accidental no será de aplicación el periodo de carencia, procediendo las coberturas del seguro, siempre que la cobertura no estuviera suspendida .

#### **ARTÍCULO 10° INICIO Y DURACIÓN DEL SEGURO:**

El inicio de vigencia de la póliza y el plazo de duración de la misma se establecen en la Solicitud Certificado de seguro y en las Condiciones Particulares.



Si al momento del inicio de vigencia del seguro hubiese ocurrido el fallecimiento del **ASEGURADO Titular** o de algún **ASEGURADO Dependiente** de la póliza, se procederá conforme el numeral 16.2 del artículo 16° de las presentes Condiciones Generales.

En la eventualidad de la ocurrencia de un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, **LA COMPAÑÍA** deberá cubrir el pago del siniestro, oportunidad en la cual se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, misma que será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

**Las coberturas terminarán automáticamente en la fecha en que cumplan las edades límite de permanencia señaladas en el artículo 1° de las presentes Condiciones Generales sin necesidad de previo aviso por parte de LA COMPAÑÍA.**

Las coberturas de los **ASEGURADOS** se mantendrán en vigor en tanto se encuentre vigente la cobertura del **ASEGURADO Titular**, éste mantenga un vínculo con **LA INSTITUCIÓN** y no se haya suspendido la cobertura.

#### **ARTÍCULO 11° COMPROBACIÓN DE LA EDAD:**

La comprobación y/o acreditación de la edad corresponde al **ASEGURADO** y podrá efectuarse en cualquier momento, mediante documento oficial que acredite la edad cuando le sea requerido por **LA COMPAÑÍA**.

En caso la verdadera edad del **ASEGURADO** excede los límites establecidos en la póliza, al momento de la entrada en vigencia de ésta, entonces se procederá a la devolución de las primas pagadas.

En caso de comprobarse que la edad real del **ASEGURADO TITULAR** o alguno de los **ASEGURADOS Dependientes** es inexacta respecto de la edad declarada, se estará a lo dispuesto en el Artículo 5° y el Artículo 16° en el presente Condicionado General relacionados a la nulidad por reticencia o declaración inexacta.

#### **ARTÍCULO 12° PRIMAS:**

La prima del seguro podrá ser pagada de acuerdo a la periodicidad, lugar y medios de pago convenidos en la Solicitud Certificado y en las Condiciones Particulares y se sujeta a los plazos acordados en el Convenio de Pago.

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

**El incumplimiento de pago establecido en el convenio de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto LA COMPAÑÍA deberá**



comunicar de manera cierta al **CONTRATANTE** y **ASEGURADO**, antes del vencimiento del plazo previamente indicado, a través de los medios y en la dirección previamente acordados, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura.

Si ocurriese un siniestro antes de la suspensión de cobertura antes indicada, estando la prima impaga, la prima adeudada por el **ASEGURADO** Titular será descontada de la suma asegurada de la Cobertura Principal a otorgar.

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.

Si la prima de seguro no se regulariza en el plazo de noventa días (90) contados desde el vencimiento de la obligación, para el pago de la prima de seguro, y **LA COMPAÑÍA** no haya reclamado al **CONTRATANTE** el pago de la misma se entiende que el contrato quedará extinguido conforme se establece en el artículo 17° de las presentes Condiciones Generales.

#### **ARTÍCULO 13° REHABILITACION DE LA COBERTURA DEL SEGURO:**

El **ASEGURADO** Titular podrá 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.

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 14° PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:**

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

#### **PARA SOLICITAR LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE NATURAL:**

- Original del Certificado Médico de Defunción que indique causa de fallecimiento.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida o Acta de Defunción del **ASEGURADO**, en caso corresponda.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del documento de identidad de los **BENEFICIARIOS** designados por el **ASEGURADO** en su póliza.



**En caso de que los beneficiarios sean menores de edad: Original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de su documento de identidad y copia simple del documento de identidad del padre/madre o tutor legal.**

**PARA SOLICITAR EL BENEFICIO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN DE CRÉDITO:**

- **Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida de Defunción del ASEGURADO.**
- **Original del Protocolo de Necropsia o del resultado del examen toxicológico, en caso de muerte por accidente, en caso corresponda.**
- **Copia simple del documento de identidad del solicitante.**
- **Copia simple del último estado de cuenta bancario, en donde se indique el saldo insoluto.**

**PARA SOLICITAR EL BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR HIJO PÓSTUMO:**

- **Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida de Defunción del ASEGURADO.**
- **Original de examen médico que acredite el estado de gestación del cónyuge o conviviente del ASEGURADO, debidamente autorizado por médico ginecólogo.**
- **Copia certificada de la Partida de matrimonio o escritura pública con la declaración del reconocimiento de la unión de hecho entre los convivientes.**
- **Copia certificada de la Partida de nacimiento del hijo póstumo.**

**En caso de haber presentado algún documento para la cobertura del seguro principal, el cual sea requerido para la cobertura de los beneficios, ya no será necesaria nuevamente su presentación.**

**LA COMPAÑÍA se pronunciará, respecto de la solicitud de indemnización por muerte natural, del beneficio del seguro de desgravamen de crédito, así como de la indemnización por hijo póstumo, 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.**

**En caso LA COMPAÑÍA no se pronunciase dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido. Habiendo quedado consentido o aprobado el siniestro LA COMPAÑÍA pagará la indemnización respectiva en el plazo de treinta (30) días como máximo desde dicho consentimiento.**

**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 aprobar o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.**

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



En los Seguros de Vida 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.

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/nuestras-oficinas>

#### **ARTÍCULO 15° SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:**

Los 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° CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA:**

##### **16.1. La 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 las Solicitudes Certificados de seguros emitidos con base a ésta, mientras que, si la causal de resolución es de responsabilidad del ASEGURADO solamente se resolverá la respectiva Solicitud Certificado de seguro. La resolución se presenta en cualquiera de los siguientes casos:

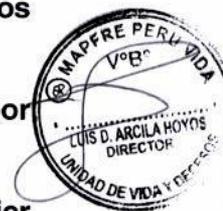
- (i) **Por decisión unilateral y sin expresión de causa:** El Contratante o ASEGURADO Titular deberá presentar una comunicación ante LA COMPAÑÍA, con una anticipación no menor a treinta (30) días. En este caso la resolución procederá a partir de las 00:00 horas del día útil siguiente al vencimiento del plazo de treinta (30) días de preaviso. La comunicación del Contratante o ASEGURADO Titular puede ser realizada utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro.

En tal supuesto le corresponde a LA COMPAÑÍA la proporción de la prima por el periodo efectivamente cubierto.

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 en los que la Póliza estuvo vigente.

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

- (ii) **Por revocación del consentimiento del ASEGURADO Titular:** la Solicitud Certificado será resuelta en caso el ASEGURADO Titular fuese distinto al



Contratante y decidiera revocar su consentimiento a la Póliza conforme lo estipulado en las presentes Condiciones Generales.

- (iii) **Por falta de pago de primas;** en caso LA COMPAÑÍA opte por resolver la póliza y/o Solicitud certificado, durante la suspensión de la cobertura del seguro. El contrato y/o Solicitud certificado de seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que EL CONTRATANTE y ASEGURADO reciba 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.
- (iv) **Por agravación del riesgo:** En caso LA COMPAÑÍA decida resolver la póliza o Solicitud 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 la recepción de la comunicación para manifestar su voluntad de resolver la póliza o la Solicitud Certificado de seguro, según corresponda.

Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones de la póliza o solicitud certificado de seguro. Sin embargo, en caso LA COMPAÑÍA opte por resolver dicha póliza o la solicitud certificado de seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no comunican oportunamente la agravación del riesgo, LA COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE y/o 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) 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 ejercen el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato 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



y/o ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

El contrato de seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del ASEGURADO que éste no conociera al momento de la celebración del contrato.

La culminación de la póliza o de la solicitud certificado por resolución libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la Póliza y no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos en los que la Póliza estuvo vigente.

En los casos indicados en los acápites (iii) y (iv) el Contrato y/o la Solicitud Certificado de Seguro se considerarán resueltos a partir del día en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, reciban la comunicación por parte de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. A excepción del supuesto establecido en los numerales i) y ii) en cuyo caso cesa la cobertura del riesgo desde la recepción del documento de revocación o resolución enviada por el ASEGURADO Titular o CONTRATANTE.

Adicionalmente a lo mencionado, en caso se hubiese pagado la prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad solo a el CONTRATANTE, el cual posteriormente le devolverá, sin intereses, al ASEGURADO Titular, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a realizar una transferencia bancaria a favor de EL CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación del CONTRATANTE (para los supuestos de los acápites i y ii) o de LA COMPAÑÍA (para los supuestos de los acápites iii y iv), en la que solicitan la resolución del contrato de seguro.

## 16.2 La Nulidad:

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

El contrato y/o Solicitud Certificado de seguro será nulo en los siguientes supuestos:

- (i) La muerte del ASEGURADO Titular o de alguno de los ASEGURADOS Dependientes antes del inicio de vigencia del seguro.

En caso de fallecimiento de ASEGURADO Titular o de alguno de los ASEGURADOS Dependientes se anula la solicitud certificado correspondiente, permaneciendo vigente las demás Solicitudes de certificados de seguro que conforman la póliza.



- (ii) **La reticencia y/o declaración inexacta;** se entiende por reticencia o declaración inexacta a la omisión o falsedad en las declaraciones del Contratante y/o ASEGURADO – si media dolo o culpa inexcusable de ellos – respecto de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificadas 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 TITULAR que fueron materia de una de las preguntas expresas en la Solicitud Certificado de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

No procede nulidad cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario, y la COMPAÑÍA igualmente celebró el contrato de seguro.

Para todo efecto, 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.

LA COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar el supuesto ii), desde que es conocido por ésta.

- (iii) **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.

Cualquier pago de la prima correspondiente a este Seguro que se efectuase habiendo el ASEGURADO ingresado al seguro excediendo la edad máxima de ingreso fijada en la Solicitud Certificado, no dará derecho a beneficio alguno y la prima será devuelta sin intereses al CONTRATANTE, al ASEGURADO o a los BENEFICIARIOS asignados.

En caso de nulidad el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Solicitud certificado emitido a su favor. Asimismo, si el 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 lo señalado en el supuesto ii) 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.

En cualquiera de las situaciones anteriores, LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según se trate de la nulidad de la póliza o la solicitud certificado por cualquiera de los medios de comunicación pactados. En caso corresponda devolver al ASEGURADO Titular lo referente a las



**primas pagadas, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abonar en cuenta a favor del CONTRATANTE, en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación al CONTRATANTE, en caso corresponda. Posteriormente el CONTRATANTE le devolverá al ASEGURADO Titular, sin intereses, el monto recibido.**

#### **ARTÍCULO 17° EXTINCIÓN DEL CONTRATO Y/O CERTIFICADO DE SEGURO:**

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

- a) Al cancelarse la deuda que mantiene el **ASEGURADO Titular** con el **CONTRATANTE** en su totalidad.
- b) Al cumplir el **ASEGURADO** la edad límite que se establezca en la Solicitud Certificado de seguro y en las Condiciones Particulares.
- c) En el caso de fallecimiento del **ASEGURADO Titular**, se activará la cobertura de la póliza, procediéndose a pagar el siniestro, quedando por tanto extinguido el contrato de seguro, a partir de lo cual no se le brindará cobertura a los asegurados dependientes inscritos en la Solicitud certificado de seguro.
- d) Pasados noventa (90) días sin pago de primas, contados desde el vencimiento de la obligación, la Solicitud certificado de seguro quedará extinguido, sin posibilidad de rehabilitación posterior.
- e) Al finalizar la vigencia de la póliza, siempre que no sea renovada.

La extinción del contrato y/o la Solicitud Certificado de seguro por cualquiera de las causas liberan a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la Póliza y no da lugar a devolución de primas por periodos en los que la referida Póliza estuvo vigente.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, **ésta será devuelta en su totalidad al CONTRATANTE, el cual posteriormente se lo devolverá al ASEGURADO Titular**, para lo cual, **LA COMPAÑÍA** procederá a emitir un cheque en el plazo de treinta (30) días, contados desde la fecha de la causal de terminación del contrato y/o la Solicitud Certificado de seguro.

#### **ARTÍCULO 18° PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS:**

Los usuarios, entendiéndose éstos como la persona natural 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, integrante, 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: <http://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.mapfre.com.pe/reclamo-queja> 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 las siguientes instancias:

- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP**  
**Plataforma de Atención al Usuario (PAU)**  
Lima: Av. Dos de Mayo N° 1475 - San Isidro  
y otras PAU ubicadas en provincias,  
o a los Teléfonos: 0800-10840 | (511) 200-1930  
[www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)
- **INDECOPI**  
Calle de la Prosa 104, San Borja  
Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias)  
[www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)
- **Defensoría del Asegurado**  
Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9, San Isidro, Lima Perú  
Telefax: 421 0614  
[www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

Cabe precisar que la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP únicamente atenderá denuncias y consultas.

 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 19° MEDIOS DE COMUNICACION Y DOMICILIO DE LAS PARTES:**

Para los efectos del presente contrato, **LA COMPAÑÍA** y/o el **CONTRATANTE** y/o el **ASEGURADO** señalan como su dirección de contacto las que aparecen registradas en la Solicitud Certificado y en las Condiciones Particulares, en donde se notificarán válidamente los avisos y comunicaciones en general.

Si el **CONTRATANTE** y/o el **ASEGURADO** cambiaran 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** y/o del **ASEGURADO** por falta de actualización de su parte.



## 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 al **ASEGURADO** o el **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 las partes contratantes 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° 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 22° 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 el **ASEGURADO** y/o el **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 el **ASEGURADO** y/o el **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 23° 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**, el **ASEGURADO**, los **BENEFICIARIOS** o los herederos legales, según sea el caso, salvo aquellos que correspondan a **LA COMPAÑÍA** y no puedan ser transferidos

### **ARTÍCULO 24° PÓLIZA ELECTRÓNICA:**

**LA COMPAÑÍA** podrá enviar la póliza de seguro de forma electrónica según consentimiento expreso del **CONTRATANTE** indicado en la Solicitud Certificado y registrado en la Solicitud Certificado y 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 25° 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 el **CONTRATANTE** y/o el **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 Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.

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

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

#### **ARTÍCULO 26° CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES:**

Durante la vigencia del contrato **LA COMPAÑÍA** no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del **CONTRATANTE**, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato. En cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado. En caso de aceptarse la modificación de los términos del contrato, el **CONTRATANTE** deberá comunicar las mismas a los **ASEGURADOS**.

#### **ARTÍCULO 27° SUBROGACIÓN:**

Desde el momento que **LA COMPAÑÍA** indemniza cualquiera de los riesgos cubiertos por este Seguro, subroga al **ASEGURADO** en las acciones para repetir contra los que resulten responsables por el importe de la indemnización pagada. Los **BENEFICIARIOS**



se obligan a facilitar y otorgar todos los documentos necesarios para que **LA COMPAÑÍA** pueda ejercer los derechos materia de subrogación.

**LA COMPAÑÍA** será responsable de los gastos por concepto de costos legales y/o honorarios de abogados al hacer valer sus derechos de subrogación, pero no participará en los costos u honorarios relacionados con cualquier abogado contratado por el **ASEGURADO** en conexión con cualquier acción para la recuperación de daños iniciada por el **ASEGURADO**.

#### **ARTÍCULO 28° LEY APLICABLE:**

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

#### **ARTÍCULO 29° DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:**

El presente artículo establece el derecho del **ASEGURADO** y/o Usuario de los servicios de seguro, de acudir a la Defensoría del Asegurado para resolver las controversias que surjan entre el **ASEGURADO** y **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 el **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 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 **ASEGURADO** 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 **ASEGURADO** en un plazo de sesenta (60) días hábiles de notificación.

La Defensoría del Asegurado se encuentra en la dirección indicada en el artículo 18° de las presentes Condiciones Generales.

