

SEGURO DESEMPLEO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Condiciones Generales

En virtud de las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro o en la comunicación escrita presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, y/o por el corredor de seguros, la cual se adhiere y forma parte integrante de este contrato de seguro, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración, y de acuerdo a lo estipulado en las Cláusulas Generales de Contratación, en las presentes CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DESEMPLEO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, así como también en las Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Endosos adjuntos; MAPFRE PERÚ COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, en adelante denominada la COMPAÑÍA, conviene en amparar al ASEGURADO contra los riesgos expresamente contemplados en la póliza, en los términos y condiciones siguientes:

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES:

Queda establecido que el significado de las expresiones más adelante indicadas es el siguiente:

1.1. ASEGURADO: Es la persona natural designada como tal en el Certificado y que se encuentra cubierto por esta póliza.

1.2. BENEFICIARIO: Titular(es) de los derechos indemnizatorios establecidos en la cobertura opcional de muerte del ASEGURADO por accidente y que figura(n) especificado(s) como tal(es) en según el Certificado.

En caso no figurase expresamente Beneficiario, se considerará como tal a sus herederos legales.

1.3. CERTIFICADO: Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una póliza de seguro determinada, y que contiene la información mínima sobre las condiciones de aseguramiento.

1.4. COPAGO: Importe a cargo del ASEGURADO para determinada prestación o cobertura y que expresamente figura en, según sea el caso, el Certificado.

1.5. CONTRATANTE: Es el tomador del seguro que figura como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

1.6. DEDUCIBLE: Importe o porcentaje o número de días u otra unidad de cálculo, más los impuestos de ley que correspondan, que queda a cargo del ASEGURADO en caso de siniestro y que figura en el Certificado.

1.7. ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al ASEGURADO, que haya sido conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura otorgada al ASEGURADO.

1.8. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: Incapacidad física temporal y continua motivada por enfermedad o accidente que impida totalmente al ASEGURADO realizar su trabajo habitual, siempre que sea dictaminada por un médico especialista y certificado en la materia o por una entidad de salud.

Para que esté comprendido en esta definición, es requisito que el ASEGURADO esté hospitalizado o que permanezca constantemente en su domicilio por prescripción médica.

1.9. PANDEMIA: Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.

1.10. PERIODO DE CARENIA: Es el periodo de tiempo, que se cuenta desde la fecha de inicio de la primera vigencia de la correspondiente cobertura otorgada al ASEGURADO, durante el cual el ASEGURADO no tiene amparo efectivo. Los periodos de tiempo y las coberturas afectas al mismo, pueden ser distintos y siempre estarán especificados en las Condiciones Particulares.

1.11. PERIODO DE ESPERA: Tiempo especificado en las Condiciones Particulares, posterior al periodo de carencia, contados a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro.

1.12. SINIESTRO: Acontecimiento o hecho previsto en el contrato, cuyo acaecimiento genera la obligación de indemnizar al ASEGURADO.

1.13. TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Persona natural que:

1.13.1. Por sus propios medios, presta servicios como profesional independiente, o realiza una o varias obras o tareas de manera independiente, o se dedica a actividades industriales o comerciales independientes; y

1.13.2. Que no está vinculada a una empresa mediante un contrato de trabajo, ni están en planilla y tampoco tiene relación de dependencia o subordinación con alguna empresa; y

1.13.3. Cuyos ingresos están sustentados, según sea el caso, con recibos de honorarios o facturas y, complementariamente, con contrato de locación de servicios.

ARTÍCULO 2º.- COBERTURA PRINCIPAL: INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Aplica solo a Trabajadores Independientes)

Si, durante la vigencia de la Póliza y después de transcurrido el periodo de carencia especificado para esta cobertura en las Condiciones Particulares, el ASEGURADO (trabajador independiente), sufre efectivamente incapacidad total temporal, y siempre que no sea aplicable alguna exclusión, la COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO, hasta la suma asegurada especificada en el Certificado, pero solo:

2.1. Durante el tiempo en que el ASEGURADO siga continúe en incapacidad total temporal, siempre que el ASEGURADO no fallezca o su menoscabo califique en cualquier momento como Invalidez; y,

2.2. Como máximo, el importe de la suma asegurada detallada en el certificado de seguro.

ARTÍCULO 3º.- COBERTURAS OPCIONALES

Las siguientes coberturas pueden otorgarse simultáneamente a una misma persona y es válida para trabajadores independientes.

Siempre que la contratación individual de cada cobertura y su correspondiente suma asegurada consten en el Certificado y sujeta a todos los términos y condiciones que forman parte de la presente Póliza:

3.1. Muerte del ASEGURADO por Accidente:

La COMPAÑÍA pagará al Beneficiario, la suma asegurada fijada para esta cobertura en el Certificado exclusivamente por la muerte del ASEGURADO como consecuencia directa de un accidente ocurrido dentro del Perú y durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando el deceso del ASEGURADO se

produzca efectivamente dentro de los siguientes noventa (90) días consecutivos, contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente, y siempre que no sea aplicable alguna exclusión.

ARTÍCULO 4º.- EXCLUSIONES

4.1. Exclusiones Generales Aplicables a Todas las Coberturas y Póliza:

4.1.1. Cualquier reclamo dentro de los sesenta (60) días contados a partir de la fecha de inicio de la póliza original, salvo aquellos originados por un accidente amparado por esta póliza.

4.1.2. El ASEGURADO no acredita haber estado empleado durante al menos 6 meses anterior a la contratación del seguro o en ejercicio de su actividad como independiente durante al menos 6 meses consecutivos.

4.1.3. El ASEGURADO no está al día en las cuotas mensuales del crédito.

4.2. Exclusiones Generales Aplicables a Invalidez Total y Temporal:

4.2.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.

4.2.2. Heridas auto-infligidas o tentativas de suicidio.

4.2.3. Actividad delictiva realizada por el ASEGURADO (incluyendo infracciones de tránsito);

4.2.4. Los accidentes que se produzcan durante la práctica de actividades y deportes extremos o de peligro.

4.2.5. Rechazo injustificado a recibir tratamiento médico o supervisión del mismo, habiendo sido prescrito por un médico.

4.3. Exclusiones Aplicable a la Cobertura Opcional de Muerte Del Asegurado Por Accidente:

4.3.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.

4.3.2. Que el asegurado se encuentre bajo efecto de alcohol o de drogas (Se considerará estado de ebriedad igual o mayor a 0.5gr/lit en la sangre).

4.3.3. Suicidio, sin vigencia ininterrumpida por dos (2) años

4.3.4. Participación activa en cualquier acto delictivo, huelgas, motín, tumulto, conmoción civil, vandalismo y terrorismo

4.3.5. Fenómenos de la naturaleza: terremotos, inundaciones, huaycos, deslizamientos.

ARTÍCULO 5º.- ENFERMEDADES PREEXISTENTE Y CARGA DE LA PRUEBA:

La COMPAÑÍA sólo podrá rechazar una reclamación invocando enfermedad preexistente cuando cuente con cualquiera de las evidencias que se señalan a continuación:

5.1. Expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

5.2. Documentación que demuestre que, previamente a su inclusión en la póliza, el ASEGURADO hizo gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento.

5.3. Documentación que demuestre que, previamente a su inclusión en la póliza, el ASEGURADO hizo gastos para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento.

En cualquier momento durante el proceso de liquidación de un siniestro, pero nunca después de los veinte (20) días de haberse completado la documentación requerida para la atención del siniestro según lo dispuesto en el artículo 10° de estas Condiciones Generales, la COMPAÑÍA podrá solicitar al ASEGURADO el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, pruebas de laboratorio o gabinete para resolver la procedencia de la reclamación.

El ASEGURADO está obligado a autorizar y/o entregar lo señalado en el párrafo precedente.

ARTÍCULO 6°.- PERSONAS QUE PUEDEN SER ASEGURADO:

Pueden ser ASEGURADO bajo los alcances de esta póliza las personas naturales mayores de edad pero menores a la edad límite establecida en las Condiciones Particulares, y que sea trabajador independiente.

ARTÍCULO 7°.- CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA

7.1. La Resolución:

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

(i) Por decisión unilateral y sin expresión de causa de las partes: Antes del vencimiento del plazo estipulado en la póliza, el CONTRATANTE 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 CONTRATANTE optara por la resolución, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

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

La resolución del contrato por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la póliza y no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos en los que la póliza estuvo vigente, salvo la que corresponda a la fracción de la última anualidad pagada y no transcurrida, de ser el caso.

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

(ii) Por revocación del consentimiento del ASEGURADO: el contrato será resuelto en caso el ASEGURADO fuese distinto al CONTRATANTE y decidiera revocar su consentimiento a la Póliza.

(iii) Por agravación del riesgo: En caso LA COMPAÑÍA decida resolver el contrato de seguro ante la comunicación escrita realizada por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO en la que le comunique circunstancias de agravación del riesgo o tome conocimiento de dicha agravación por otros medios. LA

COMPAÑÍA contará con un plazo de quince (15) días contados desde la recepción de la comunicación para manifestar su voluntad de resolver la póliza o el certificado de seguro, según corresponda.

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

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

Asimismo, para los casos en que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo LA COMPAÑÍA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- a) CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- b) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de LA COMPAÑÍA.
- c) Si no ejercen el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato de seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- d) LA COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos mencionados en los literales a), b) y c) precedentes, LA COMPAÑÍA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

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

La resolución del contrato por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la Póliza y no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos en los que la Póliza estuvo vigente, salvo la que corresponda a la fracción de la última anualidad pagada y no transcurrida, de ser el caso.

7.2. La Nulidad:

La nulidad deja sin efecto el contrato y/o certificado de seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir, desde el inicio por lo cual se considera que nunca existió dicho contrato y/o certificado y por lo tanto, nunca produjo efectos legales.

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

- (i) La muerte del ASEGURADO antes del inicio de vigencia del seguro.
- (ii) La reticencia y/o declaración inexacta; se entiende por reticencia o declaración inexacta a la omisión o falsedad en las declaraciones del ASEGURADO -si media dolo o culpa inexcusable de ellos- respecto de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado las condiciones del contrato si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Media dolo cuando existe una declaración inexacta o reticente sobre aquellas circunstancias conocidas por el ASEGURADO que fueron materia de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

Para todo efecto, si transcurren dos (02) años desde la celebración del contrato, LA COMPAÑÍA no podrá invocar la reticencia o declaración inexacta, a excepción que esta haya sido dolosa.

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

En caso de nulidad el ASEGURADO y/o beneficiario no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la póliza emitida a su favor. Asimismo, si el ASEGURADO y/o beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a LA COMPAÑÍA la suma percibida. LA COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses excepto en el supuesto señalado en el supuesto iii) precedente, en cuyo caso LA COMPAÑÍA retendrá el monto de las primas acordadas para el primer año, a título indemnizatorio, perdiendo el ASEGURADO y/o beneficiario el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

En cualquiera de las situaciones anteriores, LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO por cualquiera de los medios de comunicación pactados, en caso corresponda devolver al ASEGURADO lo referente a las primas pagadas, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abonar en cuenta, en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación a EL CONTRATANTE.

(iii) La declaración inexacta de la edad del algún integrante de la Póliza, si es que la verdadera edad excedía a la permitida para ingresar a la póliza.

Cualquier pago de la prima correspondiente a este seguro que se efectuase habiendo el ASEGURADO ingresado al seguro excediendo el límite de edad asegurable fijada en las Condiciones Particulares, no dará derecho a beneficio alguno y la prima será devuelta sin intereses al CONTRATANTE.

En todos los casos descritos, es nula la relación contractual en la parte que corresponde a EL ASEGURADO sobre el cual recae la causal de nulidad, manteniéndose vigente la póliza con respecto a los demás integrantes.

ARTÍCULO 8º.- EXTINCIÓN DEL CONTRATO Y/O DEL CERTIFICADO DE SEGURO

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

a) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite asegurable que se establezca en las Condiciones Particulares.

b) En el caso de fallecimiento del ASEGURADO, se activará la cobertura de la póliza, procediéndose a pagar el siniestro, quedando por tanto extinguido el contrato de seguro.

c) Pasados noventa (90) días sin pago de primas, contados desde el vencimiento de la obligación, el certificado de seguro quedará extinguido, sin posibilidad de rehabilitación posterior.

d) Al finalizar la vigencia de la póliza, siempre que no sea renovada.

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

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad a EL CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque en el plazo de treinta (30) días.

ARTÍCULO 9º.- PROCEDIMIENTOS Y CARGAS EN CASO DE SINIESTRO

En adición a las cargas señaladas en el artículo 7º de las Cláusulas Generales de Contratación, en caso de siniestro, el ASEGURADO o, en su caso, el beneficiario deberá cumplir con lo siguiente:

9.1. En concordancia con lo estipulado por el numeral 7.7 del artículo 7º de las Cláusulas Generales de Contratación, el ASEGURADO, o en su caso, el beneficiario, deberá notificar la ocurrencia del siniestro a la COMPAÑÍA dentro de los noventa (90) días de ocurrido dicho siniestro.

Si en el incumplimiento de este plazo de notificación, el ASEGURADO o, en su caso, el beneficiario:

9.1.1. Incurrió en dolo, la COMPAÑÍA queda liberada de toda responsabilidad.

9.1.2. Incurrió en culpa inexcusable, la COMPAÑÍA queda liberada de toda responsabilidad.

No obstante, no se pierde el derecho a ser indemnizado si el incumplimiento no afectó la posibilidad de identificar y/o determinar y/o investigar las circunstancias y causas del Siniestro. En este caso, el ASEGURADO solo perderá el derecho de indemnización hasta por el importe del perjuicio causado a la COMPAÑÍA por el incumplimiento.

Tampoco se pierde el derecho a ser indemnizado si, antes de vencido el plazo de notificación, la COMPAÑÍA conoció de la ocurrencia del siniestro por otros medios.

9.1.3. No incurrió en dolo o culpa inexcusable, perderá el derecho de indemnización hasta por el importe del perjuicio causado a la COMPAÑÍA por dicho incumplimiento.

No obstante, no se reduce el importe a ser indemnizado:

9.1.3.1. Si el incumplimiento no afecta la posibilidad de identificar y/o determinar y/o investigar las circunstancias y causas del siniestro ni su cuantificación.

9.1.3.2. Si, antes de vencido el plazo de notificación, la COMPAÑÍA conoce de la ocurrencia del siniestro por otros medios.

9.1.3.3. Si el incumplimiento se debe a: caso fortuito, fuerza mayor, imposibilidad de hecho o falta de culpa.

9.2. Proporcionar la demostración y sustentación de cumplimiento de la condición precedente por parte del ASEGURADO o, en su caso, el beneficiario, con un documento emitido por el acreedor que demuestre que el ASEGURADO no tenía obligaciones vencidas a la fecha del siniestro y, además, certificación de reproducción notarial del documento de pago de la última cuota con vencimiento nominal anterior a la fecha del siniestro.

9.3. En caso de reclamo bajo la cobertura principal de incapacidad total temporal, adicionalmente el ASEGURADO deberá presentar o proporcionar la siguiente información o documentación:

9.3.1. Formulario de declaración de siniestro firmada por el ASEGURADO, proporcionado por la compañía.

9.3.2. Copia Simple del Documento Nacional de Identidad (DNI).

9.3.3. Certificado de declaración jurada de impuestos de, según corresponda, tercera o cuarta categoría.

9.3.4. Certificado médico o de hospitalización que incluya los siguientes datos certificados:

9.3.4.1. Enfermedad o accidente sufrido.

9.3.4.2. Días de reposo o descanso médico.

9.3.4.3. Causa de incapacidad total temporal.

9.3.4.4. Diagnóstico.

9.3.4.5. Pronóstico.

9.3.4.6. Detalle del tratamiento a seguir.

Únicamente en caso de que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación presentada, podrá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para pronunciarse sobre el siniestro.

Ningún Siniestro podrá ser consentido por la COMPAÑÍA en caso de incumplimiento de esta carga por parte del ASEGURADO.

9.4. En caso de reclamo bajo la cobertura opcional de muerte del ASEGURADO por accidente, adicionalmente el beneficiario deberá presentar o proporcionar la siguiente información o documentación:

9.4.1. La declaración escrita que contenga ineludiblemente:

9.4.1.1. La fecha y hora del accidente;

9.4.1.2. El nombre, apellidos, edad y domicilio del ASEGURADO que ha sufrido el accidente;

9.4.1.3. El lugar y circunstancias en las que dicho accidente ocurrió;

9.4.1.4. Nombre y domicilio de los testigos.

9.4.2. Cuestionario de fallecimiento en formato proporcionado por la COMPAÑÍA, a ser llenado por el médico que certificó la defunción.

9.4.3. Copia del documento de identidad del ASEGURADO; Certificados e Informes Médicos; Partida de Defunción, Certificado de Defunción, Protocolo de Necropsia; denuncias policiales y/o fiscales y/o judiciales, partes y atestados policiales; examen de alcoholemia o examen toxicológico u otro que corresponda; laudos o sentencias; documento de identidad de los beneficiarios y, en general, cualquier tipo de documento o informe que la COMPAÑÍA le solicite en relación con la reclamación, sea con respecto:

9.4.3.1. De la causa del accidente; y/o

9.4.3.2. De las circunstancias bajo las cuales se produjo el accidente; y/o

9.4.3.3. De la identidad del accidentado, su calidad de ASEGURADO, su actividad profesional o laboral; y/o

9.4.3.4. De la identidad de los beneficiarios y su calidad de tales; y/o

9.4.3.5. De la recuperación frente a los responsables del accidente.

9.4.4. A requerimiento de la COMPAÑÍA, permitir realizar la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los sucesores o beneficiarios prestar su conformidad y su concurso, si fueren imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los sucesores o beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la COMPAÑÍA, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los sucesores o beneficiarios.

Únicamente en caso de que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación presentada, podrá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para pronunciarse sobre el siniestro.

Ningún Siniestro podrá ser consentido por la COMPAÑÍA en caso de incumplimiento de esta carga.

ARTÍCULO 10°.- MEDIOS PARA REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE LA SOLICITUD DEL SEGURO

El ASEGURADO podrá realizar seguimiento a su solicitud de cobertura bajo los siguientes medios:

- Atención al Cliente SI24 Horas al teléfono 213-3333 (Lima) y 0801-1-1133 (Provincia) o vía WhatsApp 999 919133.

- Oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias, detalladas en nuestra página web: <http://mapfre.com.pe/contactanos>

ARTÍCULO 11°.- FECHAS DE SINIESTRO:

Para efectos de esta póliza, la fecha de siniestro es, según sea el caso:

11.1. Para la cobertura principal de incapacidad total temporal, la fecha en que se produce la incapacidad total temporal.

11.2. Para la cobertura opcional de muerte del ASEGURADO por accidente, la fecha en que se produce el accidente que causa la muerte del ASEGURADO.

Para efectos de activación del derecho del beneficiario a reclamar la indemnización, será la fecha de la muerte del ASEGURADO, ocurrida dentro del plazo de noventa (90) días, causada por tal accidente.

Todas estas fechas están sujetas a los periodos de carencia y periodos de espera que figuren en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 12°.- CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN:

Sujeto a todos los demás términos y condiciones de la póliza, incluyendo los periodos de carencia y periodos de espera que figuren en las Condiciones Particulares, la indemnización que corresponda según la cobertura aplicable, serán calculados de acuerdo a las siguientes reglas:

12.1. Cobertura principal de incapacidad total temporal:

El importe de indemnización especificado para esta cobertura en el Certificado por cada periodo continuo de incapacidad total temporal de treinta (30) días completos.

12.2. Cobertura opcional de muerte del ASEGURADO por accidente:

La suma asegurada fijada para esta cobertura opcional en el Certificado.

ARTÍCULO 13°.- INFRASEGURO:

Se deja sin efecto lo estipulado por el numeral 10.2.1 del artículo 10° de las Cláusulas Generales de Contratación.

ARTÍCULO 14°.- PERIODOS DE REINSTALACIÓN - SOLO COBERTURAS PRINCIPALES:

Para la cobertura principal de incapacidad total temporal, el amparo otorgado por esa cobertura se reinstala después de transcurrido un (01) mes contado desde la fecha en que el ASEGURADO supera la incapacidad total temporal. Esta reinstalación solo es aplicable para una causa distinta de la que dio origen a cualquier incapacidad total temporal cubierta en el pasado.

ARTÍCULO 15°.- APLICACIÓN:

Permanecen vigentes, y son de aplicación, las Cláusulas Generales de Contratación en todo cuanto no se encuentre expresamente modificado por estas Condiciones Generales del Seguro Desempleo por Incapacidad Total Temporal.

ARTÍCULO 1°.- DEFINICIONES

ARTÍCULO 2°.- COBERTURA PRINCIPAL: INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Aplica solo a Trabajadores Independientes)

ARTÍCULO 3°.- COBERTURAS OPCIONALES

ARTÍCULO 4°.- EXCLUSIONES

ARTÍCULO 5°.- ENFERMEDADES PREEXISTENTE Y CARGA DE LA PRUEBA

ARTÍCULO 6°.- PERSONAS QUE PUEDEN SER ASEGURADO

ARTÍCULO 7°.- CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA

ARTÍCULO 8°.- EXTINCIÓN DEL CONTRATO Y/O DEL CERTIFICADO DE SEGURO

ARTÍCULO 9°.- PROCEDIMIENTOS Y CARGAS EN CASO DE SINIESTRO

ARTÍCULO 10°.- MEDIOS PARA REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE LA SOLICITUD DEL SEGURO

ARTÍCULO 11°.- FECHAS DE SINIESTRO

ARTÍCULO 12°.- CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN

ARTÍCULO 13°.- INFRASEGURO

ARTÍCULO 14°.- PERIODOS DE REINSTALACIÓN – SOLO COBERTURAS PRINCIPALES

ARTÍCULO 15°.- APLICACIÓN