

SEGURO PROTECCIÓN DE PAGOS CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

Las partes convienen que, para los efectos del presente contrato, los términos que se indican a continuación tienen el significado siguiente:

1.1 ACCIDENTE:

Se entiende por accidente toda lesión corporal producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional de una fuerza externa que obra súbita y violentamente sobre la persona del **ASEGURADO**, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

1.2 ANTIGÜEDAD LABORAL:

Periodo de tiempo que es precisado en las Condiciones Particulares de la Póliza, durante el cual, el **ASEGURADO** deberá depender de un mismo empleador para tener derecho a la cobertura de Desempleo Involuntario.

1.3 ASEGURADO:

Es la persona designada como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza y que se ve expuesta al riesgo de Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal o Invalidez Total Permanente, según los términos y condiciones de este Contrato de Seguro.

1.4 BENEFICIARIO:

Es la persona natural o jurídica titular de los derechos indemnizatorios que se establecen en la póliza.

1.5 CIRUGÍA ELECTIVA:

Cirugía que pudiera posponerse o no llegar a hacerse, sin daño para el paciente. La Cirugía electiva incluye los procedimientos para corregir problemas médicos que no acarrear amenaza para la vida.

1.6 CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA:

Documento que contiene la identificación del **ASEGURADO**, la vigencia del seguro, la prima neta y bruta resultante, las condiciones básicas y el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados.

1.7 CONTRATANTE y/o TITULAR:

Es el tomador del seguro que figura como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para el caso de los seguros contratados en forma colectiva, el Contratante será aquella empresa del sistema financiero o empresa comercial que celebra el Contrato de Seguro con la Compañía.

1.8 CUOTA:

Obligación monetaria a pagar de manera mensual por el **ASEGURADO** como consecuencia de la deuda del préstamo que posee con una entidad financiera o empresa comercial.

1.9 DEDUCIBLE:

Se refiere al importe de gastos cubiertos que será por cuenta del **ASEGURADO** y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en las condiciones particulares.

1.10 DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

Se entiende por Desempleo Involuntario aquel que se produzca por circunstancias no imputables al actuar del **ASEGURADO** y que implique la privación total de ingresos por conceptos laborales.

1.11 ENFERMEDAD:

Es la alteración que sufre la salud del **ASEGURADO**, cuya patología sea originada directamente por un agente infeccioso o no infeccioso.

1.12 ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al **ASEGURADO**, que ha sido conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura o a la fecha de incorporación del **ASEGURADO**, según corresponda.

1.13 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL:

Es aquella situación que por causa de un accidente o enfermedad genera la imposibilidad de utilizar una determinada parte del organismo del **ASEGURADO** por un tiempo determinado y que le impide ejercer sus actividades laborales habituales.

1.14 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

Es aquella que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual. La Invalidez será cubierta cuando el grado de la misma sea superior a 60% de la pérdida de la capacidad laboral de

la persona. La incapacidad debe ser certificada por un médico contratado y/o aceptado por la aseguradora y tomando como referencia las "Normas para la evaluación y calificación del grado de Invalidez" del Sistema Privado de Pensiones vigente.

Esta cobertura actuará en adición de cualquier otro seguro que el **ASEGURADO** tenga contratado con cualquier entidad aseguradora que reduzca total o parcialmente el saldo insoluto del préstamo.

1.15 LA COMPAÑÍA:

Se entiende por **MAPFRE PERÚ COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS**.

1.16 PERIODO DE CARENCIA:

Es el periodo de tiempo desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el **ASEGURADO** no tiene derecho a las coberturas garantizadas por este seguro.

1.17 PRIMA COMERCIAL:

Costo del seguro, que no incluye los impuestos que sean de aplicación legal.

1.18 SOLICITUD DE SEGURO:

Documento mediante el cual el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** solicita el seguro en el cual se incluyen, entre otros, los datos personales, situación laboral, declaración de salud, monto del préstamo, plazo y valor de la cuota mensual.

1.19 TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

Persona natural que presta servicios o realiza una o varias obras o tareas por sus propios medios, en beneficio de terceros, con fines de lucro, asumiendo todos los riesgos, y con libertad e independencia técnica y directiva.

ARTÍCULO N° 2: OBJETO DEL CONTRATO DEL SEGURO

En virtud al presente Contrato de Seguro, La COMPAÑÍA garantiza:

- a) En el evento que el **ASEGURADO** se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario, La **COMPAÑÍA** otorgará al **BENEFICIARIO** una indemnización que consistirá en el pago de un número de cuotas mensuales de deuda del **ASEGURADO**. Para La cobertura de Desempleo Involuntario, se entiende que el **ASEGURADO** es un trabajador dependiente.
- b) En el evento que el **ASEGURADO** se vea afectado por una situación de incapacidad Total Temporal por enfermedad o accidente, La **COMPAÑÍA** otorgará al **BENEFICIARIO** una indemnización que consistirá en el pago de un

número de cuotas mensuales de deuda del ASEGURADO. Para la cobertura de Incapacidad Temporal, se entiende que el ASEGURADO es un trabajador independiente.

- c) En el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente, La COMPAÑÍA otorgará al BENEFICIARIO una indemnización que consistirá en el pago del saldo insoluto de la deuda del ASEGURADO. Esta cobertura es de aplicación tanto para trabajadores dependientes y/o independientes.

Las coberturas de Desempleo Involuntario y/o Incapacidad Total Temporal son excluyentes, estando el ASEGURADO cubierto sólo por una de ellas dependiendo su condición laboral.

Los límites de cobertura, el monto de la indemnización, las cuotas máximas cubiertas y su forma de pago, los deducibles, periodos de carencia, son los expresamente detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 3: BASES DEL CONTRATO

3.1 Declaraciones: EL ASEGURADO y EL CONTRATANTE en su caso; están obligados a declarar a **LA COMPAÑÍA**, antes de la celebración del contrato de seguro, todos los hechos o circunstancias que conozca y/o debiera conocer mediante la diligencia ordinaria exigible por las circunstancias, en cuanto éstas sean susceptibles de influir en la determinación de la prima o en la voluntad de **LA COMPAÑÍA** de aceptar o rechazar el riesgo a ser **ASEGURADO**. La exactitud de estas declaraciones constituye base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la Póliza.

3.2. Formalidad: La solicitud de Seguro, la Póliza y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de **LA COMPAÑÍA** y del **CONTRATANTE**; sin cuyos requisitos **LA COMPAÑÍA** no quedará obligada.

3.3. Los actos propios obligan: Ninguna de las partes podrá alegar en su beneficio la inobservancia de las formalidades previstas para el perfeccionamiento del contrato, cuando mediante su conducta hubiere inducido a la otra parte a inferir de buena fe su voluntad de concertarlo y ejecutarlo.

3.4. Inicio de la Cobertura y Pago de Primas: La cobertura materia del contrato de seguro se inicia con la aceptación de la Solicitud de Seguro por **LA COMPAÑÍA** y con el pago de la prima.

3.5. Intangibilidad de Acuerdos: Las modificaciones a las Condiciones Generales del riesgo **ASEGURADO** que fueran aprobadas por mandato legal imperativo, no serán aplicables a los contratos ya celebrados.

3.6. Corredores de Seguros: **EL CONTRATANTE** declara conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración mas no de disposición vinculados a sus intereses en la póliza, teniendo las siguientes funciones, deberes y responsabilidades:

3.6.1. Intermediar en la contratación de seguro.

3.6.2. Informar a **LA COMPAÑÍA**, en representación de **EL CONTRATANTE y/o TITULAR** sobre las condiciones del riesgo.

3.6.3. Informar al **CONTRATANTE y/o TITULAR** en forma detallada y exacta, sobre las cláusulas del contrato de seguro.

3.6.4. Comprobar que la póliza contenga las estipulaciones y condiciones según las cuales se cubre el riesgo.

3.6.5. Comunicar a **LA COMPAÑÍA** cualquier modificación del riesgo que demande a su vez variar el monto de la cobertura.

3.7. Prohibición a Corredores: Los Corredores de Seguros están prohibidos de suscribir cobertura de riesgos a nombre propio o cobrar primas por cuenta o en representación de **LA COMPAÑÍA**.

3.8. En caso que **LA COMPAÑÍA** hubiese comercializado el presente seguro a través de una empresa del sistema financiero, queda establecido que las comunicaciones cruzadas con el **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** a dicha empresa del sistema financiero, por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tendrán el mismo efecto que se hubieren dirigido a **LA COMPAÑÍA**.

3.9. Avisos y Comunicaciones: Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursados.

3.10. Efectos de Comunicación al Corredor: Los documentos enviados, así como las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y **LA COMPAÑÍA** surten todos sus efectos en relación al **ASEGURADO**, y al **CONTRATANTE** en su caso, siempre que la carta de nombramiento se encuentre vigente.

Artículo 4: EMISIÓN Y OBSERVACIÓN DE LA PÓLIZA

4.1. Plazo y Forma de la Observación: Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de recibida la póliza por **EL ASEGURADO**, por **EL CONTRATANTE** o por el corredor en su caso; se podrán formular observaciones respecto de su contenido, solicitando por escrito la rectificación en forma precisa. Transcurrido ese plazo sin que medie observación, se tendrá por aceptada la póliza emitida.

4.2. Efectos de la Observación: La solicitud de rectificación importa la propuesta de celebración de un nuevo contrato y no obliga a **LA COMPAÑÍA**, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al **CONTRATANTE**, **TITULAR** o **CORREDOR** su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas.

4.3. Si **LA COMPAÑÍA** no respondiera la solicitud de rectificación en el plazo de diez (10) días calendario de haberla recibido, se entenderá por rechazada, debiendo **LA COMPAÑÍA** restituir el íntegro de la prima que hubiere recibido dentro de los quince (15) días calendario de vencido el plazo señalado.

4.4. Endoso Modificadorio: La fuerza vinculatoria de la póliza estará limitada a los términos y condiciones en que fue emitida; mientras **LA COMPAÑÍA** no hubiere emitido el endoso modificadorio correspondiente y éste sea aceptado por **EL CONTRATANTE y/o TITULAR**.

Si el **CONTRATANTE y/o TITULAR** no aceptara el Endoso modificadorio propuesto por **LA COMPAÑÍA** dentro de los quince (15) días calendario de haberlo recibido, se entenderá por rechazado, encontrándose en tal caso **LA COMPAÑÍA** facultada a resolver el Contrato de Seguro.

ARTÍCULO N° 5: PERSONAS ASEGURABLES

Podrán asegurarse bajo este seguro las personas naturales que sean titulares de un crédito otorgado por el **CONTRATANTE**, y que sean mayores de 18 años y menores de la edad límite establecida en las Condiciones Particulares; pudiendo permanecer **ASEGURADOS** hasta la fecha en que cumpla la edad límite establecida en las Condiciones Particulares.

A. Cobertura de Desempleo Involuntario:

Serán asegurables las personas naturales que se encuentren ejerciendo una actividad remunerada bajo un vínculo de subordinación y dependencia para un empleador, en virtud de un contrato de trabajo y con una antigüedad mayor a un año con el mismo empleador, remunerados con sueldo y cumpliendo las normas que correspondan a un contrato de trabajo legalmente celebrado.

Se considerarán como trabajadores dependientes los trabajadores que tengan:

- Contrato de trabajo a tiempo indefinido, verbal o escrito, y se encuentren registrados en la planilla del empleador.
- Contrato de trabajo sujeto a modalidad, a plazo fijo mayor a un año, siempre que estén debidamente inscritos en el Ministerio de Trabajo y perciban un ingreso mensual producto de este contrato.

En ambos casos en calidad de deudores del **CONTRATANTE**, por un tipo de crédito detallado en las Condiciones Particulares y siempre que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por este seguro.

B. Incapacidad Total Temporal:

Son asegurables las personas naturales, trabajadores independientes, que ejerzan una actividad lucrativa de manera autónoma, sin relación de dependencia, obteniendo de dicha actividad la totalidad o un porcentaje de sus ingresos mayor al 50% y en calidad de deudores del **CONTRATANTE**, por un tipo de crédito detallado en las Condiciones Particulares y siempre que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por este seguro.

C. Invalidez Total y Permanente

Son asegurables las personas con o sin condición de dependencia laboral.

ARTÍCULO N° 6: RIESGOS CUBIERTOS

6.1. Cobertura de Desempleo Involuntario.

En caso de Desempleo Involuntario del ASEGURADO, LA COMPAÑÍA otorgará una indemnización que consistirá en el pago de las cuotas mensuales (no vencidas) durante el lapso de la cesantía involuntaria del ASEGURADO hasta el máximo de número de cuotas y monto asegurable por cuota detallados en las Condiciones Particulares por cada treinta (30) días calendario de desempleo.

El pago de la indemnización se efectuará al término de cada treinta (30) días calendarios de acreditada su situación de desempleo involuntario. Queda establecido, que no se concederá indemnización alguna por periodos menores de treinta días.

En caso de ser reinsertado el ASEGURADO al servicio laboral, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones por parte de LA COMPAÑÍA.

Las causales de Desempleo Involuntario cubiertas por esta Póliza, según el sector o ley bajo la cual labore el trabajador dependiente, serán las que se detallan en este artículo.

6.1.1. Empleados del sector privado, regidos bajo La Ley de Productividad y Competitividad Laboral, Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo 728 o la norma que le sustituya:

- a) Detrimento de la facultad física o mental o la ineptitud sobrevenida, determinante para el desempeño de sus tareas, a que se refiere la mencionada ley.
- b) Rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo similares, a que se refiere la mencionada ley.
- c) Actos de hostilidad del empleador equiparables al despido no imputable al trabajador a que se refiere la mencionada ley.
- d) Despido Colectivo no mayor al 30% de la fuerza laboral de la empresa por las siguientes causales objetivas a que se refiere el Artículo 46° de la mencionada ley:
 - Caso fortuito o fuerza mayor.
 - Motivos económicos, tecnológicos, estructurales o análogos.
 - Reestructuración patrimonial sujeta al D.L. 845.

e) Despido arbitrario, luego que se haya efectuado el pago de la indemnización a la que tiene derecho el trabajador.

f) Mutuo disenso, siempre que exista una indemnización por los años de servicio y los montos indemnizatorios que la ley prevé en el caso de Desempleo Involuntario no atribuible al trabajador.

6.1.2. Empleados Públicos, vinculados laboralmente y bajo régimen de subordinación y dependencia a la Administración Pública bajo las leyes vigentes a la fecha del mutuo disenso:

a) Cese, por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del empleado o funcionario público ni por término natural del plazo previsto del contrato de trabajo.

6.1.3. Empleados del Sector Educativo - Personal Docente, regulados por la Ley del Profesorado 24029 o la norma que le sustituya:

a) Suspensión absoluta o cese por causales no atribuibles a la conducta ni capacidad de trabajo del docente o personal administrativo regido bajo la citada Ley.

Queda establecido y convenido que a los efectos de lo pactado en el Artículo 6°, la indemnización corresponderá a lo que se estipule en las Condiciones Particulares de la Póliza de acuerdo a lo señalado en los párrafos precedentes, siempre que el ASEGURADO tenga derecho al pago de una indemnización por los años de servicios y a los montos de indemnización adicional que prevé la ley para los casos detallados.

6.2. Cobertura de Incapacidad Total Temporal

En el evento que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de incapacidad total y temporal por enfermedad o accidente que obligue a su hospitalización o reposo en su domicilio por prescripción de un médico, LA COMPAÑÍA otorgará una indemnización que consistirá en el pago de las cuotas mensuales (no vencidas) durante el lapso de la Incapacidad Total Temporal del ASEGURADO hasta el máximo de número de cuotas y monto asegurable por cuota detallados en las Condiciones Particulares por cada treinta (30) días calendario de Incapacidad Total Temporal.

El pago de la indemnización se efectuará al término de cada treinta (30) días calendarios de acreditada su situación de Incapacidad Total Temporal. Queda establecido que no se concederá indemnización alguna por periodos menores de treinta días.

Esta cobertura aplica exclusivamente para trabajadores independientes.

6.3. Cobertura de Invalidez Total y Permanente

En caso de Invalidez derivada de un accidente y/o enfermedad amparados por esta póliza, que implique una pérdida total y permanente superior a 60% de la pérdida de la capacidad laboral de la persona, LA COMPAÑÍA procederá a indemnizar al BENEFICIARIO designado el saldo insoluto de la deuda contraída hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares. La

incapacidad debe ser certificada por un médico contratado y/o aceptado por LA COMPAÑÍA, el que deberá basar su calificación tomando como referencia las “Normas para la evaluación y calificación del grado de Invalidez” vigentes del Sistema Privado de Pensiones.

Esta cobertura se otorgará independientemente de cualquier otro seguro que el ASEGURADO tuviera contratado sobre el mismo riesgo.

ARTÍCULO N° 7: PERIODOS DE CARENCIA Y DEDUCIBLES

Los Periodos de carencia y deducibles son los que se indican en las Condiciones Particulares. Los Periodos de Carencia no son de aplicación en caso de accidentes amparados por el seguro.

Queda establecido que **LA COMPAÑÍA** no reconocerá pagos parciales por periodos de desempleo o incapacidad inferiores al deducible.

ARTÍCULO N° 8: PERIODOS DE REINSTALACIÓN

Para el beneficio de Desempleo Involuntario se establece un plazo entre siniestro de al menos 1 año, contados a partir de la fecha del último pago correspondiente al siniestro o evento anterior. La reinstalación del beneficio no aplica por el siniestro previamente reclamado.

Para invalidez total temporal aplicará únicamente para el caso de reclamaciones por siniestros derivados de causa distinta al siniestro anterior, de los que deberá transcurrir un periodo de al menos 1(un) mes contado a partir de la fecha en que **LA COMPAÑÍA** hubiese cubierto el último pago correspondiente al siniestro anterior.

ARTÍCULO 9: EXCLUSIONES

9.1. EXCLUSIONES GENERALES:

- a) Guerra y guerra civil.
- b) Riesgos de energía nuclear.
- c) 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.

- d) 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.
- e) Si el ASEGURADO deja de ser residente peruano.
- f) El ASEGURADO no está al día en las cuotas mensuales del crédito.
- g) Si la actividad principal del ASEGURADO es piloto de aviación o miembro de la tripulación, deportista profesional, policía o militar de carrera o presta el servicio militar obligatorio, pensionista, miembro de seguridad privada, actividad minera, doble cinematográfico, corresponsal de guerra y manipulador de explosivos.

9.2. EXCLUSIONES PARTICULARES:

9.2.1. Para la cobertura de Desempleo Involuntario

- a) Si en a la Fecha de Inicio del Seguro, o dentro de un plazo de treinta (30) días posteriores a la misma, el ASEGURADO tenía conocimiento o indicios de que podría quedar desempleado involuntariamente. Corresponde a LA COMPAÑÍA - en caso decida rechazar el siniestro- demostrar que el asegurado tenía conocimiento o indicios de que podría quedar desempleado involuntariamente.
- b) El trabajo del ASEGURADO era estacional, ocasional o temporal, o el desempleo es característico del tipo de labor del ASEGURADO;
- c) El ASEGURADO se encuentra vinculado a través de un contrato de prestación de servicios;
- d) El ASEGURADO renunció, aceptó su cese o se ha jubilado (pensionado);
- e) El ASEGURADO ha sido despedido con justa causa conforme a la Ley vigente por:
 - Despido relacionado con la capacidad del trabajador.
 - Despido relacionado con la conducta del trabajador:
 - La condena penal por delito doloso
 - La inhabilitación del trabajador.
 - La comisión de falta grave.
- f) El período de Desempleo es resultado de una huelga o un paro;
- g) El Desempleo es resultado de un despido colectivo autorizado por el Ministerio del Trabajo mayor del treinta por ciento (30%).
- h) El Desempleo es resultado de la expiración del plazo de un contrato a término fijo o la terminación de la tarea o labor para la que el ASEGURADO fue contratado;

- i) La terminación de la relación laboral se dio de mutuo acuerdo, sin conciliación, o si la indemnización pagada al empleado es inferior a la que le correspondería haber recibido por despido sin justa causa;
- j) Despido por parte de miembros de la familia del trabajador hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad, cuando el ASEGURADO es empleado por su propia empresa;
- k) Suspensión del contrato de trabajo por cualquier causa; o por no regresar el trabajador a su empleo al haber sido notificado de la reanudación del trabajo una vez desaparecidas las causas de la suspensión del contrato de trabajo.

9.2.2. Para las coberturas de Incapacidad Total y Temporal e Invalidez Total y Permanente por Accidente y/o Enfermedad:

- a) Hospitalizaciones generadas por chequeos médicos.
- b) A consecuencia de enfermedades psíquicas, mentales, incluyendo estrés o condiciones relacionadas con el estrés, diagnosticada por un psiquiatra así como adicción a drogas o estupefacientes y alcoholismo.
- c) Enfermedades y/o Condiciones preexistentes al inicio del seguro.
Se consideran:
 - Enfermedades pre-existentes o bien las que ocurran o sean diagnosticadas durante el periodo de Carencia de la Póliza.
 - Personas afectadas de incapacidad física anterior al inicio de la cobertura de este seguro.
- d) Que la incapacidad o invalidez sea consecuencia de la Tuberculosis;
- e) Heridas auto-infligidas o tentativas de suicidio.
- f) Actividad delictiva realizada por el ASEGURADO (incluyendo infracciones de tránsito);
- g) Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras, ensayos de velocidad o de resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- h) Los accidentes que se produzcan durante la práctica de las siguientes actividades y/o deportes: participación en carreras de automóviles o cualquier otro tipo de vehículo o embarcaciones a motor incluyendo motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, o cualquier actividad o deporte con uso de toros, novillos, vacas o vaquillonas; rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas y hacer otros ejercicios con dichos animales incluyendo el arrojar el lazo; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, „vale todo“, esgrima o cualquier tipo de lucha, incluso la lucha o

enfrentamiento con animales; rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña („trekking” o senderismo), escalamiento o descensos de cualquier tipo, 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, o similares; trapecio, equilibrista y cualquier tipo de acrobacia; salto desde puentes „puenting” o saltos desde cualquier punto elevado; halterofilia; o esquí acuático o sobre nieve, „snowboard” o „sandboard”. Tampoco los accidentes que ocurran o se produzcan por o durante el uso, sea como conductor o pasajero, de motocicletas, motonetas, „mototaxis” o cuatrimotos.

- i) Rechazo injustificado a buscar un diagnóstico médico, no seguir las instrucciones médicas, o someterse a tratamientos médicos sin supervisión médica.
- j) Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas en la columna vertebral.
- k) Incapacidad y/o Invalidez a consecuencia de una cirugía electiva o a consecuencia de parto, embarazo normal o interrupción voluntaria del embarazo, y sus consecuencias.
- l) Lesiones derivadas de accidentes como pasajero de una aeronave militar o privada que no tenga licencia para llevar pasajeros.

ARTÍCULO 10: PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Producido el Desempleo Involuntario o la Incapacidad Total Temporal o la Invalidez Total y Permanente el **ASEGURADO** o **CONTRATANTE** deberá comunicarlo por escrito a **La COMPAÑÍA**, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha en que se haya tornado conocimiento del hecho, utilizando el formulario de presentación de siniestros proporcionado por **La COMPAÑÍA**. El cumplimiento extemporáneo de esta obligación hará perder el derecho a la indemnización establecida en la Póliza.

El aviso del siniestro será igualmente válido y eficaz si se utilizan medios electrónicos de conexión directa u otros análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación.

Asimismo, **La COMPAÑÍA** podrá investigar, revisar, solicitar, comprobar la autenticidad de la información recibida; y disponer de las medidas necesarias para la sustentación del evento. Si cualquier información fuera simulada o fraudulenta el **ASEGURADO, CONTRATANTE o BENEFICIARIO** perderá todo derecho a indemnización, sin perjuicio que **La COMPAÑÍA** inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

Para tener derecho a la indemnización el **ASEGURADO** deberá acreditar la situación invocada, con los antecedentes y documentos sustentatorios.

Los documentos que se deben presentar para la liquidación del siniestro se indican en el Artículo 11° del presente condicionado. Sin perjuicio de lo anterior, **La COMPAÑÍA** se reserva el derecho de solicitar cualquier otro que estime necesario para realizar la liquidación.

Se entenderá como fecha de ocurrencia del siniestro para cada una de las coberturas las siguientes:

A) Desempleo involuntario: La fecha de término de la relación laboral indicada en la liquidación de beneficios sociales, o en la constancia policial, o acta de inspección del Ministerio de Trabajo en los casos de despidos de hecho o de facto.

B) Incapacidad Total Temporal: La fecha de ocurrencia del evento o siniestro es la indicada en el certificado médico en el que se detalla la dolencia, tiempo de enfermedad, periodo de incapacidad y justificación médica de la incapacidad.

C) Invalidez Total y Permanente: La fecha de la configuración de la Invalidez Total y Permanente.

Lo estipulado por el presente artículo no afecta el derecho del **ASEGURADO** a solicitar la cobertura a través de otras instancias, interponiendo las acciones que correspondan de acuerdo al marco normativo vigente.

ARTÍCULO 11: DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS EN CASO DE SINIESTROS

11.1. Desempleo Involuntario:

11.1.1. TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO

a) Formulario de declaración de siniestro firmada por el **ASEGURADO**.

- b) Copia legalizada por notario público del Documento Nacional de Identidad (DNI) o documento de identidad del **ASEGURADO**.
- c) Carta de despido de la empresa (sellada y firmada). En caso de no contar con la carta de despido formalmente cursada por el empleador, según lo indicado en el artículo precedente, se deberá presentar la Constatación Policial o de la Autoridad Administrativa de Trabajo que de cuenta del despido de hecho o de facto producido.
- d) Certificación Laboral. Este documento detalla el periodo laborado por el trabajador cesado, los motivos de cese, tipo de contrato, entre otros. En caso de no contar con éste, el Contrato de Trabajo.
- e) Carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador.
- f) Declaración jurada del **ASEGURADO** manifestando que a la fecha se encuentra en situación de Desempleo.
- g) Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido.
- h) Certificado de aportaciones a ESSalud correspondiente al mes siguiente del cese. En caso de no contar con este documento, certificado de aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese.
- i) Para comprobar la continuidad del desempleo: certificación actualizada de aportaciones a ESSalud acompañada por el formulario de declaración mensual de desempleo continuo firmado por el **ASEGURADO**, con reserva de declaración jurada.
- j) Estado de cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, solo si la mensualidad varía o si ésta no ha sido reportada con anterioridad.

11.1.2. TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO Y DOCENTES DEL SECTOR PÚBLICO

- a) Copia legalizada del Documento Nacional de Identidad (DNI) o del documento de identidad del **ASEGURADO**.
- b) Número de registro de seguridad social.
- c) Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador.
- d) Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública).
- e) Declaración jurada del **ASEGURADO** manifestando que a la fecha del siniestro se encuentra en situación de Desempleo.

11.2. Incapacidad Total Temporal:

- a) Formulario de declaración de siniestros firmada por el **ASEGURADO**.
- b) Copia legalizada del DNI (Documento Nacional de Identidad) o documento de identidad del **ASEGURADO**.
- c) Certificado de declaración jurada de impuestos de 3ra o 4ta categoría.
- d) Certificado médico o de hospitalización detallado sobre enfermedad o accidente (días de reposo, causa de incapacidad, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, historia médica, clínica u hospital en donde recibió la asistencia médica, médico tratante y fecha de atención).
- e) Para comprobar continuidad de la incapacidad: Certificado médico o de hospitalización actualizado y acompañado por el formulario de declaración de continuidad de incapacidad firmado por el **ASEGURADO**.
- f) Estado de cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, solo si la mensualidad varía o si ésta no ha sido reportada con anterioridad.

11.3. Invalidez Total y Permanente:

- a) Formulario de declaración de siniestro firmada por el **ASEGURADO**.
- b) Copia legalizada del DNI (Documento Nacional de Identidad) o documento de identidad del **ASEGURADO**.
- c) Certificación de Invalidez Total Permanente declarada por el Seguro Social de Salud (ESSalud), el Ministerio de Salud (MINSA) o la Junta de Médicos designada por el Colegio Médico del Perú, a solicitud del empleador (en caso de trabajadores dependientes).
- d) Estado de cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro.

ARTÍCULO 12: LIMITE INDEMNIZATORIO

La responsabilidad de **La COMPAÑÍA** está limitada a los montos y número de eventos señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 13: VIGENCIA DE LA COBERTURA

La responsabilidad que **La COMPAÑÍA** asume por el presente Contrato de Seguro tendrá la vigencia indicada en las Condiciones Particulares, y desde que el **ASEGURADO** manifiesta su voluntad de incorporarse al seguro, mediante la firma de la Solicitud de Seguro y el pago de la prima correspondiente.

La Póliza permanecerá vigente por el plazo de tiempo que dure el préstamo y hasta el máximo indicado en las Condiciones Particulares desde la fecha de inicio del préstamo original.

ARTÍCULO 14: PAGO DE LA PRIMA

Los pagos efectuados por el **ASEGURADO** al **CONTRATANTE** se consideran abonados a **LA COMPAÑÍA**.

Para estos efectos, se entenderá que la fecha de pago correspondió al momento en que el **ASEGURADO** pagó la prima del **CONTRATANTE**.

ARTÍCULO 15: EFECTOS DE LA FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

15.1. Suspensión de cobertura y resolución de contrato

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

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

Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, el contrato de seguro se extingue. 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.

15.2. Aplicación de la resolución del contrato de seguro

En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, LA COMPAÑÍA podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. El Contrato de seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE, reciba una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole tal decisión.

15.3. Efectos de la Resolución del contrato por incumplimiento de pago de prima.-

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.

15.4. Siniestros en caso de suspensión de la cobertura.-

En ningún caso responderá **LA COMPAÑÍA** por siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encontraba suspendida por incumplimiento en el pago de la prima.

ARTÍCULO 16: TERMINO DEL CONTRATO DE SEGURO

La cobertura indicada en esta Póliza terminará automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a) Pérdida de la condición de **ASEGURADO**, de conformidad con los términos previstos en esta Póliza.
- b) Por renuncia escrita a seguir **ASEGURADO**, dirigida a **La COMPAÑÍA**.
- c) En la fecha en la que el **ASEGURADO** cumple la edad máxima asegurable.
- d) Al fallecimiento del **ASEGURADO**.

ARTÍCULO 17: PERDIDA DEL DERECHO INDEMNIZATORIO

LA COMPAÑÍA quedará exenta de toda responsabilidad y el **ASEGURADO** perderá todo derecho al pago indemnizatorio, en el caso de que el **ASEGURADO** o la persona que obre en su representación, presenta reclamación fraudulenta, engañosa o apoyada total o parcialmente en declaraciones inexactas o en documentos engañosos, falsos o adulterados.

ARTÍCULO 18: BENEFICIARIOS

Para las coberturas de Desempleo Involuntario, Incapacidad Total Temporal e Invalidez Total Permanente el beneficiario de la póliza será el **CONTRATANTE** de la póliza, de manera que las indemnizaciones que correspondan serán recibidas por dicho **CONTRATANTE**, quien aplicará los montos recibidos para amortizar la deuda del **ASEGURADO**.

ARTÍCULO 19: LIQUIDACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO

En los casos que, por el alcance y consecuencias del siniestro o cuando LA COMPAÑÍA requiera la contratación de un ajustador de siniestros para evaluar y cuantificar los daños o pérdidas, la designación del mismo debe realizarse de común acuerdo entre LA COMPAÑÍA y el ASEGURADO.

La designación del ajustador de siniestros debe efectuarse dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha del aviso del siniestro, o a la fecha en que LA COMPAÑÍA toma conocimiento de la ocurrencia. Cuando LA COMPAÑÍA reciba el aviso del siniestro, debe proponer al ASEGURADO, por lo menos dos (2) días antes del plazo señalado, una terna de ajustadores de siniestros para que el ASEGURADO manifieste su conformidad con la designación de alguno de los ajustadores propuestos. Para tal efecto, LA COMPAÑÍA debe proponer a los ajustadores de siniestros que se encuentran inscritos y habilitados en el Registro correspondiente a cargo de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. En caso, el ASEGURADO no designe alguno de los ajustadores de siniestros propuestos, LA COMPAÑÍA procederá a designar el ajustador del siniestro antes del vencimiento del plazo señalado, a fin de no dilatar el inicio del proceso de liquidación del siniestro.

La opinión del ajustador del siniestro emitida en el informe de liquidación del siniestro, no obliga a las partes y es independiente de ellas.

Se entiende consentido el siniestro, cuando LA COMPAÑÍA aprueba o no ha rechazado el convenio de ajuste debidamente firmado por el ASEGURADO en un plazo no mayor de diez (10) días contados desde su suscripción y notificación a LA COMPAÑÍA.

En los casos en que, objetivamente, no exista convenio de ajuste, sea porque no se ha requerido la participación del ajustador o éste aún no ha concluido su informe, se entenderá como consentido el siniestro cuando LA COMPAÑÍA no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no exceda de los treinta (30) días contados desde la fecha de haberse completado toda la documentación exigida en la póliza para el pago del siniestro, salvo lo señalado en el párrafo siguiente.

Cuando el ajustador requiera contar con un plazo mayor para concluir su informe podrá presentar solicitud debidamente fundamentada por única vez a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, precisando las razones técnicas y el plazo requerido, bajo responsabilidad. La Superintendencia se pronunciará de

manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. Esta solicitud suspende el plazo con el que cuenta el Ajustador de Siniestros para emitir el informe correspondiente, hasta que la Superintendencia emita pronunciamiento y éste le sea comunicado al Ajustador de Siniestros.

Una vez que el convenio de ajuste, debidamente suscrito por el asegurado, sea entregado a la empresa, ésta contará con un plazo de diez (10) días para aprobarlo o rechazarlo, entendiéndose que transcurrido dicho plazo sin que emita pronunciamiento, el siniestro ha quedado consentido, por lo que la empresa deberá proceder al pago correspondiente.

Si la empresa estuviera en desacuerdo con la indemnización o prestación a su cargo señalada en el convenio de ajuste, podrá solicitar al ajustador de siniestros un nuevo ajuste para proceder a consentir o rechazar el siniestro, determinar un nuevo monto o proponer acudir a un arbitraje o a la vía judicial en un plazo no mayor de treinta (30) días.

ARTÍCULO 20: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

EI ASEGURADO está obligado a declarar todas las circunstancias relativas al riesgo suscitado y a los hechos que generan el Siniestro.

La veracidad de las declaraciones hechas por el **ASEGURADO** en la Solicitud de Seguro, en sus documentos accesorios y complementarios, constituyen condición de validez de este Contrato do Seguro.

ARTÍCULO 21: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS

21.1 El Contrato de Seguros deviene en nulo de pleno derecho, es decir sin efecto legal alguno, en los siguientes casos:

21.1.1 Si el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** la hubiera contratado sin contar con interés asegurable.

21.1.2 Por mala fe probada del **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** al tiempo de celebrarse el contrato tenga o no incidencia en la apreciación de los riesgos.

21.1.3 Por declaración inexacta, reticencia, omisión u ocultación por parte del **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO**, de hechos o circunstancias, aun de buena fe, que hubieran podido influir en la estimación de la prima o en la aceptación del riesgo.

21.2 En cualquiera de los casos anteriores **La COMPAÑÍA** solo devolverá al **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** las primas devengadas por el tiempo no transcurrido.

21.3 En el caso que hubiera mediado mala fe probada del **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO**, **LA COMPAÑÍA** devolverá las primas conforme a lo indicado en el artículo 21.2. del presente condicionado. Así mismo en el caso el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** no este conforme podrá emprender las acciones legales que considere pertinentes con el fin de lograr el resarcimiento de los daños y perjuicios ocasionados.

21.4 En cualquiera de los casos referidos en el presente artículo, el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO**, perderán automáticamente todo derecho a reclamar beneficio alguno relacionado con la Póliza.

21.5 Si el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** ya hubieran cobrado el beneficio previsto en la Póliza, quedará(n) automáticamente obligados a devolver a **La COMPAÑÍA** el importe de los siniestros cobrados, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar.

Artículo 22: TRIBUTOS Y REAJUSTE DE LA PRIMA

22.1. A cargo de EL ASEGURADO

Todos los tributos presentes y futuros que graven las primas o sumas aseguradas, los deducibles así como la indemnización de siniestros; serán de cargo del **ASEGURADO**, del beneficiario o de sus herederos legales o testamentarios.

22.2. A cargo de LA COMPAÑÍA

No es de aplicación lo estipulado en la cláusula 21.1 a los nuevos gastos y tributos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de **LA COMPAÑÍA** y no puedan ser legalmente trasladados. En este caso, **LA COMPAÑÍA** podrá proponer al **ASEGURADO** o **CONTRATANTE** el reajuste de las primas. Si el **ASEGURADO** o **CONTRATANTE** no aceptará el reajuste de primas propuesto por **LA COMPAÑÍA** dentro de los quince (15) días calendarios de haber recibido la señalada propuesta, se entenderá por rechazada, encontrándose en tal caso **LA COMPAÑÍA** facultada a resolver el contrato de Seguro.

ARTÍCULO 23: PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

23.1. Plazo de Prescripción: El plazo de prescripción de las acciones para la reclamación de derechos emanados de la póliza, será el establecido por la ley de la materia y en forma supletoria por el Código Civil. El plazo será calculado desde la fecha del vencimiento de la póliza, o desde el día siguiente de producido el siniestro, lo que ocurra primero.

ARTÍCULO 24: MONEDA

24.1. Pago en la Moneda Pactada: Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta Póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas, o en moneda nacional al tipo de cambio promedio ponderado venta que publica la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.

24.2. Conversión Legal: No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la suma asegurada y demás obligaciones, al tipo de cambio promedio ponderado venta que publica la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones correspondiente, a la fecha del inicio de la vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación.

En este caso, será responsabilidad exclusiva del **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** mantener actualizada su cobertura, solicitando oportunamente el incremento de la suma asegurada.

ARTÍCULO 25: TERRITORIALIDAD

Salvo pacto en contrario, la Póliza sólo es exigible respecto de los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional y, en su caso, los que hayan sido materia de sentencia judicial ante los tribunales ordinarios de la República del Perú.

ARTÍCULO 26: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

EL presente Artículo establece el derecho del **ASEGURADO y/o Usuario de los servicios de Seguros**, de acudir a la Defensoría del Asegurado para resolver las controversias que surjan entre el **ASEGURADO y LA COMPAÑÍA**, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado.

El **ASEGURADO y/o Usuario** podrá hacer uso de ella en caso que no se encuentre conforme con la decisión de **LA COMPAÑÍA**.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

- La Defensoría del **ASEGURADO** está orientada a la protección de los derechos de los asegurados o usuarios de los servicios de Seguros, mediante la solución de controversias que los asegurados sometan para su pronunciamiento.

- El procedimiento es voluntario y gratuito para el **ASEGURADO** y/o Usuario.
- Procede sólo para atender reclamos formulados por asegurados o Usuarios, personas naturales y jurídicas, que no excedan de US\$ 50,000 de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de atención de reclamos en **LA COMPAÑÍA**.
- El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de ciento ochenta (180) días naturales computados a partir del día siguiente de la notificación en que es denegada la pretensión por **LA COMPAÑÍA**.
- La Defensoría del Asegurado resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de haber dado a ambas partes la posibilidad de ser escuchadas. La resolución no obliga al **ASEGURADO** ni limita su derecho a recurrir posteriormente ante el órgano jurisdiccional.
- La resolución emitida es vinculante y obligatoria para **LA COMPAÑÍA** cuando ésta es aceptada por el **ASEGURADO** en un plazo de sesenta (60) días hábiles de notificada.

La Defensoría opera en:

Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio Miraflores, Lima - Perú
 Telefax: 446-9158 <http://www.defaseg.com.pe>

Artículo 27: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

27.1. Sin Expresión de Causa

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, **EL TITULAR** o **CONTRATANTE** podrán darla por terminada, sin expresión de causa, mediante comunicación escrita que se cursará a la otra parte con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación. La resolución no afecta los derechos devengados a favor de **EL ASEGURADO** durante la vigencia de la Póliza.

27.2. Por Incumplimiento de EL ASEGURADO:

Adicionalmente a las causales de Resolución de contrato indicadas en las cláusulas Generales de Contratación, constituye causal de resolución del contrato de seguro el incumplimiento o violación por **EL ASEGURADO** o **CONTRATANTE** de cualquiera de sus obligaciones, cargas y garantías detalladas en el Artículo 20°

del presente documento, siendo de aplicación lo estipulado en los Artículos 27.3º. in fine y 21.2.º de estas Condiciones.

27.3. Declaración Inexacta Durante la Vigencia del Contrato de Seguro:

Toda omisión, reticencia, disminución, exageración o declaración inexacta de **EL ASEGURADO** o **CONTRATANTE**, aún hecha de buena fe durante la vigencia de la Póliza; resolverá automáticamente y de pleno derecho el contrato de seguro, sin necesidad de aviso o comunicación previa en ese sentido, si tales omisiones o declaraciones pudieran influir en el estado de riesgo o modificar las Condiciones de Cobertura del bien o persona asegurada, en su caso.

Si la omisión, reticencia, disminución, exageración o inexacta declaración, hubiese sido hecha de mala fe, durante la vigencia de la Póliza, el contrato de Seguro quedará resuelto automáticamente y de pleno derecho, sin necesidad de aviso o comunicación previa en ese sentido, aunque tales circunstancias no agraven el estado de riesgo ni impliquen una modificación en las condiciones de cobertura de la persona asegurada.

En todos los supuestos de este Artículo 27.3º, **EL TITULAR** o **CONTRATANTE** quedará obligado a restituir a **LA COMPAÑÍA** las sumas que hubiere pagado por cualquier siniestro ocurrido con posterioridad a la fecha de surgimiento de la causal de resolución, más intereses legales, gastos y tributos.

27.4. Resolución por Mala Fe:

No obstante, en el caso que hubiera mediado mala fe del **CONTRATANTE** o **ASEGURADO**, **LA COMPAÑÍA** deberá restituir la prima no devengada, dejando a salvo el derecho de la Compañía que se sienta perjudicada, a solicitar ante el órgano competente, la indemnización por los daños que le pudieran haber causado las acciones del contratante o asegurado.

ARTÍCULO 28: 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 plantear una consulta y/o reclamo formal de manera gratuita a través de los siguientes canales:

Consultas:

- Carta dirigida al Presidente del Grupo Mapfre (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante(*), nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, número de póliza, N° siniestro de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado y una breve explicación clara y precisa de la Consulta.
- A través de la página Web de MAPFRE Perú <http://www.mapfre.com.pe> enlazándose al link de “Contáctenos” (Central de Consultas).

Reclamos y/o Quejas:

- Carta dirigida al Presidente del Grupo Mapfre (en papel membretado y firma del representante legal, en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, número de póliza, N° siniestro de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, 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, y contará con la asesoría de un Ejecutivo de Atención al Cliente 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 empresa optará por el envío a su dirección domiciliaria.

La respuesta al reclamo o consulta, será remitida al usuario en un plazo máximo de 30 días calendario de presentada la carta y/o formulario a la Compañía. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique. En este caso se informará al usuario, dentro del periodo indicado, las razones de la demora precisando el plazo estimado de respuesta.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta y/o formulario y la respuesta sea a favor del usuario se comunicará al Courier que realice una segunda visita al domicilio y deje la carta respuesta por

debajo de su puerta anotándose las características del domicilio. Por el contrario si se tratase de una respuesta a favor de **LA COMPAÑÍA** y no se logrará ubicar al reclamante se procederá a la remisión por conducto notarial, dando por concluido en ambos casos el proceso del reclamo.

Los reclamos deben efectuarse dentro de los plazos de prescripción establecidos por Ley.

En caso el usuario no se encuentre conforme con los fundamentos de la respuesta, puede acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Arias Aragüez 146, San Antonio Miraflores y/o al INDECOPI, ubicada Calle de la Prosa 138, San Borja.

Para cualquier consulta respecto a su reclamo, puede comunicarse con nuestro servicio de Atención al Cliente SI24 Horas al teléfono 213-3333 (En Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia) o dirigirse a las diversas plataformas de Atención al Cliente de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias.

ARTÍCULO 29: 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, ASEGURADO 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 30: DOMICILIO

Comunicaciones al Domicilio de la Póliza: LA COMPAÑÍA y EL ASEGURADO O CONTRATANTE señalan como su domicilio el que aparece registrado en

póliza, a donde podrá dirigirse válidamente toda comunicación y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales; excepto que se informe anticipadamente el cambio domiciliario por escrito.

LA COMPAÑÍA asumirá que el corredor del **ASEGURADO** ha sido notificado también del cambio de domicilio en la misma fecha que ésta reciba la comunicación de cambio por parte del **ASEGURADO**.