

**MAPFRE PERU VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.**

**RUC: 20418896915**

**DIRECCIÓN: AV. ARMENDARIZ 345 MIRAFLORES**

**TELEFONO 213-7373**

**PAGINA WEB: <http://www.mapfre.com.pe>**

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ASISTENCIA EN VIAJE  
PARA TURISMO**

**RESUMEN**

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

**1- LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:**

- EL pago de la prima será cobrada mensualmente al ASEGURADO y se realizará mediante cargo en cuenta corriente, ahorros o en la tarjeta de crédito designada para tal fin.

Si el pago se efectúa a través del comercializador, el pago efectuado se considera abonado a la Compañía de seguro.

**2- VIGENCIA DEL SEGURO Y MONTO DE LA PRIMA COMERCIAL**

La vigencia del seguro y monto de la prima comercial del presente seguro será la indicada en las Condiciones Particulares y en la Solicitud Certificado.

**3- MEDIO Y PLAZO ESTABLECIDOS PARA EL AVISO DE SINIESTRO:**

El ASEGURADO tiene la obligación de dar aviso a LA COMPAÑÍA tantas veces como atenciones requiera. A partir de la primera atención o servicio prestado, el ASEGURADO deberá siempre comunicarse con LA COMPAÑÍA para obtener la autorización de nuevas atenciones o servicios originados en la misma causa que el primer evento.

Para las Coberturas Principales de Muerte por Accidente e Invalidez Parcial o Total Permanente por Accidente:

El ASEGURADO o El BENEFICIARIO, para solicitar las coberturas, deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o el beneficio.

El incumplimiento de la comunicación dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, 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 los supuestos establecidos en el artículo 4° de las Condiciones Generales.

Para hacer uso de la cobertura de Asistencia Médica por Accidente, Asistencia Médica por Enfermedad y Asistencia Médica por Enfermedad Conocida por el Asegurado y no resuelta, EL ASEGURADO deberá comunicarse directamente a la Central de Asistencia, sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 7074595, las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año y se le informará sobre el profesional médico al cual debe acudir y los Centros Asistenciales u Hospitales disponibles en el área de ocurrencia del evento cuya asistencia se solicita. En caso el ASEGURADO no cumpla con el PROCEDIMIENTO DE AVISO DE SINIESTRO, LA COMPAÑÍA no otorgará cobertura.

Para hacer uso de la cobertura de Medicamentos Ambulatorios y Medicamentos Hospitalarios EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 7074595, las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, se darán vía crédito y sólo se realizarán reembolsos, cuando el medicamento no esté disponible y EL ASEGURADO lo requiera en situaciones de emergencia.

#### **4- LUGARES AUTORIZADOS POR LA EMPRESA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SINIESTRO:**

- En cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima (Av. Armendariz 345 Miraflores, Unidad de Salud - Área de Siniestros) y en Provincia, y a nuestra central telefónica en Lima al Teléf. 213-7373 y Provincias al Teléf. 0801- 1-1133 detalladas en nuestra página web <http://www.mapfre.com.pe>
- Ante el comercializador de la póliza de seguro.
- Para solicitar la cobertura de Asistencia Médica por Accidente, Asistencia Médica por Enfermedad y Asistencia Médica por Enfermedad Conocida por el Asegurado y No Resuelta, EL ASEGURADO deberá comunicarse directamente a la Central de Asistencia, sin costo por medio del cobro revertido o desde cualquier parte del mundo llamando al Teléfono 56 (22) 7074595, las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.
- Para solicitar las coberturas de Medicamentos Ambulatorios y Medicamentos Hospitalarios, EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, por cobro revertido o llamada por cobrar (collect call), y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 7074595, las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

Mayor detalle sobre este punto se encuentra en el artículo 4° de las Condiciones Generales.

#### **5- MEDIOS HABILITADOS POR LA EMPRESA PARA PRESENTAR RECLAMOS:**

Los usuarios y/o consumidores, entendiéndose éstos como la persona natural

o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por LA COMPAÑÍA; podrán presentar consultas, reclamos y/o quejas a través de las plataformas establecidas por LA COMPAÑÍA y/o cualquier otro medio que establezca la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

### **Consultas**

- Carta dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, de la consulta.
- A través de la página Web de MAPFRE PERU <http://www.mapfre.com.pe> enlazándose al link de “Atención de Consultas”

### **Reclamos y/o Queja**

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

La respuesta al reclamo, será remitida al usuario en un plazo máximo de 30 días calendario de presentada la carta a LA COMPAÑÍA. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique, dicha ampliación debe ser comunicada al USUARIO dentro del mencionado plazo, explicándole las razones de la demora.

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

## **6- INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:**

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Av. Dos de Mayo 1475, San Isidro

Teléfonos: 0800-10840

[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 N° 307

San Isidro, Lima Perú

Telefax: 421 06 14

[www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

### Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia

### Nacional de Salud (CECONAR)

Dirección: Av. Alejandro Velasco Astete 1398, Surco -Teléfono:

3726150

Página web: <http://portal.susalud.gob.pe/blog/que-es-el-ceconar/>

**7- EL PRESENTE PRODUCTO PRESENTA OBLIGACIONES A CARGO DEL USUARIO CUYO INCUMPLIMIENTO PODRIA AFECTAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O PRESTACIONES A LAS QUE SE TENDRÍA DERECHO.**

**8- DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO EL ASEGURADO SE ENCUENTRA OBLIGADO A INFORMAR A LA EMPRESA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE AGRAVEN EL RIESGO ASEGURADO**

**9- PRINCIPALES RIESGOS CUBIERTOS**

### **COBERTURAS PRINCIPALES**

Las coberturas del seguro dependerán del Plan de Seguro contratado, siendo las principales las siguientes:

- Muerte por Accidente

- Invalidez Parcial o Total Permanente por Accidente
- Asistencia médica por Accidente
- Asistencia médica por Enfermedad
- Asistencia médica por Enfermedad Conocida por el Asegurado y No Resuelta
- Medicamentos Ambulatorios
- Medicamentos de Hospitalización.

Los alcances de las coberturas se encuentran señaladas en el artículo 2° de las Condiciones Generales de la Póliza.

## **10-PRINCIPALES EXCLUSIONES**

**Se excluye cualquier siniestro ocasionado a causa o como consecuencia de los siguientes supuestos:**

- a) Cuando el ASEGURADO participe de forma activa en carreras de automóviles, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', esgrima o rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rúpel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros, trapezio, equilibrismo; salto desde puentes, puenting'; halterofilia; o esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard'.**
- b) Las enfermedades (incluyendo las mentales) o tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por el presente seguro, así como los denominados accidentes médicos, entendidos estos como la apoplejía, los vértigos, los infartos y los ataques epilépticos.**
- c) Fallecimiento a consecuencia de un accidente debido a actividades como piloto y/o asistente de vuelos, trabajos en minas, torres de alta tensión, comunicaciones.**
- d) El riesgo de aviación, que comprende tripulación, personal en funciones de la aerolínea fabricante o proveedor del operador aéreo salvo que EL ASEGURADO esté viajando en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a diez plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios**

predeterminados, con intervención del organismo nacional o internacional competente.

e) Como consecuencia de hechos de guerra internacional (declarada o no) o civil, o servicio militar de cualquier clase

f) Suicidio o tentativa de suicidio u acto delictuoso provocado por cualquier persona que resultase favorecida con los alcances de este seguro.

g) Los que tengan origen en actos de imprudencia temeraria o negligencia grave de EL ASEGURADO, así como los derivados de actos delictivos o infractorios de leyes y/o reglamentos.

h) Accidentes sufridos en situación de enajenación mental o bajo los efectos de bebidas alcohólicas (siempre que supere el límite legal permitido para la ingesta de alcohol, es decir, 0.50 gramos por litro de alcohol en la sangre) o de drogas y/o estupefacientes, así como por intoxicaciones por ingestión de alimentos o bebidas.

i) A consecuencia del VIH: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y VIH en todas sus formas, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias. Enfermedades venéreas o de transmisión sexual.

j) Fallecimiento producido como consecuencia de la reacción nuclear o contaminación radioactiva, química o bacteriológica.

k) Participación de EL ASEGURADO de forma activa en hechos de carácter político o social, huelgas, alborotos o tumultos populares y terrorismo.

l) Los gastos y complicaciones por enfermedades crónicas, preexistentes (a excepción de la atención de urgencias y emergencias médicas), congénitas o recurrentes que hayan sido diagnosticadas al Asegurado antes del inicio de vigencia de la presente póliza y/o viaje. Se excluyen también, las enfermedades benignas y heridas leves que no imposibiliten la continuación normal del viaje no darán lugar a esta asistencia.

m) Quedan excluidos para todas las coberturas de la póliza, los riesgos y siniestros, así como sus consecuencias, derivadas por enfermedades endémicas, epidémicas, pandémicas, enfermedades infecciosas de aparición repentina y/o propagación rápida que hayan sido declaradas por parte de las autoridades competentes locales, nacional o por cualquier organismo internacional y/o los acaecidos en cualquier lugar que figure como no recomendado para viajar por dichas autoridades. Quedan igualmente excluidos los siniestros producidos por las cuarentenas derivadas de cualquiera de las causas descritas, y sus consecuencias.

n) Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de una riña (salvo aquellos casos en que se establezca judicialmente, o a través de indicios

razonables, la legítima defensa), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el ASEGURADO hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del ASEGURADO, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.

**o) Drogas, narcóticos y/o afines:** Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por lo utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.

**p) Enfermedades, lesiones, afecciones, consecuencias o complicaciones resultantes de tratamientos o asistencias recibidas por el ASEGURADO de parte de personas o profesionales no pertenecientes a la red de proveedores de LA COMPAÑÍA.**

**q) Viajes aéreos:** Viajes aéreos en aviones no destinados y autorizados como transporte público.

**r) Partos:** Controles, exámenes y complicaciones de gestación. Partos. Abortos, cualquiera sea su etiología.

**s) Enfermedades mentales y/o afines:** Enfermedades psicológicas, mentales, psicosis, neurosis y cualquiera de sus consecuencias mediatas o inmediatas.

**t) Tensión arterial:** Controles de tensión arterial. Hipertensión arterial y sus consecuencias.

**u) Visitas médicas no autorizadas por LA COMPAÑÍA:** Las visitas médicas de control, chequeos y tratamientos prolongados, que no sean previa y expresamente autorizadas por LA COMPAÑÍA.

**v) Prótesis y similares:** Gastos de prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas de todo tipo, ya sean de uso interno o externo, incluyendo pero no limitados a: artículos de ortopedia, prótesis dentales, audífonos, anteojos, lentes de contacto, férulas, muletas, nebulizadores, respiradores, etc.

**w) Los tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo la atención de urgencia descrita en las presentes Condiciones Generales.**

**x) Chequeos o exámenes de rutina:** Los chequeos o exámenes médicos de rutina, incluso aquellos que no sean relacionados con una enfermedad diagnosticada y comprobada, así como aquellos que no sean consecuencia directa de una enfermedad o accidente.

**y) Riesgos profesionales:** Si el motivo del viaje del ASEGURADO fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional. En todos los casos, las coberturas descritas serán complementarios de los

que deban prestarse por parte de entidades de seguros según las normas de seguridad industrial y de riesgos laborales aplicables en el país donde se presente la enfermedad o accidente objeto del servicio.

z) **Gastos no autorizados:** Gastos de hotel, restaurante, taxis, comunicaciones, etc. que no hayan sido expresamente autorizados por LA COMPAÑÍA.

aa) **Acompañantes y gastos extras:** En los casos de hospitalización del ASEGURADO, se excluyen expresamente todos los gastos extras así como de acompañantes.

bb) **Cáncer, diagnosticado por estudio anatomopatológico.**

cc) **Queda excluida la atención relacionada a Covid-19 en caso EL ASEGURADO haya incumplido con registrar el inicio y fin de su viaje en la plataforma indicada por LA ASEGURADORA.**

#### **11-CONDICIONES DE ACCESO Y LIMITES DE PERMANENCIA EN LOS SEGUROS PERSONALES.**

a) **Edad:** Al momento de contratación de la póliza, el ASEGURADO no deberá superar la edad máxima de contratación establecida en las Condiciones Generales.

b) **Estadía Mínima y estadía máxima:** Se establecen en las Condiciones Generales.

#### **12-DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

En la oferta de seguros efectuada mediante la utilización de sistemas a distancia o fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, o por medio de comercializadores, incluyendo bancaseguros, el Contratante si se trata de pólizas individuales o por el Asegurado si se trata de pólizas grupales tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, así como los demás canales que la Compañía ponga a disposición para tal fin, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. En caso que el Contratante o Asegurado, según corresponda, ejerza su derecho de arrepentimiento después de haber pagado el total o parte de la prima, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes, computados a partir de la comunicación realizada por el Contratante o Asegurado solicitando la aplicación del derecho de arrepentimiento. El contratante o Asegurado podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.

#### **13-DERECHO DE RESOLUCION DEL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA**



Las contempladas en el artículo 7° de las CLAUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL Y GRUPAL DE ACCIDENTES PERSONALES.

**14-DERECHO DE ACEPTAR O NO LAS MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES PROPUESTAS POR LAS EMPRESAS, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO**

Las contempladas en el artículo 20° de las CLAUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL Y GRUPAL DE ACCIDENTES PERSONALES.

**15-PROCEDIMIENTO PARA EL AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO**

El indicado en el artículo 4° de las Condiciones Generales.



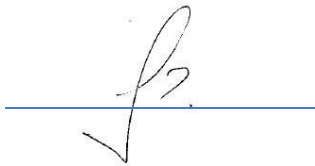
**COBERTURAS CONTRATADAS**

MAPFRE Perú Vida, Cia de Seguros y Reaseguros, en adelante La Compañía, deja constancia que la persona indicada en esta Solicitud-Certificado como Asegurado se encuentra amparado por la Póliza de Accidentes Personales N° XXXXXXXXXXXXX y se compromete a cubrir, con arreglo a las condiciones de la póliza, las prestaciones que se indican a continuación en caso de producirse un siniestro cubierto por ésta, tan pronto se reciba y apruebe la documentación exigida.

COBERTURA PRINCIPAL	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE DE COBERTURA
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
COBERTURAS ADICIONALES	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE DE COBERTURA
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
PRIMA COMERCIAL	XXXXXXXXXXXXXX	
PRIMA COMERCIAL + IGV	XXXXXXXXXXXXXX	

DIRECTOR DE LA UNIDAD  
DE RIESGOS GENERALES

EL CONTRATANTE



## EXCLUSIONES

Se excluye cualquier siniestro ocasionado a causa o como consecuencia de los siguientes supuestos:

- a) Cuando el ASEGURADO participe de forma activa en carreras de automóviles, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', esgrima o rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros, trapezio, equilibrismo; salto desde puentes, puenting'; halterofilia; o esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard'
- b) Las enfermedades (incluyendo las mentales) o tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por el presente seguro, así como los denominados accidentes médicos, entendidos estos como la apoplejía, los vértigos, los infartos y los ataques epilépticos.
- c) Fallecimiento a consecuencia de un accidente debido a actividades como piloto y/o asistente de vuelos, trabajos en minas, torres de alta tensión, comunicaciones.
- d) El riesgo de aviación, que comprende tripulación, personal en funciones de la aerolínea fabricante o proveedor del operador aéreo salvo que EL ASEGURADO esté viajando en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a 10 plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, con intervención del organismo nacional o internacional competente.
- e) Como consecuencia de hechos de guerra internacional (declarada o no) o civil, o servicio militar de cualquier clase
- f) Suicidio o tentativa de suicidio u acto delictuoso provocado por cualquier persona que resultase favorecida con los alcances de este seguro
- g) Los que tengan origen en actos de imprudencia temeraria o negligencia grave de EL ASEGURADO, así como los derivados de actos delictivos o infractorios de leyes y/o reglamentos.
- h) Accidentes sufridos en situación de enajenación mental o bajo los efectos de bebidas alcohólicas (siempre que supere el límite legal permitido para la ingesta de alcohol, es decir, 0.50 gramos por litro de alcohol en la sangre) o de drogas y/o estupefacientes, así como por intoxicaciones por ingestión de alimentos o bebidas.
- i) A consecuencia del VIH: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y VIH en todas sus formas, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias. Enfermedades venéreas o de transmisión sexual.
- j) Fallecimiento producido como consecuencia de la reacción nuclear o contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
- k) Participación de EL ASEGURADO de forma activa en hechos de carácter político o social, huelgas, alborotos o tumultos populares y terrorismo.
- l) Los gastos y complicaciones por enfermedades crónicas, preexistentes (a excepción de la atención de urgencias y emergencias médicas), congénitas o recurrentes que hayan sido diagnosticadas al Asegurado antes del inicio de vigencia de la presente póliza y/o viaje. Se excluyen también, las enfermedades benignas y heridas leves que no imposibiliten la continuación normal del viaje no darán lugar a esta asistencia.
- m) Quedan excluidos para todas las coberturas de la póliza, los riesgos y siniestros, así como sus consecuencias, derivadas por enfermedades endémicas, epidémicas, pandémicas, enfermedades infecciosas de aparición repentina y/o propagación rápida que hayan sido declaradas por parte de las autoridades competentes locales, nacional o por cualquier organismo internacional y/o los acaecidos en cualquier lugar que figure como no recomendado para viajar por dichas autoridades. Quedan igualmente excluidos los siniestros producidos por las cuarentenas derivadas de cualquiera de las causas descritas, y sus consecuencias.

- n) Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de una riña (salvo aquellos casos en que se establezca judicialmente, o a través de indicios razonables, la legítima defensa), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el ASEGURADO hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del ASEGURADO, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.
- o) Drogas, narcóticos y/o afines: Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por lo utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
- p) Enfermedades, lesiones, afecciones, consecuencias o complicaciones resultantes de tratamientos o asistencias recibidas por el ASEGURADO de parte de personas o profesionales no pertenecientes a la red de proveedores de LA COMPAÑÍA.
- q) Viajes aéreos: Viajes aéreos en aviones no destinados y autorizados como transporte público.
- r) Partos: Controles, exámenes y complicaciones de gestación. Partos. Abortos, cualquiera sea su etiología.
- s) Enfermedades mentales y/o afines: Enfermedades psicológicas, mentales, psicosis, neurosis y cualquiera de sus consecuencias mediatas o inmediatas.
- t) Tensión arterial: Controles de tensión arterial. Hipertensión arterial y sus consecuencias.
- u) Visitas médicas no autorizadas por LA COMPAÑÍA: Las visitas médicas de control, chequeos y tratamientos prolongados, que no sean previa y expresamente autorizadas por LA COMPAÑÍA.
- v) Prótesis y similares: Gastos de prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas de todo tipo, ya sean de uso interno o externo, incluyendo pero no limitados a: artículos de ortopedia, prótesis dentales, audífonos, anteojos, lentes de contacto, férulas, muletas, nebulizadores, respiradores, etc.
- w) Los tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo la atención de urgencia descrita en las presentes Condiciones Generales.
- x) Chequeos o exámenes de rutina: Los chequeos o exámenes médicos de rutina, incluso aquellos que no sean relacionados con una enfermedad diagnosticada y comprobada, así como aquellos que no sean consecuencia directa de una enfermedad o accidente.
- y) Riesgos profesionales: Si el motivo del viaje del ASEGURADO fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional. En todos los casos, las coberturas descritas serán complementarios de los que deban prestarse por parte de entidades de seguros según las normas de seguridad industrial y de riesgos laborales aplicables en el país donde se presente la enfermedad o accidente objeto del servicio.
- z) Gastos no autorizados: Gastos de hotel, restaurante, taxis, comunicaciones, etc. que no hayan sido expresamente autorizados por LA COMPAÑÍA.
- aa) Acompañantes y gastos extras: En los casos de hospitalización del ASEGURADO, se excluyen expresamente todos los gastos extras así como de acompañantes.
- bb) Cáncer, diagnosticado por estudio anatomopatológico.
- cc) Queda excluida la atención relacionada a COVID-19 en caso EL ASEGURADO haya incumplido con registrar el inicio y fin de su viaje en la plataforma indicada por LA ASEGURADORA.

#### **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

En la oferta de seguros efectuada mediante la utilización de sistemas a distancia o fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, o por medio de comercializadores, incluyendo bancaseguros, el Contratante si se trata de pólizas individuales o por el Asegurado si se trata de pólizas grupales tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, así como los demás canales que la Compañía ponga a disposición para tal fin, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida. En caso que el Contratante o Asegurado, según corresponda, ejerza su derecho de arrepentimiento después de haber pagado el total o parte de la prima, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes, computados a partir de la comunicación realizada por el Contratante o Asegurado solicitando la aplicación del derecho de arrepentimiento. El contratante o Asegurado podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas

**y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.**

#### **DERECHO DE RESOLVER EL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA**

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO y LA COMPAÑÍA podrán resolverla, sin expresión de causa. Si LA COMPAÑÍA ejerce la facultad de resolver el contrato, debe por medio fehaciente dar un preaviso no menor de treinta (30) días y reembolsar la prima por el plazo no corrido. Si el ASEGURADO optara por la resolución, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

Para el ejercicio del derecho de resolución, el ASEGURADO podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato.

Las causales de resolución están contemplados en el Artículo 7° de las Clausulas Generales de Contratación del Seguro de Accidentes Personales.

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

#### **PROCEDIMIENTO PARA EL AVISO DE SINIESTRO Y PAGO DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES**

**EL ASEGURADO** tiene la obligación de dar aviso a LA COMPAÑÍA tantas veces como atenciones requiera. A partir de la primera atención o servicio prestado, **EL ASEGURADO** deberá siempre comunicarse con LA COMPAÑÍA para obtener la autorización de nuevas atenciones o servicios originados en la misma causa que el primer evento.

Para las Coberturas Principales de Muerte por Accidente e Invalidez Parcial o Total Permanente por Accidente:

**EL ASEGURADO** o **EL BENEFICIARIO**, para solicitar las coberturas, deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o el beneficio.

El incumplimiento de la comunicación dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, 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.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro 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.

Con posterioridad al aviso del siniestro **EL ASEGURADO** o **EL BENEFICIARIO** deberá presentar en las Oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima (Av. Armendariz 345, Miraflores, Unidad de Salud - Área de Siniestros) y Provincias o ante el comercializador, los siguientes documentos en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada).

##### **A. Muerte por accidente**

- Certificado de Defunción.
- Acta o Partida de Defunción, en caso corresponda.
- Copia certificada del parte o atestado policial, en caso corresponda.
- Certificado de Necropsia, en caso corresponda.
- Informe Pericial de Necropsia (Protocolo de necropsia), en caso corresponda.
- Resultado de examen toxicológico, en caso corresponda.
- Documentos oficiales de identificación de los beneficiarios o herederos legales, según corresponda.

- **Copia literal de la inscripción definitiva expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos del Testamento o Sucesión Intestada, que designe a los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda.**

**B. Invalidez Parcial o Total Permanente por Accidente**

Producido un accidente indemnizable deberán presentarse los documentos siguientes, en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias o ante el comercializador, dentro de un plazo máximo de noventa (90) días de constatado el grado de invalidez:

- **Copia simple del DNI de EL ASEGURADO.**
- **Original del Certificado Médico expedido por un Hospital o Clínica, en el que se determine la fecha de ocurrencia del accidente.**
- **Original del Certificado o Dictamen emitido por la Comisión Médica de las AFP - COMAFP, la Comisión Médica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Ministerio de Salud - MINSA, ESSALUD o el Instituto Nacional de Rehabilitación - INR, en el cual se determine el grado de invalidez parcial o total permanente.**

**PAGO DE BENEFICIOS A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE**

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a pago de beneficios por muerte, invalidez total permanente e invalidez parcial permanente.

Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por invalidez parcial o total permanente, LA COMPAÑÍA deducirá del capital asegurado por muerte el beneficio pagado por dicha invalidez parcial o total permanente.

**C. Asistencia Médica por Accidente, Asistencia Médica por Enfermedad y Asistencia Médica por Enfermedad Conocida por el Asegurado y No Resuelta**

El ASEGURADO, deberá comunicarse con LA COMPAÑÍA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

LA COMPAÑÍA asumirá los gastos médicos, siempre y cuando hayan sido previamente autorizados por el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA se encargará de organizar y asumir hasta los valores asegurados contratados según la modalidad de seguro adquirida.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse directamente a la Central de Asistencia, sin costo por medio del cobro revertido o desde cualquier parte del mundo llamando al Teléfono 56 (22) 7074595, las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, las asistencias son brindada a través de dos tipos:

**Atención en centros médicos con Convenio:** Se le indicará al asegurado acudir a los Centros Asistenciales u Hospitales en Convenio con LA COMPAÑÍA disponibles en el área de ocurrencia del evento; siendo estas asistencias cubiertas al 100% por LA COMPAÑÍA.

**Atención por proveedores:** Si en la zona del siniestro LA COMPAÑÍA no cuenta con proveedores, la Central de Asistencias autorizará al asegurado la opción a reembolso a fin de que busque una atención en situación de emergencia.

En caso el ASEGURADO no cumpla con el PROCEDIMIENTO DE AVISO DE SINIESTRO, LA COMPAÑÍA no otorgará cobertura.

**REEMBOLSOS**

LA COMPAÑÍA efectuará el reembolso de gastos médicos realizados en una situación de emergencia, siempre y cuando hayan sido previamente autorizados por el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA. Estos gastos le serán reembolsados por LA COMPAÑÍA contra la presentación de los comprobantes y hasta el límite indicado en su póliza y correspondiente al plan adquirido.

EL ASEGURADO deberá comunicar a LA COMPAÑÍA la emergencia sufrida y la asistencia recibida desde el lugar de ocurrencia, lo antes posible y siempre dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, en cuyo caso deberá proveer las constancias y comprobantes originales que justifiquen tal situación.

Previo evaluación del caso y una vez descartadas posibles exclusiones, LA COMPAÑÍA tomará a cargo los gastos producidos por la asistencia hasta los montos establecidos para la asistencia brindada, según el plan adquirido y siempre que los valores se ajusten a los de uso habitual en el país o región

donde se produjo el evento. No se efectuará ningún reembolso de gastos devengados en situación de emergencia, si no se diera estricto cumplimiento al procedimiento indicado en las presentes Instrucciones de utilización de los servicios.

Los gastos médicos realizados en situaciones de emergencia o en países donde LA COMPAÑÍA no cuente con proveedores, serán reembolsados al ASEGURADO siempre y cuando éste haya cumplido con el procedimiento de aviso de siniestro.

#### **D. Medicamentos Ambulatorios**

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido o llamada por cobrar (collect call), y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 7074595, las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, se darán vía crédito y sólo se realizarán reembolsos, cuando el medicamento no esté disponible y EL ASEGURADO lo requiera en situaciones de emergencia.

En caso de reembolso EL ASEGURADO deberá presentar, en las Oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias o ante el comercializador, los siguientes documentos:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de EL ASEGURADO.
- Comprobante de pago en original del medicamento adquirido.
- Original del Certificado Médico expedido por un Hospital o Clínica, en el que se determine la fecha de atención.
- Original de la receta médica con la firma del médico tratante.

#### **E. Medicamentos Hospitalarios**

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido o llamada por cobrar (collect call), y desde cualquier parte del mundo a la Central de Asistencia Teléfono 56 (22) 7074595, las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, se darán vía crédito y sólo se realizarán reembolso, cuando el medicamento no esté disponible y EL ASEGURADO lo requiera en situaciones de emergencia.

En caso de reembolso EL ASEGURADO deberá presentar, en las Oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima (Av. Armendariz 345, Miraflores, Unidad de Salud- Área de Siniestros) y Provincias o ante el comercializador, los siguientes documentos:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de EL ASEGURADO.
- Comprobante de pago en original del medicamento adquirido.
- Original del Certificado Médico expedido por un Hospital o Clínica, en el que se determine la fecha de la atención.
- Original de la receta médica con la firma del médico tratante.

Para los supuestos de cobertura indicados en los literales A, B y en C sólo para las coberturas de Asistencia Médica por Accidente, Asistencia Médica por Enfermedad, y según corresponda, D y E, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro. En caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el párrafo anterior, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que, dentro del periodo se haya presentado una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro.

En caso el siniestro quede consentido o aprobado LA COMPAÑÍA tiene un plazo de treinta (30) días para pagar el siniestro.

#### **OFERTA A TRAVES DE COMERCIALIZADORES**

En el caso de oferta de seguros a través de comercializadores será de aplicación lo siguiente:

- a) LA COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- b) LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.



En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

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

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

#### **PAGO DE BENEFICIOS A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE**

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a pago de beneficios por Muerte, Invalidez Total Permanente e Invalidez Parcial Permanente (Desmembramiento).

Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Parcial Permanente o Desmembramiento, LA COMPAÑÍA deducirá del capital asegurado por Muerte el beneficio pagado por Invalidez Parcial o Total Permanente o Desmembramiento.

#### **MEDIO Y PLAZO ESTABLECIDOS PARA EL AVISO DE SINIESTRO:**

Comunicarse de inmediato con nuestro servicio de Atención al Cliente SI24 Horas al teléfono 213-3333 (Lima) y 0801-1-1133 (Provincia). El BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO deberá comunicar dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio según corresponda.

#### **LUGARES AUTORIZADOS POR LA EMPRESA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SINIESTRO:**

En caso de atenciones por indemnización a través de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima en Av. Armendariz 345 Miraflores - Telef. 2137373 y Provincias al Telef. 0801-1-1133, detalladas en nuestra página web: <http://www.mapfre.com.pe>

#### **MEDIOS HABILITADOS POR LA EMPRESA PARA PRESENTAR RECLAMOS:**

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

##### **Consultas**

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, de la consulta.
- A través de la página Web de MAPFRE PERU <http://www.mapfre.com.pe> enlazándose al link de "Atención de Consultas".

##### **Reclamos y/o Queja**

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, del hecho reclamado y documentos que adjunta.
- "Libro de Reclamaciones Virtual", que estará al alcance del consumidor o usuario, siendo asesorado por un Ejecutivo de Atención al Cliente en las oficinas de LA COMPAÑÍA a nivel nacional. Podrá adjuntar, de ser el caso documentos que sustenten su reclamo y/o queja.
- A través de la página Web de MAPFRE PERU <http://www.mapfre.com.pe> enlazándose al link de "Libro de Reclamaciones" (Reclamos y/o Quejas).

La respuesta al reclamo, será remitida al usuario en un plazo máximo de treinta (30) días calendario de presentada la comunicación a LA COMPAÑÍA. Los plazos de respuesta podrán

ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique, dicha ampliación debe ser comunicada al USUARIO dentro del mencionado plazo, explicándole las razones de la demora.

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

#### **INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS (SEGÚN**

**CORRESPONDA):**

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Dirección: Av. Dos de Mayo 1475, San Isidro - Teléfonos: 0800-10840

Página web: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)

INDECOPÍ

Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias)

Página web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)

Defensoría del Asegurado

Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307, San Isidro -Teléfono: 421 0614

Página web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud (CECONAR)

Dirección: Av. Alejandro Velasco Astete 1398, Surco -Teléfono: 3726150

Página web: <http://portal.susalud.gob.pe/blog/que-es-el-ceconar/>

**“EL PRESENTE PRODUCTO PRESENTA OBLIGACIONES A CARGO DEL ASEGURADO CUYO INCUMPLIMIENTO PODRÍA AFECTAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O PRESTACIONES A LAS QUE SE TENDRÍA DERECHO.”**

**“DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, EL ASEGURADO SE ENCUENTRA OBLIGADO A INFORMAR A LA EMPRESA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE AGRAVEN EL RIESGO DEL ASEGURADO.”**

**“EL PRESENTE PRODUCTO FORMA PARTE DEL REGISTRO DE NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA Y DE ACCIDENTES PERSONALES”**

**“EL ASEGURADO TIENE DERECHO A SOLICITAR COPIA DE LA PÓLIZA A LA COMPAÑÍA, LA CUAL DEBERÁ SER ENTREGADA EN UN PLAZO MÁXIMO DE QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO DESDE LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL ASEGURADO, SIN PERJUICIO DE PAGO QUE CORRESPONDE EFECTUAR POR DICHO SERVICIO ADICIONAL.”**