

MULTIFONDOS FLEX

Código SBS N° VI2047100108

CONDICIONES GENERALES

Conste por el presente documento las Condiciones Generales del Producto MULTIFONDOS FLEX ofrecido por MAPFRE PERÚ, según los términos y condiciones siguientes:

ARTÍCULO 1°: DEFINICIONES

Para efectos de la presente Póliza se entenderá por:

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra El Asegurado.**

Asegurado: Es toda persona natural expresamente individualizado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Puede además tener la calidad de CONTRATANTE, cualquiera que sea la situación, se estipulará en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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. En caso de Fallecimiento de uno o más BENEFICIARIOS(s), el monto correspondiente a dicho(s) BENEFICIARIOS(s) será repartido entre los BENEFICIARIOS vivos, de acuerdo con el porcentaje que le corresponde a cada uno.

Cargo Periódico de la Póliza: Es el monto compuesto por los costos de las coberturas y los gastos de gestión que la COMPAÑÍA descontará periódicamente del Valor Acumulado del Fondo.

Condiciones de Asegurabilidad: Requisitos establecidos por la COMPAÑÍA para considerar que el solicitante del seguro pueda ser cubierto por la Póliza atendiendo al riesgo que representa.

Contratante o Tomador del Seguro: Persona natural o jurídica que celebra el Contrato de Seguro con la COMPAÑÍA y quien es el responsable del pago de las Primas, salvo pacto en contrario. Él designará a los BENEFICIARIOS o podrá ceder esta facultad al ASEGURADO, conforme se precise en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Costo de las Coberturas: Es un monto que la COMPAÑÍA descontará mensualmente del Valor Acumulado del Fondo para cubrir el riesgo de fallecimiento y los riesgos de coberturas adicionales incluidas en la Póliza, en caso corresponda.

Cuota: es la unidad en que se expresan los fondos de inversión vinculados a la Póliza. Las cuotas pueden estar expresadas en moneda corriente nacional u otra moneda extranjera.

Declaración personal de salud – DPS: Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud y del estado de salud de sus DEPENDIENTES. La Declaración Personal de Salud, deberá realizarse en los formatos provistos por la COMPAÑÍA, pudiendo ser parte de la Solicitud de Seguro.

Deportes Riesgosos: Son todos aquellos deportes, actividades de ocio, o disciplinas profesionales con algún componente deportivo que comportan una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles y/o extremas en las que se practican. Y que se encuentran detalladas en el artículo 25 de la presente póliza.

Derecho a Acrecer: Cuando se designa más de un BENEFICIARIO, si falleciera uno de ellos antes del fallecimiento del ASEGURADO, los restantes tienen derecho a acrecer; es decir, percibir el importe del BENEFICIARIO fallecido en partes iguales. En el caso de haberse determinado porcentajes se respetarán, esas proporciones, para acrecer.

Edad: Para efectos de la presente Póliza se considerará como edad la edad actuarial del ASEGURADO, que corresponde a la edad del ASEGURADO a la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Seguro: (i) si a dicha fecha han transcurrido menos de seis (6) meses desde su último cumpleaños, tiene como edad actuarial su edad cumplida; (ii) si a dicha fecha han transcurrido más de seis (6) meses desde su último cumpleaños, se considerará como edad actuarial la próxima edad que va a cumplir.

Endoso: Documento en el que se establecen modificaciones a la póliza, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE, según corresponda. Forman parte de la póliza.

Enfermedad preexistente: Se trata de cualquier alteración del estado de salud, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Contratante y/o Asegurado y con anterioridad a la contratación de la póliza.

Fondos de inversión vinculados a la Póliza: Corresponden a portafolios de instrumentos financieros que la COMPAÑÍA tomará en consideración para asignar la Prima aportada por el CONTRATANTE y determinar la rentabilidad que aplicará al Valor Acumulado del Fondo. Los Fondos de Inversión son administrados por sociedades administradoras de fondos (AFM), autorizadas y supervisadas por superintendencia del Mercado de Valores (SMV). Por lo anterior, las características y el valor de los fondos que administran son de público y periódico conocimiento. El detalle acerca de los fondos de inversión vinculados a la Póliza, como sus modificaciones, será puesto a disposición del CONTRATANTE en la Solicitud de Seguro y en las Condiciones Particulares de la Póliza. La COMPAÑÍA podrá modificar en cualquier momento el número y tipo de fondos de inversión ofrecidos a través de esta Póliza.

Gastos de gestión: son aquellos gastos que se cargarán mensualmente, el último día de cada mes, al Valor Acumulado del Fondo o que serán descontados de las primas pagadas, cuyos montos o porcentajes máximos se indican en las Condiciones Particulares de la Póliza. Estos gastos son los siguientes:

- **Cargo sobre prima:** Es una cantidad para descontar de todas las primas pagadas destinada a financiar los gastos en que incurre la COMPAÑÍA por concepto de venta de la póliza. El valor para descontar se expresa como un porcentaje de las primas, según si ellas corresponden a primas única o primas periódica primas únicas o Aportes Extraordinarios. Los valores de dichos porcentajes aparecen detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- **Cargo sobre el Valor Acumulado del Fondo:** Es un monto que la COMPAÑÍA rebajará mensualmente del el Valor Acumulado del Fondo para cubrir los gastos de mantención de la Póliza. Estos gastos están expresados como un porcentaje del Valor Acumulado del Fondo, según se detalla en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- **Cargo por traspaso de dinero entre fondos de inversión vinculados a la Póliza:** es un monto que será rebajado del Valor Acumulado del Fondo, cada vez que el CONTRATANTE solicite un traspaso de dinero entre los distintos fondos de inversión

vinculados a la Póliza, durante la vigencia de la Póliza. Este monto dependerá de la edad de la póliza, número de movimientos efectuados durante su vigencia, según se detalla en las Condiciones Particulares de la Póliza. Este cargo por traspaso de dinero no será aplicable en caso de modificación de los fondos de inversión vinculados a la Póliza, conforme se señala el numeral 12.2 del Artículo 12 de las presentes Condiciones Generales.

Indemnización, Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares, que será pagado por la COMPAÑÍA al/ los BENEFICIARIO(S) de ocurrir un siniestro, siempre y cuando cuente con cobertura bajo los términos de la Póliza. Este importe vendrá dado por la suma de:

- El Capital en Riesgo a la fecha del siniestro.
- El Valor Acumulado del Fondo a la fecha del siniestro.

Interés Asegurable: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el deseo que debe tener el CONTRATANTE para obtener la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca, ya que, en caso de que se produzca, le generaría un perjuicio económico.

Interés Técnico: Es la rentabilidad utilizada en el cálculo de las primas del seguro.

Prima: Importe que el CONTRATANTE paga y/o se compromete a pagar a la COMPAÑÍA por el seguro contratado. Su periodicidad, forma y monto se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza

Reticencia: Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.

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

Valor Acumulado del Fondo: Corresponderá a la suma de los saldos de cada uno de los fondos de inversión vinculados a la Póliza, expresados en la moneda señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza. El valor de cada fondo vinculado a la Póliza se determinará según el número de cuotas a la fecha del cálculo, multiplicado por el valor que tenga la cuota del fondo de inversión a la fecha del cálculo. El Valor Acumulado del Fondo representa la obligación de la COMPAÑÍA con el CONTRATANTE o con el BENEFICIARIO, cuando corresponda.

Valor cuota: Es el precio informado por la sociedad administradora de fondos (AFM), de cada fondo de inversión vinculado a la Póliza. El valor de la cuota a utilizar en las operaciones de compra y venta será el correspondiente al día en que la respectiva operación sea confirmada por la Compañía, en la forma que se especifica en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 2°: BASES DEL CONTRATO

La presente Póliza ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada en la Solicitud de Seguro por el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO, los documentos accesorios o complementarios presentados por LA COMPAÑÍA.

La exactitud de esta información 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 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.

En caso de haber diferencias entre las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares del Producto, prevalecerán éstas últimas. 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 3°: RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA

- a. Si el Contratante y/ o Asegurado realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, se aplicará lo dispuesto en el artículo sobre nulidad de la póliza.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y que debieron ser declaradas o entregadas para la evaluación del riesgo asegurado.

- b. 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:
 - Constatación antes que se produzca el siniestro:

La COMPAÑÍA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado 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. En caso la propuesta sea aceptada, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento 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 primer párrafo del presente literal. Corresponden a favor de la COMPAÑÍA los Cargos Periódicos de la Póliza, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- Constatación después que se produzca el siniestro:

La COMPAÑÍA reducirá la Indemnización a pagar en la misma proporción existente entre el Cargo Periódico de la Póliza efectivamente realizado y el que debió haberse realizado de haber conocido el verdadero estado del riesgo.

ARTÍCULO 4°: VIGENCIA Y PLAZOS DEL CONTRATO DE SEGURO

La presente Póliza tendrá la vigencia indicada en las Condiciones Particulares.

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4 de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de cobertura del seguro al pago de la prima o la primera prima del seguro, en caso la modalidad del pago de la prima sea periódica y según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

ARTÍCULO 5°: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La presente Póliza se renueva automáticamente, en los mismos términos y condiciones pactados originalmente, salvo que alguna de las partes manifieste su decisión en contrario por escrito, con al menos treinta (30) días antes del término de su vigencia. Salvo que las partes estipulen por escrito lo contrario, producida la renovación automática de la póliza, la prima correspondiente deberá ser abonada en los mismos términos, condiciones y plazos acordados originalmente.

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

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

ARTÍCULO 6°: COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA COMPAÑÍA

- a. La COMPAÑÍA se compromete a indemnizar al ASEGURADO o BENEFICIARIO de acuerdo con las condiciones establecidas en la Póliza.
- b. La COMPAÑÍA enviará un estado de cuenta con una periodicidad mínima anual donde constará la última declaración de: (i) Las primas pagadas y Aportaciones Extraordinarias; (ii) Todos los cargos y costos; (iii) El Valor de Rescate; (iv) La rentabilidad acreditada (v) El valor acumulado del Fondo; (vi) El Beneficio por fallecimiento. A solicitud del CONTRATANTE o ASEGURADO la COMPAÑÍA podrá pactarse mediante endoso, el envío de declaraciones con mayor frecuencia.
- c. La Póliza otorgará cobertura al ASEGURADO en todo el territorio de la República del Perú y en el extranjero.
- d. La COMPAÑÍA informará al CONTRATANTE sobre cualquier modificación a los fondos de inversión vinculados a la Póliza, conforme a lo señalado en el numeral d) del Artículo 11 de las presentes Condiciones Generales.
- e. La COMPAÑÍA pondrá a disposición la información al CONTRATANTE sobre modificación de las tasas de interés en contratos distintos a los depósitos a plazo fijo,

en forma previa, cuando se trate de incrementos en el caso de los productos activos y reducciones en el caso de los productos pasivos, así como, el valor inicial y actualizado de los componentes de inversión, en el aplicativo respectivo, mediante cual el CONTRATANTE podrá obtener dicha información en tiempo real.

ARTÍCULO 7°: COMPROMISOS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

- a. El CONTRATANTE se compromete a pagar la prima del seguro en las fechas establecidas en las Condiciones Particulares y la Solicitud del Seguro.
- b. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la COMPAÑÍA cuando corresponda. Esta información es crucial, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones son la base del presente contrato y determinan la aceptación del riesgo por parte de la COMPAÑÍA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.
- c. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un Corredor de Seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente Contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la COMPAÑÍA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.
- d. El ASEGURADO se compromete a facilitar a la COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la COMPAÑÍA.
- e. **En caso de que la condición del CONTRATANTE y el ASEGURADO recaigan en personas distintas, la COMPAÑÍA requerirá consentimiento previo por escrito del ASEGURADO. El ASEGURADO puede revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento. LA COMPAÑÍA, desde la recepción del documento que acredite la revocatoria, no será responsable de cualquier siniestro que se produzca, por lo que cesa la cobertura del riesgo. El CONTRATANTE tiene derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.**

ARTÍCULO 8°: COBERTURAS

En caso de que el ASEGURADO fallezca durante la vigencia de la Póliza, sea en territorio nacional o internacional y la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la Póliza, la COMPAÑÍA pagará al/los BENEFICIARIO(S) el importe del Capital Asegurado, de acuerdo con lo señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza. El importe vendrá dado por la suma de:

- El Capital en Riesgo a la fecha de ocurrencia del siniestro.
- El Valor Acumulado del Fondo a la fecha de notificación del siniestro.

En caso de que el ASEGURADO llegue con vida al vencimiento del seguro, la COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO el Valor Acumulado del Fondo a la fecha de vencimiento.

ARTÍCULO 9°: VALOR ACUMULADO DEL FONDO

El Valor Acumulado del Fondo corresponderá a la suma de los saldos de cada uno de los fondos de inversión vinculados a la Póliza, expresados en la moneda señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza. El valor de cada fondo vinculado a la Póliza se determinará según el número de Cuotas a la fecha del cálculo, multiplicado por el Valor Cuota que tenga del fondo de inversión a la fecha del cálculo. De los fondos de inversión vinculados a la Póliza, se abonarán o cargarán los siguientes conceptos:

- a. Se abonará la prima pagada, luego de descontar los correspondientes cargos sobre prima definidos en el Artículo 1°, la que se distribuirá entre los fondos de inversión vinculados a la Póliza, de acuerdo con las instrucciones del CONTRATANTE y al Valor de la Cuota correspondiente al día en que la operación se confirme por la COMPAÑÍA. Durante el período que medie entre el pago de la prima y la confirmación de la operación, la prima neta pagada no devengará reajustes ni intereses.
- b. El último día de cada mes se cargará al Valor Acumulado del Fondo el costo de las coberturas y los gastos de gestión correspondientes, detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza. Para cada fondo de inversión, se rebajarán de su saldo el número de Cuotas necesarias para financiar los cargos que correspondan, en la proporción de cada uno de los fondos de inversión vinculados a la Póliza, dado por el saldo que mantenga en cada uno. Tratándose de los cargos sobre prima, éstos serán descontados en la forma indicada en el Artículo 1°, en el evento de que el CONTRATANTE no hubiese pagado prima alguna durante el mes respectivo. En caso de no haber saldo suficiente en el Valor Acumulado del Fondo para efectuar dichos cargos, se efectuarán los cargos que correspondan hasta consumir totalmente el saldo.
- c. Se cargará el monto de cualquier Rescate Parcial de los saldos de aquellos fondos que instruya el CONTRATANTE.
- d. Se efectuarán las transferencias de dineros entre fondos de inversión vinculados a la Póliza, de acuerdo con las instrucciones recibidas del CONTRATANTE.
- e. Se cargará el Valor de Rescate Total cuando el CONTRATANTE solicite el rescate total a la COMPAÑÍA.
- f. La COMPAÑÍA imputará al Valor Acumulado del Fondo o a los montos del Rescate según corresponda, los impuestos que sean de cargo del CONTRATANTE, conforme lo establezca la ley.

ARTICULO 10°: CAPITAL EN RIESGO POR FALLECIMIENTO

El Capital en Riesgo se determinará al último día del mes, mediante alguno, o combinación de algunas de las opciones que a continuación se indican:

- a. **Diferencia entre un Capital Objetivo y el Valor Acumulado del Fondo:** Bajo esta opción, el Capital en Riesgo para cada mes está determinado por la diferencia entre un Capital Objetivo previsto a una fecha límite, señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, y el Valor Acumulado del Fondo valorado al último día del mes precedente, luego de descontar los gastos de gestión correspondientes al mes de cálculo.

b. **Porcentaje del Valor Acumulado del Fondo:** Bajo esta opción, el Capital en Riesgo vigente en cualquier mes será el resultado de multiplicar el Valor Acumulado del Fondo al último día del mes anterior, una vez descontados los gastos de gestión correspondientes al mes de cálculo, por un porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

c. **Importe fijo:** Bajo esta opción el Capital en Riesgo vigente en cualquier mes estará determinado por un monto fijo, previamente establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza y que no tiene relación con el Valor Acumulado del Fondo.

El Capital en Riesgo, independientemente de la opción, o combinación de algunas de las opciones elegida por el CONTRATANTE, podrá estar comprendido entre un monto máximo y un monto mínimo, los cuales se estipularán en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTICULO 11°: RENTABILIDAD DE LA INVERSIÓN

La presente Póliza no garantiza ningún tipo de interés, por lo tanto, la rentabilidad del Valor Acumulado del Fondo en cualquier período podrá ser positiva, cero o negativa, dependiendo de la rentabilidad obtenida en el mismo período en cada uno de los fondos de inversión vinculados a la Póliza y que hayan sido seleccionados por el CONTRATANTE.

En caso de que uno o varios fondos de inversión vinculados a la Póliza estuviesen denominados en una moneda o divisa diferente a la moneda estipulada en las Condiciones Particulares la Póliza, la COMPAÑÍA no garantizará ningún tipo de cambio de divisa.

La forma de determinación de la rentabilidad que los recursos aportados por el ASEGURADO generen, se especificará en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTICULO 12°: GESTIÓN DE FONDOS DE INVERSIÓN VINCULADOS A LA PÓLIZA

a. Fondos de Inversión vinculados a la Póliza

Este seguro brinda la opción al CONTRATANTE de elegir entre los fondos de inversión vinculados a la Póliza. Estos representan distintos perfiles de riesgo y sólo el CONTRATANTE elegirá la distribución de los montos acumulados entre dichos fondos que se encuentren disponibles, y que mejor se acomode a sus necesidades.

Para todos los efectos de invertir, traspasar dineros entre distintos fondos de inversión vinculados a la póliza, realizar rescates parciales o totales, o para calcular la rentabilidad de los respectivos fondos de inversión, la COMPAÑÍA se atenderá a las especificaciones detalladas en las Condiciones Particulares, estas operaciones serán realizadas y confirmadas en la medida que las condiciones de los mercados lo permitan.

b. Distribución de las primas en los fondos de inversión vinculados a la Póliza

Para la prima única o primas periódicas, luego de descontar los correspondientes cargos sobre prima definidos en el Artículo 1°, el CONTRATANTE deberá indicar el porcentaje que se invertirá en cada uno de los fondos de inversión vinculados a la Póliza, según se detalla en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para los Aportes Extraordinarios, luego de descontar los correspondientes cargos sobre prima definidos en el Artículo 1°, se utilizará la misma distribución señalada por el CONTRATANTE para la prima única o primas periódicas, a menos que este disponga una distribución diferente, y lo comunique a la COMPAÑÍA, por los medios dispuestos por ella para estos efectos.

c. Transferencias de dinero entre los fondos de inversión vinculados a la Póliza

En cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar una modificación de la distribución de los montos acumulados, a través de una transferencia de dineros entre los fondos de inversión vinculados a la Póliza. Para ello, el CONTRATANTE enviará la instrucción de transferencia de dineros entre fondos de inversión vinculados a la Póliza, por escrito o por los medios que la COMPAÑÍA ponga a su disposición para la ejecución de dicha orden, y la COMPAÑÍA procederá a confirmar el cambio dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de que por cualquier motivo ajeno a la COMPAÑÍA no se pueda llevar a cabo la instrucción, esto será comunicado al CONTRATANTE.

Cada transferencia de fondos solicitada por el CONTRATANTE entre distintos fondos de inversión vinculados a la Póliza estará afecto al cargo establecido en el Artículo 1° de estas Condiciones Generales. No existirá cargo en caso de que la solicitud de transferencia tenga su origen en la extinción o eliminación de alguno de los fondos de inversión vinculados a la póliza.

d. Modificación de los fondos de inversión vinculados a la Póliza

La COMPAÑÍA podrá modificar, agregar o eliminar, en cualquier momento, cualquiera de los fondos de inversión vinculados a la Póliza. Estos cambios serán debidamente informados al CONTRATANTE de modo que éste pueda instruir cómo se redistribuirán los saldos en caso de que sea necesario hacerlo. Si la COMPAÑÍA no recibe instrucciones al respecto de parte del CONTRATANTE, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, ésta procederá a traspasar el monto del Valor Acumulado del Fondo vinculado a los fondos de inversión disueltos o liquidados, en otros Instrumentos cuyas políticas de inversión sean similares a la selección vigente.

ARTICULO 13°: RESCATE TOTAL

En cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, el CONTRATANTE tendrá el derecho a efectuar el rescate total del Valor Acumulado del Fondo mediante una solicitud por escrito dirigida a la COMPAÑÍA.

A partir del momento en que la COMPAÑÍA reciba la solicitud de rescate total, se producirá el término del seguro, cesando toda responsabilidad de la compañía con excepción de las del rescate del Valor Acumulado del Fondo.

El Valor de Rescate corresponderá al Valor Acumulado del Fondo menos - cuando corresponda - los cargos asociados a los gastos de gestión y costos de las coberturas de la Póliza que se encuentren pendientes a la fecha de rescate total. Estos cargos serán aplicados en forma proporcional a los días comprendidos entre el primer día del mes en que se recibe la solicitud del rescate total y el día en que la COMPAÑÍA recibe la solicitud del rescate total (último día de vigencia de la Póliza). El Valor Acumulado del Fondo será el correspondiente al día en que la COMPAÑÍA reciba la solicitud de rescate total. Del monto del rescate total, se deducirá el cargo por rescate total señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La COMPAÑÍA pagará al contratante el Valor de Rescate, a más tardar treinta (30) días hábiles después de presentada la solicitud, salvo caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite el cumplimiento de esta obligación dentro del plazo anteriormente señalado.

Del valor de rescate se descontará cualquier saldo adeudado por el CONTRATANTE a la COMPAÑÍA y la compensación se efectuará únicamente respecto de la presente póliza.

ARTICULO 14°: RESCATES PARCIALES

Transcurrido el plazo señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza, el CONTRATANTE podrá ejercer su derecho a efectuar rescates parciales del Valor Acumulado del Fondo, mediante una solicitud por escrito dirigida a la COMPAÑÍA, quien pagará el rescate parcial a más tardar treinta (30) días hábiles después de presentada la solicitud. El CONTRATANTE deberá señalar el o los montos a rescatar y los fondos de inversión vinculados a la póliza de los cuales se efectuará el rescate. De no especificarse esta instrucción en lo relativo a los fondos de inversión involucrados, la COMPAÑÍA procederá a efectuarlo en forma proporcional al saldo de cada uno de estos. Del monto del rescate parcial, se deducirá el cargo por rescate parcial señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para otorgar un rescate parcial se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a. El CONTRATANTE podrá efectuar el número máximo de rescates parciales por mes y por año, que se señala en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b. El monto de cada rescate parcial efectuado por el CONTRATANTE no podrá ser inferior a la cantidad que para estos efectos se señala en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c. El Valor Acumulado del Fondo remanente después de haberse otorgado un rescate parcial, no podrá ser menor al monto mínimo señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 15°: MODIFICACION DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

El CONTRATANTE podrá solicitar modificaciones a las condiciones de la Póliza, siempre y cuando éstas no afecten el cálculo de la prima, para lo cual deberá presentar a LA COMPAÑÍA una solicitud por escrito, dentro de los primeros diez (10) días útiles de cada mes. En caso de que el CONTRATANTE presente la solicitud antes indicada fuera del plazo establecido, se considerará que dicha solicitud se ha realizado en el primer día útil del mes siguiente.

El CONTRATANTE solo tendrá derecho a solicitar cinco (05) endosos modificatorios durante la vigencia de la presente póliza.

La COMPAÑÍA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia 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 por la COMPAÑÍA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

ARTICULO 16°: CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de Seguro terminará en la primera de las siguientes fechas o lo que ocurra primero, sin necesidad de aviso previo, simultáneo o posterior por parte de la COMPAÑÍA.

- a. **Cuando se produzca un siniestro que dé lugar al pago del Capital Asegurado correspondiente a la cobertura de la presente Póliza.**

b. Por fallecimiento del CONTRATANTE y en caso de prima periódica, si el ASEGURADO fuese persona distinta y no se hiciera cargo de las obligaciones del CONTRATANTE mientras la póliza se encuentre vigente.

c. Por la cláusula adicional que se contrate en forma accesoria con la presente póliza, pudiendo ésta, con motivo del pago de la indemnización contemplada, provocar el termino anticipado de la póliza y por ende la pérdida al derecho de cobertura, siempre y cuando dichos efectos estén previstos en el adicional respectivo.

d. En caso corresponda, al término de la anualidad correspondiente a la fecha en que el ASEGURADO haya cumplido la Edad Máxima de Permanencia, que será señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

e. A partir del momento en que el Valor de la Póliza sea igual a cero, en los términos indicados en el numeral e) del Artículo 21°.

f. Cuando el ASEGURADO no aceptase el cambio de moneda señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, según el Artículo 20°.

g. Cuando el ASEGURADO haya ejercido el derecho de rescate total.

h. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

En caso se produzca la terminación contractual, la COMPAÑÍA tendrá derecho al cargo periódico de la Póliza, correspondientes al periodo efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 17°: RESOLUCION CONTRACTUAL

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

- a. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la COMPAÑÍA con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la COMPAÑÍA el Cargo Periódico de la Póliza, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- b. Por revocación del consentimiento del ASEGURADO en caso el ASEGURADO fuese distinto al CONTRATANTE y decidiera revocar su consentimiento a la Póliza conforme a lo señalado en el Artículo 5° de las presentes Condiciones Generales.
- c. Por falta de pago del Cargo Periódico de la Póliza en el caso que la COMPAÑÍA decida resolver la Póliza, durante el periodo de suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la COMPAÑÍA el cobro del cargo periódico de la Póliza correspondiente al periodo efectivamente cubierto.
- d. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En caso de incurrirse en la presente causal, el ASEGURADO o el (los) BENEFICIARIO(s) o el (los) heredero(s) legal(es) que

haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s) mismo que será comunicado sin perjuicio de los plazos que correspondan para el rechazo del siniestro según el artículo 74° de la Ley del Contrato de Seguro. En este supuesto, el Importe del Beneficio que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho a éste. En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actúe, contando con los poderes legales suficientes, en nombre y representación de los demás ASEGURADOS, BENEFICIARIOS o herederos legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados.

- e. Se aplicará la resolución en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa a que se refiere el artículo 13° de la Ley del Contrato de Seguro.

En la situación descrita en el numeral d) anterior, la COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que se efectúe la resolución. Le corresponde a la COMPAÑÍA el Cargo Periódico de la Póliza, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser invocada por:

- EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO a su sola decisión y sin motivo alguno, conforme a los numerales a) y b) precedentes.
- La COMPAÑÍA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales c), d) y e) precedentes.

Producida la resolución del Contrato de Seguro, por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la COMPAÑÍA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

En caso de que la resolución se haya producido por parte del CONTRATANTE, y corresponda el reembolso del Valor Acumulado del Fondo a su favor, la COMPAÑÍA deberá reembolsar el Valor Acumulado del Fondo antes referido en función al plazo no transcurrido, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la solicitud de resolución del contrato de seguro, según lo indicado en el literal a) del presente artículo. Para los efectos del reembolso del Valor Acumulado del Fondo, en caso corresponda, no aplicará penalidades u otro cobro de naturaleza similar.

ARTÍCULO 18°: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro desde el inicio de vigencia, debido a que existía una causal al momento de su celebración que hubiera impedido su celebración o modificado sus condiciones, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato, por lo tanto, nunca surtió efectos legales.

El Contrato de Seguro es nulo en cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. **Inexistencia del interés asegurable:** Por ausencia del interés asegurable al momento de la contratación o al inicio de sus efectos, según el art. 101 de la LCS.
- b. **Inexistencia del riesgo:** 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, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso de que no medie dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, el contrato seguirá vigente.

Para el caso descrito en el numeral c) precedente, la COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que la COMPAÑÍA conoce de la reticencia o declaración inexacta, se haya producido o no el siniestro.

La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO acarrea la nulidad del Contrato de Seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigor del contrato, no está dentro de los límites establecidos en la Póliza para asumir el riesgo. En este caso, se procederá a la devolución de la Prima Pagada.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la ASEGURADORA el importe total de la suma recibida.**
- **La COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses), excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso los Cargos Periódicos de la Póliza quedan adquiridos por la COMPAÑÍA, quien tiene derecho al cobro de la prima acordada para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.**

ARTÍCULO 19°: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

El CONTRATANTE podrá designar para cobrar la indemnización, Beneficio o Suma Asegurada que se establezca de acuerdo con las condiciones y términos de esta Póliza, en caso de fallecimiento del ASEGURADO, a una o más personas, en la Solicitud del Seguro o en cualquier otro momento posterior.

El o los BENEFICIARIOS se verán detallados en las Condiciones Particulares de esta Póliza. En caso se designará a dos o más BENEFICIARIOS, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer.

El CONTRATANTE tiene el derecho de nombrar a él o los BENEFICIARIOS que desee a su libre elección y criterio, siempre que exista interés asegurable entre el ASEGURADO y sus BENEFICIARIOS.

A falta de BENEFICIARIOS designados por el CONTRATANTE, o habiendo estos fallecidos antes que el ASEGURADO, el monto del beneficio se pagará a los herederos testamentarios del ASEGURADO, en los porcentajes establecidos en el testamento o la ley o, a falta de herederos testamentarios, a los herederos legales de acuerdo con el orden de prelación y disposiciones establecidas en el Código Civil.

El cambio de BENEFICIARIO se hará en forma expresa y por escrito debiendo ser emitido el endoso correspondiente en la póliza o en su defecto en un tercer documento legalizado por notario público. Es válida, aunque se notifique a la COMPAÑÍA después del siniestro.

ARTÍCULO 20°: MONEDA DEL CONTRATO

El valor del fondo, monto de la prima y demás valores de la presente póliza se expresará en moneda extranjera (US\$) o en moneda nacional(S/) según se especifique en las Condiciones particulares. Para tal efecto se deberá entender que el tipo de moneda elegida tiene carácter irrevocable.

ARTÍCULO 21°: PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO

1. Pago de Prima:

- a. El Contrato de Seguro contempla el pago de prima única o primas periódicas exigibles por anualidades anticipadas. La periodicidad, forma e importe de la prima se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b. Para el caso de prima única, se deberá realizar un solo pago en la fecha de celebración del Contrato de Seguro. El importe de la prima única estará limitado por un monto mínimo y un monto máximo, estipulados en las Condiciones Particulares de Póliza.
- c. Para el caso de primas periódicas, podrá convenirse el pago fraccionado de la prima anual de forma semestral, trimestral o mensual, mediante la aplicación de un recargo en dicha prima, cuyo importe se detallará en la Condiciones Particulares de la Póliza. Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago que forma parte integrante del contrato de seguro.
- d. El pago de las primas tiene por objeto constituir el Valor Acumulado del Fondo de manera que siempre cuente con saldo suficiente sobre el cual resulte posible realizar el Cargo Periódico de la Póliza en la fecha de pago y forma establecida en las Condiciones Particulares.
- e. El Cargo Periódico de la Póliza es el monto compuesto por el costo de las coberturas y los gastos de gestión que la COMPAÑÍA descontará mensualmente del Valor Acumulado del Fondo, el cual tiene por objeto garantizar las coberturas de la Póliza, siempre y cuando exista saldo sobre el cual realizar dichos cargos.
- f. El Cargo Periódico de la Póliza es debido por el CONTRATANTE a la COMPAÑÍA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago este pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el BENEFICIARIO.
- g. La COMPAÑÍA podrá compensar el Cargo Periódico de la Póliza a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al BENEFICIARIO en caso de siniestro.
- h. Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de Cargo Periódico de la Póliza con las obligaciones de la COMPAÑÍA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la COMPAÑÍA, sin la expresa y previa aceptación de la COMPAÑÍA.

- i. En caso de Siniestro que deba ser indemnizado en virtud de la presente Póliza, el Cargo Periódico de la Póliza para cubrir el riesgo se entenderá totalmente devengado, debiendo la COMPAÑÍA descontarla del pago de la Indemnización correspondiente.
- j. El pago de la Prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la COMPAÑÍA o la entidad financiera o persona jurídica autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.
- k. Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la COMPAÑÍA. Cualquier pago realizado al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.

2. Consecuencias del incumplimiento de pago de Prima:

a. Suspensión de la cobertura

La Póliza se mantendrá vigente mientras que el saldo del Valor Acumulado del Fondo permita realizar el Cargo Periódico de la misma.

Si el saldo del Valor del Acumulado del Fondo resultara insuficiente para cubrir el importe del Cargo Periódico de la Póliza, la COMPAÑÍA comunicará de manera cierta al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, a través de los medios acordados en las Condiciones Particulares, que en caso no realice el pago del importe suficiente para cubrir el valor de una mensualidad del Cargo Periódico de la Póliza, dentro de los treinta (30) días desde que no se pudo realizar el Cargo Periódico de la Póliza, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo.

La COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si el fallecimiento ocurriese sin que se regularice el pago del monto adeudado y dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, se deducirá del beneficio correspondiente el monto del Cargo Periódico de la Póliza adeudado por el CONTRATANTE.

b. Resolución de la Póliza por falta de pago de prima-

LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario, contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la COMPAÑÍA el Cargo Periódico de la Póliza.

Se deja expresa constancia que si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la Prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la Prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la Prima. Le corresponde a la COMPAÑÍA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

ARTÍCULO 22°: REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA

Producido el término de la Póliza porque el saldo del Valor Acumulado del Fondo es igual a cero, el CONTRATANTE podrá solicitar su rehabilitación, mientras que la COMPAÑÍA no haya expresado por escrito su decisión de resolver el contrato.

Aceptada la rehabilitación, el contratante deberá pagar la totalidad de las Primas vencidas o un monto mínimo equivalente al total de los Cargos Periódicos de la Póliza que no se han podido realizar a dicha fecha. En este caso, la rehabilitación de la Póliza aplicará hacia el futuro y la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la COMPAÑÍA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 23°: COMPROBACIÓN DE LA EDAD

La comprobación y/o acreditación de la edad declarada por el ASEGURADO podrá efectuarse durante la vigencia en cualquier momento, se realizará mediante el requerimiento del documento oficial de identidad y verificando la correspondencia del ASEGURADO al momento de la contratación de la póliza. Si se comprueba la inexactitud en la Edad del ASEGURADO, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. Si la Edad verdadera es mayor que la declarada, la Indemnización se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con el Cargo Periódico de la Póliza percibida por la COMPAÑÍA.
- b. Si es menor, se rectificarán los Cargos Periódicos de la Póliza en el futuro y se devolverá el exceso percibido, sin intereses.

ARTÍCULO 24°: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que tenga interés asegurable, que sean residentes en la República del Perú y cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

- a. **Edad mínima de ingreso a la póliza:** 18 años.
- b. **Edad máxima de ingreso a la póliza:** La señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c. **Edad máxima de permanencia en la póliza:** La señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza. Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, éste último quedará automáticamente sin cobertura.

Sin perjuicio de lo indicado en el párrafo precedente, podrán asegurarse bajo la presente póliza, las personas naturales que hayan respondido en forma negativa todas las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) o cuyas solicitudes de Seguro hayan sido aceptadas por la COMPAÑÍA, según corresponda.

ARTÍCULO 25°: EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre el riesgo de muerte, si el fallecimiento del ASEGURADO fuere causado por o sea a consecuencia de:

- a. Suicidio, salvo que hubieran transcurrido dos (02) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- b. Pena de muerte o muerte producida por la participación del ASEGURADO en cualquier acto delictivo, ya sea como autor, coautor o cómplice.
- c. Acto delictivo cometido, en calidad de autor, cómplice o partícipe, por uno o más BENEFICIARIOS o por quienes pudieren reclamar el capital asegurado, sin perjuicio del derecho que les asiste a los demás BENEFICIARIOS no partícipes de dicho acto, de reclamar el porcentaje o alícuota correspondiente del capital asegurado.
- d. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- e. Participación en deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak extremo, kayak surf, alpinismo, trekking, puenting, tirolina, street luge. Así también la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo, salvo que éstas hayan sido declaradas por el ASEGURADO y aceptadas por la COMPAÑÍA. Dicha inclusión deberá constar en la Póliza. Se entiende como participación activa aquella participación con consentimiento del asegurado.
- f. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva, salvo en caso de tratamiento médico.
- g. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial legalmente autorizada, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario y entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente; o intervenir en viajes submarinos.
- h. Enfermedades preexistentes, así como, anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ella, y no resueltas en el momento previo a la solicitud del seguro.
- i. Efectos de drogas o alucinógenos, así como cuando la muerte del ASEGURADO, en calidad de sujeto activo, suceda en caso de embriaguez o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que este haya sido administrado por prescripción médica. Cabe mencionar que el estado de embriaguez se considerará cuando el ASEGURADO o, como sujeto activo, haya tenido más de 0.5 g/lt de alcohol en la sangre; estado que deberá ser calificado por la autoridad competente o por los exámenes médicos que se practiquen al ASEGURADO, según corresponda.
- j. Prestación de servicios del ASEGURADO en las Fuerzas Armadas o Policiales de cualquier tipo.
- k. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) / HIV positivo y toda enfermedad contraída a consecuencia del estado de inmunodeficiencia.

En todos estos casos, la **COMPAÑÍA** solo deberá pagar al **BENEFICIARIO** o los **BEBENEFICIARIOS**, el Valor Acumulado del Fondo a la fecha de notificación del siniestro, previa los cargos asociados a los gastos de gestión y costos de las coberturas de la Póliza que se encuentren detallados en las condiciones particulares de la presente póliza.

ARTICULO 26°: RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACION EXPRESA

La **COMPAÑÍA** cubrirá el fallecimiento del **ASEGURADO** causado por o a consecuencia de los riesgos excluidos en el Artículo 25 numerales e), h) y j), cuando estos hayan sido declarados por el **ASEGURADO** y aceptados por la **COMPAÑÍA** con el pago de la extra prima respectiva, dejándose constancia de la inclusión en la póliza, en calidad de Condición Especial.

ARTÍCULO 27°: AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO

1. Aviso de Siniestro

El siniestro será comunicado a la **COMPAÑÍA** dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, la **COMPAÑÍA** podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

Si con dolo se incurre en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, se libera de responsabilidad a la **COMPAÑÍA**.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, 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 **COMPAÑÍA** ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

2. Solicitud de Cobertura

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la **COMPAÑÍA**, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen de las Condiciones Generales del Seguro) los siguientes documentos en original o en certificación de reproducción notarial:

a. Solicitud de Cobertura debidamente llenada y suscrita por el **BENEFICIARIO**. Este documento tendrá carácter de declaración jurada.

- b. Acta o partida de defunción del ASEGURADO.
- c. Copia certificada del Certificado Médico de defunción del ASEGURADO Completo.
- d. Historia clínica completa del ASEGURADO, foliada y fedateada.
- e. Copia simple del documento de identidad del(los) BENEFICIARIO(S) del seguro.
- f. En caso los BENEFICIARIOS sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, además de copia literal de la partida donde conste inscrita definitivamente dicho acto en Registros Públicos. En caso de que la Declaratoria de Herederos se haya realizado por vía judicial, será necesario que presenten la copia Literal de la partida donde conste la inscripción definitiva en Registros Públicos.

En caso de que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, adicionalmente a los documentos antes mencionados, se deberán presentar los siguientes:

- i. Copia certificada del atestado o informe policial Completo o diligencias fiscales, en caso corresponda.
- ii. Copia certificada del protocolo de Necropsia, en caso corresponda.
- iii. Resultado del Dosaje Etílico, en caso corresponda; sólo en caso de accidente de tránsito siempre que el accidente sea consecuencia directa de la ingesta de alcohol y esta situación sea acto generador del siniestro.
- iv. Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso corresponda.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la COMPAÑÍA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de la COMPAÑÍA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

3. Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura

Todo documento de procedencia extranjera debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

4. Pago de Siniestro

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros

veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso de que la COMPAÑÍA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro.

Cuando la COMPAÑÍA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al BENEFICIARIO, la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la COMPAÑÍA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento noventa y uno (91) establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al BENEFICIARIO dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al BENEFICIARIO en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la COMPAÑÍA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro, la COMPAÑÍA cuenta con un plazo de treinta (30) días para proceder a efectuar el pago que corresponda; caso contrario, la COMPAÑÍA deberá pagar al ASEGURADO o al BENEFICIARIO un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, de acuerdo con la moneda pactada en el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora.

ARTÍCULO 28°: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

Los beneficiarios perderán el derecho a ser indemnizados, quedando La Aseguradora 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, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

En caso de que exista más de un beneficiario, la actuación dolosa o engañosa de uno no afectará el derecho de los demás beneficiarios, salvo que éste actúe debidamente facultado en representación de éstos

ARTÍCULO 29°: ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS

El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios podrán presentar sus quejas y/o reclamos a La Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de su recepción.

Del mismo modo, El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios, según corresponda pueden:

(i) presentar reclamos ante la Defensoría del Asegurado, conforme a lo detallado en el numeral siguiente, o ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual– INDECOPI, o

(ii) presentar sus denuncias ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's – SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

ARTÍCULO 30°: INDISPUTABILIDAD

Si transcurren dos (2) años desde la celebración del contrato, la COMPAÑÍA no puede invocar la reticencia o falsa declaración del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, excepto cuando esta haya sido dolosa.

ARTÍCULO 31°: MEDIOS DE COMUNICACIÓN 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, siendo también válido para tal efecto el uso de los correos electrónicos allí consignados.

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

ARTÍCULO 32°: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El Asegurado, el Beneficiario y el Contratante, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N°307-Piso 9, San Isidro, Lima, Teléfono 01-421-0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y La Aseguradora sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para La Aseguradora.

ARTÍCULO 33°: 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 con 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 reclamo o denuncia 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 34°: PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurre el Siniestro, en el caso de coberturas de fallecimiento el plazo de diez (10) años se computa desde conocido el beneficio, de conformidad con lo previsto en el artículo 80° de la Ley del Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 35°: TRIBUTOS

Todos los tributos presentes que graven las Primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la COMPAÑÍA y no puedan ser trasladados.

ARTÍCULO 36°: PÓLIZA ELECTRÓNICA

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

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

ARTÍCULO 37°: DUPLICADO DE DECLARACIONES Y PÓLIZA

En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza, el ASEGURADO podrá obtener un duplicado en sustitución de ésta.

El ASEGURADO tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán asumidos por el ASEGURADO.

ARTÍCULO 38°: POLÍTICA SOBRE PROTECCION DE DATOS PERSONALES

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

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

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

ARTÍCULO 39°: INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Av. Dos de Mayo N° 1475 - San Isidro. Departamento de Servicio de Ciudadano
Teléfonos: 0800-10840 | (511) 630-9000 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

- Defensoría del ASEGURADO

Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9, San Isidro.

Miraflores, Lima Perú Telefax: 421 06 14 www.defaseg.com.pe

ARTÍCULO 40° DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros efectuada fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, EL CONTRATANTE tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, en cuyo caso podrá resolver la póliza de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la mencionada póliza de seguro o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

En caso EL CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total o parte de la prima, LA COMPAÑÍA procederá a la devolución de la misma, dentro de los treinta (30) días siguientes al ejercicio del derecho de arrepentimiento.

EL CONTRATANTE, podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios de la póliza contratada.

ARTÍCULO 41°: LEY APLICABLE

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