

SEGURO DE DESGRAVAMEN DE CRÉDITOS PARA PRESTAMOS PERSONALES Y CON GARANTÍA PRENDARIA

Condiciones Generales

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

LA COMPAÑÍA emite al CONTRATANTE la presente póliza sobre la vida del/los ASEGURADO/S. Los términos, condiciones generales que rigen el presente contrato de seguro son las siguientes:

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

ARTÍCULO 1° DEFINICIONES:

a) ASEGURADO TITULAR: Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza, que es cliente del COMERCIALIZADOR al habersele otorgado un crédito, que se encuentra expuesta a los riesgos cubiertos por esta Póliza y que ha solicitado la afiliación a la misma, figurando como tal en la solicitud y el certificado del seguro.

b) ASEGURADO ADICIONAL: Persona natural que se presenta conjuntamente con el ASEGURADO TITULAR como cliente del contratante, quien se encuentra expuesta a los mismos riesgos cubiertos por la presente póliza, bajo la misma solicitud y el certificado del seguro.

c) ACCIDENTES MÉDICOS: Son aquellos que suelen ocurrir durante el examen o realización de un procedimiento terapéutico o de diagnóstico o en una sala de operaciones, por contaminación biológica o falla de instrumental o material quirúrgico o de mal funcionamiento de aparatos o implementos o de sistemas digitales o computarizados o falla de fuentes de energía o de la presentación súbita de fenómenos de la naturaleza o de otra causa durante la realización de los mismos.

d) ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR O ATAQUE CEREBRAL: Es un tipo de enfermedad cerebrovascular, es decir, una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que riegan el cerebro, puede ser por falta de riego sanguíneo en cuyo caso se le denomina infarto cerebral o por sangrado en cuyo caso se denomina hemorragia cerebral.

e) BENEFICIARIO: Es la entidad financiera indicada en las Condiciones Particulares de la presente póliza, como titular del derecho a percibir la Suma Asegurada que se derive del presente seguro.

f) CATÁSTROFE: Suceso en el que se produce el fallecimiento de 20 o más ASEGURADOS en un mismo evento.

g) CONDICIONES GENERALES: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA para regir el contrato de seguro.

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

h) CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura. Sus estipulaciones pueden ser modificadas por las Condiciones Especiales y/o Endosos de ser el caso.

i) CONDICIONES ESPECIALES: Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar y en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares del seguro. Sus estipulaciones pueden ser modificadas por endosos, de ser el caso.

j) CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro y que figura como tal en

las Condiciones Particulares.

k) DÍAS: Cuando se establezca la mención a días, éstos deben considerarse días calendario, excepto que se establezca lo contrario.

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

m) ENFERMEDAD O DOLENCIA PREEXISTENTE: Se entiende así a cualquier condición de alteración del estado de salud de EL ASEGURADO TITULAR o EL ASEGURADO ADICIONAL, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud que forma parte de la Solicitud de Seguro.

n) EXCLUSIONES: Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro y que se encuentran expresamente indicadas en la Póliza.

o) INFARTO DE MIOCARDIO: Es la muerte de una porción del músculo cardiaco como resultado de un aporte sanguíneo deficiente de esa área.

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

q) PÓLIZA: Documento en el que consta el contrato de seguro y que está conformado por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares que identifican el riesgo específico, así como las condiciones especiales, cláusulas adicionales, los endosos, la Solicitud de Seguro y los documentos que contienen las declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO con ocasión de la contratación del seguro.

r) PRIMA: Es el precio determinado por LA COMPAÑÍA como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas. La prima debe ser pagada con la periodicidad pactada. La prima de seguro y la periodicidad de pago que se pacte se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

s) SINCOPE: Es la pérdida pasajera del conocimiento que va acompañada de una paralización momentánea de los movimientos del corazón y de la respiración y que es debida a una falta de irrigación sanguínea en el cerebro.

t) SINIESTRO: Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.

u) SUMA ASEGURADA: Es el saldo deudor del crédito que EL ASEGURADO mantiene con el CONTRATANTE al momento de ocurrido el siniestro que forma parte de la presente Póliza.

La suma asegurada no incluye moras e intereses y en ningún caso para un mismo ASEGURADO podrá exceder (por todos los préstamos que pudiera tener vigentes) del límite indicado en las condiciones particulares.

v) TASA COMERCIAL: Porcentaje (o tanto por mil) que se aplica sobre la suma asegurada para obtener la prima de acuerdo con cada tipo de riesgo.

ARTÍCULO 2° OBJETO DEL SEGURO:

Por el presente contrato, LA COMPAÑÍA se obliga a pagar al BENEFICIARIO, la Suma Asegurada vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro de EL ASEGURADO, de acuerdo con las especificaciones y límites que se establecen en las Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y/o en las condiciones especiales y endosos, de ser el caso.

LA COMPAÑÍA pagará al BENEFICIARIO el saldo insoluto por ocurrencia de un siniestro amparado por la presente póliza, producido por:

- MUERTE NATURAL: Se entiende así a la muerte que sobrevenga como consecuencia del fallecimiento del ASEGURADO por causas distintas a un accidente.

Sin perjuicio de ello, se encuentra comprendidos dentro de esta definición los denominados: (i) accidentes médicos, (ii) accidente cerebro vascular y (iii) síncope o infartos de miocardio.

- MUERTE ACCIDENTAL: Se entiende por muerte accidental a aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del asegurado independientemente de su voluntad.

• **INVALIDEZ TOTAL, PERMANENTE Y DEFINITIVA POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD:** Es la Pérdida o disminución física o intelectual igual o superior al 70% de su capacidad de trabajo, reconocida por LA COMPAÑÍA derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato y que se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente, según dictamen médico expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD o Ministerio de Salud (Instituto Nacional de Rehabilitación-INR).

ARTÍCULO 3° BASES DEL CONTRATO:

Antes de la emisión de la póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO están obligados a responder verazmente todas las preguntas realizadas por la Compañía en la Solicitud del Seguro, que incorpora la Declaración Personal de Salud (DPS) cuando LA COMPAÑÍA lo requiera, para la aceptación del riesgo, la que será emitida bajo las Condiciones Asegurables y de primas pactadas en las Condiciones Particulares.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar pruebas médicas de acuerdo a la tabla de exámenes que se establezca mediante las Condiciones Especiales, quedando asegurado el solicitante a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA manifieste su aceptación AL CONTRATANTE, mediante comunicación escrita.

La Póliza y sus eventuales endosos pactados 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 del Producto y las Condiciones Particulares, estas últimas prevalecerán y las Condiciones Especiales sobre todas las anteriores. Asimismo, cualquier Endoso que modifique cualquiera de las condiciones de la Póliza, tendrá la vigencia indicada en el mismo o hasta que otro Endoso posterior lo modifique.

ARTÍCULO 4° RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

El contrato será nulo y no generará efecto alguno 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 oportunamente del verdadero estado del riesgo. En este caso, será de aplicación lo dispuesto en el Artículo 10° de la presente Condiciones Generales.

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas según sea constatada antes o después de producido el siniestro:

(i) Si la reticencia y/o declaración inexacta es constatada antes de que se produzca el siniestro, LA COMPAÑÍA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la póliza dentro del plazo de treinta (30) días contado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días desde notificado.

En caso la propuesta sea aceptada, el reajuste de prima será aplicable según se acuerde. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento por parte de El CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente.

Corresponden a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Esta póliza será indisputable una vez que haya transcurrido el plazo de dos (02) años contados a partir de la fecha de celebración de contrato, LA COMPAÑÍA no podrá invocar la reticencia o falsa declaración, a no ser que medie actuación dolosa del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

(ii) Si la reticencia y/o declaración inexacta es constatada después de que se produzca el siniestro cubierto por la póliza; LA COMPAÑÍA reducirá la indemnización a pagar en proporción a la diferencia existente entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo.

ARTÍCULO 5° EXCLUSIONES:

La presente Póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

a) Cuando resulte de la participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, lanchas a motor o avionetas, así como en la práctica de los siguientes deportes: caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación en altamar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, esquí, tabla hawaiana, hípica, corridas de toros, alpinismo y caminatas en alta montaña, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.

b) A consecuencia de enfermedades crónicas diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inclusión en este seguro.

c) Cuando la muerte sobrevenga por consecuencia de acción de guerra declarada o no.

d) Cuando el deceso sea imputable a suicidio, salvo que el contrato de seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (02) años, u acto delictuoso provocado por el ASEGURADO TITULAR, o por cualquier otra persona que resulte favorecida con los alcances de este seguro.

e) El riesgo de aviación, salvo que el ASEGURADO esté viajando de manera autorizada y en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a diez (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.

f) A consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), VIH o enfermedades relacionadas a consecuencia del SIDA o VIH.

g) Participación del ASEGURADO en apuestas, desafíos y riñas o infracciones a leyes o reglamentos que constituyan un delito o la causa del siniestro o siniestros producidos cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas que no correspondan a un tratamiento médico y a consecuencia de su estado. Se considera estado de ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado superior a 0.5 gr/lt. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del fallecimiento, se considerará una disminución de 0.15 gr/lt. por hora desde el momento del fallecimiento hasta la toma de la muestra. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.

h) Los producidos como consecuencia de la reacción nuclear o contaminación radioactiva. Las Condiciones Especiales, de ser el caso, podrán establecer otras exclusiones relacionadas a determinadas Coberturas, así como exonerarla en la póliza.

ARTÍCULO 6° INICIO, DURACIÓN Y RENOVACIÓN DEL SEGURO:

La presente Póliza inicia su vigencia a las doce (12) horas del día señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, en la Solicitud y Certificado del seguro.

La presente póliza se renueva automáticamente, en los mismos términos y condiciones pactados originalmente, salvo que alguna de las partes manifieste su decisión por escrito de no renovar la póliza, con al menos treinta (30) días antes al vencimiento, en cuyo caso termina a las doce (12) horas del último día 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.

Si al momento del inicio de vigencia del seguro hubiese ocurrido el fallecimiento de algún ASEGURADO de La Póliza, se procederá conforme el numeral 10.2 del Artículo 10° las presentes Condiciones Generales.

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

Cuando LA COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando 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 vencimiento 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 caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente en los términos pactados hasta finalizar el periodo correspondiente. Una vez concluido este periodo, no procederá la renovación de la póliza.

ARTÍCULO 7° PRIMA:

La prima del seguro es mensual, debiendo ser pagada por el Asegurado de acuerdo a la periodicidad, lugar y medios de pago convenidos en la Póliza y se sujeta a los plazos acordados en el Convenio de Pago que forma parte de la misma.

El monto de la prima mensual, será el producto que resulte de multiplicar la tasa comercial indicada en las Condiciones Particulares, por el capital adeudado.

El incumplimiento de pago de la prima establecido en el convenio de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto LA COMPAÑÍA deberá comunicar de manera cierta al CONTRATANTE y ASEGURADO, antes del vencimiento del plazo previamente indicado, a través de los medios y en la dirección previamente acordados, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura.

Si ocurriese un siniestro antes de la suspensión de cobertura, LA COMPAÑÍA procederá con la cobertura del siniestro, en caso corresponda.

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

Sin embargo, en caso la cobertura se encuentre suspendida por el incumplimiento en el pago de la prima, LA COMPAÑÍA podrá optar por la resolución del certificado, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. El certificado se considera resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO reciba una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. Sin perjuicio de la comunicación que le será emitida al CONTRATANTE.

Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima, se entiende que el contrato queda extinguido.

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

Cuando la resolución se produce por incumplimiento en el pago de la prima, LA COMPAÑÍA tiene derecho al cobro de la misma de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 8° LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

El pago de la prima puede realizarse a través de las oficinas administrativas del comercializador ubicadas en Lima y Provincias, y será efectivo conjuntamente con la cuota del crédito otorgado al ASEGURADO.

ARTÍCULO 9° REHABILITACION DE LA COBERTURA DEL SEGURO:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá rehabilitar la cobertura del seguro cuando ésta se encuentra suspendida, siempre que la Póliza se encuentre vigente y previo pago de todas las primas pendientes.

En este caso, la cobertura del seguro quedará rehabilitada desde las 0:00 horas del día siguiente a la fecha de pago, no siendo responsable LA COMPAÑÍA por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 10° CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA: LA RESOLUCIÓN Y LA NULIDAD:

10.1. 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 de EL 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 de EL 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 parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO; sin más requisito que una comunicación dirigida a LA COMPAÑÍA pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, con una anticipación no menor de treinta (30) días a la resolución, fecha que será considerada para el fin de la vigencia del contrato de seguro y/o certificado según corresponda. En caso corresponda reembolsar lo referente a la prima pagada por periodos posteriores o adelantados LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque, que estará a disposición del beneficiario, en el plazo de treinta (30) días contados desde la solicitud de resolución sin gestión previa por parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

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

(ii) Por falta de pago de primas; en caso LA COMPAÑÍA opte por resolver el certificado, durante la suspensión de la cobertura del seguro. El certificado de seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO reciba una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. LA COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

(iii) Por reticencia y/o declaración inexacta no dolosa; cuando LA COMPAÑÍA haya hecho un ofrecimiento de revisión del certificado al CONTRATANTE y éste no haya aceptado el referido ajuste, o no se haya pronunciado dentro del plazo establecido para ello.

(iv) Por presentación de Solicitud de Cobertura Fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO se procederá a la resolución del contrato de seguro y/o certificado, según corresponda. LA COMPAÑÍA comunicará de la resolución del contrato de seguro al CONTRATANTE, y al ASEGURADO en caso de resolución del certificado, en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la solicitud de la cobertura.

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

a) El CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a lo establecido en el literal (i) del presente artículo.

b) LA COMPAÑÍA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales ii) al iv). En cualquiera de los supuestos anteriores le corresponde a LA COMPAÑÍA la proporción de la prima por el periodo efectivamente cubierto.

En aquellos casos en los que EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO resuelvan el contrato y/o Certificado de seguro y se hubiese pagado primas por periodos posteriores o adelantados, éstas serán devueltas en su totalidad a EL CONTRATANTE a prorrata por el periodo no cubierto, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir de la solicitud de resolución.

En aquellos casos en los que LA COMPAÑÍA resuelva el contrato de seguro deberá devolver la prima sin necesidad que EL CONTRATANTE solicite el reembolso. El cheque será emitido a favor del CONTRATANTE, y éste, será remitido en físico o vía transferencia bancaria al CONTRATANTE.

La resolución del contrato o certificado por cualquiera de estas causales libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la Póliza y no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos en los que la Póliza estuvo vigente.

En los casos indicados en los acápites (ii), (iii) y (iv) el Contrato y/o Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE -en caso de resolución del contrato de seguro- o el ASEGURADO -en caso de resolución del certificado, reciba la comunicación por parte de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión.

LA COMPAÑÍA deberá notificar a EL CONTRATANTE y EL ASEGURADO, cuando se trate de la resolución de certificados, usando los mismos plazos descritos anteriormente.

El CONTRATANTE comunicará al ASEGURADO sobre la devolución de la prima por parte de LA COMPAÑÍA, cuando corresponda.

El CONTRATANTE devolverá al ASEGURADO la prima por parte de LA COMPAÑÍA, cuando corresponda, y realizará el abono respectivo.

10.2 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) Inexistencia del riesgo: Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

(ii) La Inexistencia del interés asegurable al tiempo de su perfeccionamiento o al inicio de sus efectos.

(iii) La reticencia y/o declaración inexacta; se entiende por reticencia o declaración inexacta a la omisión o falsedad en las declaraciones del CONTRATANTE y/o ASEGURADO –si media dolo o culpa inexcusable de ellos– respecto de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido

el contrato y/o certificado de seguro 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 CONTRATANTE y/o ASEGURADO que fueron materia de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios. Subsistirá el contrato de seguro si la pregunta expresa no fue respondida y LA COMPAÑÍA igualmente celebró dicho contrato de seguro.

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

La comunicación mediante la cual LA COMPAÑÍA ponga en conocimiento su decisión de invocar la nulidad por la presente causal debe ser realizada por medio fehaciente.

(iv) La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO, si es que la verdadera edad excedía a la permitida para ingresar a la póliza.

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 para el resto de ASEGURADOS pertenecientes al grupo asegurado.

En cualquiera de las situaciones anteriores, LA COMPAÑÍA deberá poner en conocimiento al CONTRATANTE su decisión de invocar la nulidad del contrato, y al CONTRATANTE y/o ASEGURADO en caso de nulidad del certificado por cualquiera de los medios de comunicación establecidos el artículo 17° de las Condiciones Generales.

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

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 hubiesen recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedarán automáticamente obligados 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 numeral 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.

10.2 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) Inexistencia del riesgo: Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

(ii) La Inexistencia del interés asegurable al tiempo de su perfeccionamiento o al inicio de sus efectos.

(iii) La reticencia y/o declaración inexacta; se entiende por reticencia o declaración inexacta a la omisión o falsedad en las declaraciones del CONTRATANTE y/o ASEGURADO –si media dolo o culpa inexcusable de ellos– respecto de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato y/o certificado de seguro 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 CONTRATANTE y/o ASEGURADO que fueron materia de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios. Subsistirá el contrato

de seguro si la pregunta expresa no fue respondida y LA COMPAÑÍA igualmente celebró dicho contrato de seguro.

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

La comunicación mediante la cual LA COMPAÑÍA ponga en conocimiento su decisión de invocar la nulidad por la presente causal debe ser realizada por medio fehaciente.

(iv) La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO, si es que la verdadera edad excedía a la permitida para ingresar a la póliza.

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 para el resto de ASEGURADOS pertenecientes al grupo asegurado.

En cualquiera de las situaciones anteriores, LA COMPAÑÍA deberá poner en conocimiento al CONTRATANTE su decisión de invocar la nulidad del contrato, y al CONTRATANTE y/o ASEGURADO en caso de nulidad del certificado por cualquiera de los medios de comunicación establecidos el artículo 17° de las Condiciones Generales.

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

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 hubiesen recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedarán automáticamente obligados 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 numeral 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.

ARTÍCULO 11° 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 cancelarse la deuda que mantiene el ASEGURADO con el CONTRATANTE en su totalidad.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite que se establezca en las Condiciones Particulares.
- c) En el caso de fallecimiento del Asegurado Titular, se activará la cobertura de la póliza, procediéndose a pagar el siniestro, quedando por tanto extinguido el contrato de seguro.
- d) En el caso de préstamos mancomunados y de haberse producido el fallecimiento del Asegurado Titular o el Asegurado Adicional, se activará la cobertura de la póliza, procediéndose a pagar el siniestro, quedando por tanto extinguido el contrato de seguro.
- e) Pasados noventa (90) días sin pago de primas, contados desde el vencimiento de la obligación, el contrato de seguro quedará extinguido, sin posibilidad de rehabilitación posterior.
- f) Al finalizar la vigencia de la póliza, siempre que no sea renovada.

La extinción del Contrato 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 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. EL CONTRATANTE, procederá a devolver las primas al asegurado, sin considerar los intereses que se hubiesen podido generar.

ARTÍCULO 12° SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO

En la presente póliza no se requiere el Aviso de Siniestro establecido en el artículo 68° de la Ley del Contrato de Seguro N° 29946, salvo se indique de forma distinta en la respectiva Cláusula Adicional.

En caso ocurriera el fallecimiento o se configure la Invalidez Total Permanente y Definitiva por accidente y/o enfermedad del ASEGURADO, se deberá cursar una carta dirigida al CONTRATANTE y/o LA COMPAÑÍA informando sobre la ocurrencia del siniestro, indicando el nombre, DNI, dirección, teléfonos y correo electrónico del ASEGURADO y del BENEFICIARIO. Asimismo, deberá presentar todos los documentos necesarios para la evaluación del siniestro, detallados más adelante.

Los requisitos de indemnización son los siguientes:

i. FALLECIMIENTO POR MUERTE NATURAL:

- Certificación de reproducción notarial del Certificado Médico de Defunción, emitido por médico tratante, donde se indique la causa del fallecimiento.
- Copia certificada del Acta o Partida de Defunción, emitido por el RENIEC.
- Información del saldo insoluto del crédito materia del presente seguro de Desgravamen, actualizado a la fecha del fallecimiento.

ii. FALLECIMIENTO POR MUERTE ACCIDENTAL:

- Certificación de reproducción notarial del Certificado Médico de Defunción, emitido por médico tratante, donde se indique la causa del fallecimiento.
- Copia certificada del Acta o Partida de Defunción, emitido por el RENIEC.
- Copia simple del parte o atestado policial, en caso corresponda.
- Copia certificada del protocolo de necropsia, en caso corresponda.
- Copia simple de Resultado de examen toxicológico, de haberse realizado.
- Información del saldo insoluto del crédito materia del presente seguro de Desgravamen, actualizado a la fecha de fallecimiento.

iii. INVALIDEZ TOTAL, PERMANENTE Y DEFINITIVA:

- Copia simple del DNI del ASEGURADO.
- Copia simple de Dictamen médico expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAFP, COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD, Ministerio de Salud (Instituto Nacional de Rehabilitación).
- Copia simple de Resultado de examen toxicológico, de haberse realizado.
- Información del saldo insoluto del crédito materia del presente seguro de Desgravamen, actualizado a la fecha de la invalidez.

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

LA COMPAÑÍA podrá solicitar informes, declaraciones, certificados médicos o la historia clínica del ASEGURADO y requerir otros documentos adicionales, para aclaraciones y precisiones de la documentación presentada, referida a la comprobación del siniestro dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) que tiene LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá exigir que los referidos certificados médicos se extiendan en certificación de reproducción notarial.

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

Los BENEFICIARIOS podrá(n) solicitar las coberturas del seguro dentro del plazo de prescripción dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.

LA COMPAÑÍA ofrece al BENEFICIARIO los canales de atención para el seguimiento o consultas sobre el estado del siniestro. EL BENEFICIARIO podrá comunicarse con la Central de Atención al Cliente al teléfono 213-3333 (en Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia), y/o a través del correo electrónico SI24@mapfre.com.pe.

ARTICULO 13° LUGARES AUTORIZADOS POR LA EMPRESA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SINIESTRO:

La solicitud de cobertura de siniestro deberá ser presentada en las oficinas del CONTRATANTE, y/o LA COMPAÑÍA, cuyos domicilios se encuentran consignados en el certificado de seguro.

ARTÍCULO 14° SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

El BENEFICIARIO, perderá el derecho a ser indemnizado, quedando LA COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, EL BENEFICIARIO o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación emplean medios o documentos falsos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

ARTÍCULO 15° PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS:

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

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

Comunicación dirigida al Presidente del Grupo Mapfre indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, número del documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa de la consulta y/o hecho reclamado y documentos que adjunta.

(*): Tipo de solicitante (CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO, Corredor u otro: especificar)

- A través de la página Web de MAPFRE Perú, enlazándose al link "Atención de Consultas y/o Reclamos".
- Oficina Principal de LA COMPAÑÍA: Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima 18, Perú, teléfono 213-3333 (En Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia)

Página Web: www.mapfre.com.pe

Reclamos y/o Quejas:

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo Mapfre indicando: tipo de solicitante(*), nombre completo, número de documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del Producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa del hecho reclamado y documentos que adjunta.

- “Libro de Reclamaciones Virtual” en cualquiera de las oficinas a nivel nacional de LA COMPAÑÍA. Podrá adjuntar de ser el caso documentos que sustentan su reclamo y/o queja.
- A través de la página Web de MAPFRE Perú <http://www.mapfre.com.pe> enlazándose al link de “Libro de Reclamaciones” (Reclamos y/o Queja)

A falta de elección por parte del usuario para la remisión de la respuesta de la consulta y/o reclamo (sea la dirección domiciliaria o electrónica), LA COMPAÑÍA optará por el envío a su dirección domiciliaria, según último dato registrado en LA COMPAÑÍA.

La respuesta al reclamo o consulta será remitida al usuario en un plazo máximo de treinta (30) días de presentada la comunicación y/o formulario a LA COMPAÑÍA.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta y/o formulario y la respuesta sea a favor del usuario se realizará un segundo envío, dejando la carta respuesta por debajo de la puerta, anotándose las características del domicilio. Si se tratase de una respuesta a favor de LA COMPAÑÍA y no se logrará ubicar al reclamante se procederá a la remisión por conducto notarial, dando por concluido en ambos casos el proceso del reclamo.

En caso el usuario no se encuentre conforme con los fundamentos de la respuesta, puede acudir a la Defensoría del ASEGURADO, ubicada en Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9, San Isidro y/o al INDECOPI, ubicada Calle de la Prosa 138, San Borja.

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

ARTICULO 16° INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

1. Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
Departamento de Servicio al Ciudadano
Lima: Av. Dos de Mayo N° 1475 - San Isidro
Teléfonos: 0800-10840 | (511) 200-1930
www.sbs.gob.pe

2. INDECOPI
Calle de la Prosa 104, San Borja
Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias)
www.indecopi.gob.pe

3. Defensoría del Asegurado
Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9
San Isidro, Lima Perú
Telefax: 421 06 14
www.defaseg.com.pe

ARTÍCULO 17° MEDIOS DE COMUNICACION Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Las partes acuerdan como mecanismo de comunicación entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO, las comunicaciones enviadas al domicilio físico, electrónico y/o telefónico, así como a las direcciones y números telefónicos que aparecen en las Condiciones Particulares, salvo en aquellos casos en que la ley establezca mecanismos específicos.

Para los efectos del presente contrato, LA COMPAÑÍA y el CONTRATANTE señalan como su dirección de contacto las que aparecen registradas en las Condiciones Particulares, en donde se notificaran válidamente los avisos y comunicaciones en general.

Si el CONTRATANTE cambiara de dirección de contacto, deberá comunicar tal hecho a LA COMPAÑÍA por escrito 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.

LA COMPAÑÍA no será responsable de las consecuencias que puedan ocurrir respecto a la vigencia de la Póliza debido a la inexactitud de la dirección de contacto del CONTRATANTE por falta de actualización de su parte.

ARTÍCULO 18° MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los jueces y tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la jurisdicción arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia o reclamo según corresponda, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

ARTÍCULO 19° CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS:

Cualquier impuesto, tasa o contribución, creada o por crearse, que grave las primas o las sumas aseguradas, su liquidación o sus prestaciones; serán de cargo del CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIOS o Herederos legales, según sea el caso, salvo aquellos que correspondan a LA COMPAÑÍA y no puedan ser transferidos.

ARTÍCULO 20° OFERTA A TRAVÉS DE COMERCIALIZADORES:

El presente seguro podrá ser comercializado por cualquiera de los canales de comercialización permitidos en las normas vigentes.

En el caso de oferta de seguros a través de comercializadores, siempre que el marco regulatorio lo permita, será de aplicación lo siguiente:

a) LA COMPAÑÍA es responsable frente 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.

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.

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

ARTICULO 21° 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 éste fue acordado. En los casos de seguros grupales LA COMPAÑÍA proporcionará al CONTRATANTE la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones efectuadas en conocimiento de los ASEGURADOS.

ARTÍCULO 22° LEY APLICABLE:

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

ARTÍCULO 23° DEFENSORIA DEL ASEGURADO:

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

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

- La Defensoría del ASEGURADO está orientada a la protección de los derechos de los ASEGURADOS o Usuarios de los servicios del seguro, mediante la solución de controversias que los ASEGURADOS sometan para su pronunciamiento.

- El procedimiento es voluntario y gratuito para ASEGURADO y/o Usuario.

- Procede sólo para atender reclamos formulados por ASEGURADOS o usuarios, personas naturales y jurídicas, que no excedan de US\$ 50,000 de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de atención de reclamos en la Empresa de Seguros.

- El reclamo se debe presentar por escrito o a través del formato electrónico que figura en la página web de la Defensoría del ASEGURADO dentro del plazo perentorio de dos (2) años computados a partir del día siguiente de la notificación en que es denegada o rechazada la pretensión por la Empresa de Seguros.

- La Defensoría del ASEGURADO resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de haber dado a ambas partes la posibilidad de ser escuchadas. La resolución no obliga al ASEGURADO ni limita su derecho a recurrir posteriormente ante el órgano jurisdiccional.

- La resolución emitida es vinculante y obligatoria para la Empresa de Seguros cuando ésta es aceptada por el ASEGURADO en un plazo de quince (15) días hábiles de notificada la resolución final.

La Defensoría del Asegurado se encuentra en la dirección:

Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9, San Isidro, Lima – Perú

Telefax: 421-0614 <http://www.defaseg.com.pe>

ARTÍCULO 24° CONDICIONES DE ACCESO Y LIMITES DE PERMANENCIA:

EL ASEGURADO TITULAR y/o el ASEGURADO ADICIONAL podrá ser toda persona natural con edad mayor o igual a dieciocho (18) años y menor a la edad de máxima de ingreso. La edad máxima de ingreso y de permanencia están establecidas en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 25° PRESCRIPCIÓN:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro. Sin embargo, para las coberturas relativas a la muerte del ASEGURADO el plazo de prescripción se computa desde que el BENEFICIARIO conoce sobre el beneficio.

ARTÍCULO 26° POLIZA ELECTRONICA:

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

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.