



PÓLIZA DE VIDA LEY (EX-TRABAJADORES)

CONDICIONES GENERALES

ART. 1º. - DISPOSICIONES FUNDAMENTALES:

La presente Póliza, la solicitud del seguro, los endosos y la declaración de la última remuneración proporcionada por EL ASEGURADO, constituyen el contrato único entre LA COMPAÑIA y EL ASEGURADO y servirán de base para el pago de primas y siniestros.

Sólo los funcionarios autorizados de LA COMPAÑIA están facultados para emitir o modificar, en nombre de ella, este contrato de seguro. LA COMPAÑIA no será responsable por ninguna promesa o declaración hecha o que en el futuro hiciera cualquier otra persona.

ART. 2º. - DEFINICIONES:

LA COMPAÑIA: MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, entidad emisora de esta Póliza que en su condición de asegurador, y mediante el cobro de la prima correspondiente, asume la cobertura de este contrato con arreglo a las condiciones de la Póliza.

EL CONTRATANTE: Es el asegurado de la póliza.

EL ASEGURADO: Es la persona que al momento de su cese laboral goza del Seguro de Vida Ley con LA COMPAÑIA, y en su condición de ex trabajador opta por mantener su seguro de vida en vigor, solicitando por escrito a LA COMPAÑIA, dentro del plazo de 60 días calendario siguientes al término de su relación laboral, la emisión de una póliza de vida individual para ex trabajadores. El nombre del Asegurado figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

BENEFICIARIOS: Son las personas que habrán de recibir el beneficio de este seguro de vida. En caso de fallecimiento del ASEGURADO, son beneficiarios de esta póliza el cónyuge o conviviente a que se refiere el artículo 326º del Código Civil y, los descendientes del ASEGURADO. A falta de todos estos, los beneficiarios serán los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años de edad.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el beneficiario será el propio ASEGURADO; en caso EL ASEGURADO no pueda reclamarlo directamente por impedimento de éste, el pago podrá ser efectuado a su cónyuge o conviviente, curador o apoderado especial.

Póliza: Documento que contiene las Condiciones Generales de este Contrato, las Particulares que identifican el riesgo, y las Especiales, en su caso, así como las modificaciones que se produzcan mediante Endoso durante la vigencia del seguro.

Endoso: Es el documento que se adhiere con posterioridad a la póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que ha sido suscrito y/o aprobados por LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE, según corresponda.

Fecha de Inicio del Seguro: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza como fecha de "Inicio de Vigencia", a partir de la cual comienza a regir la cobertura del seguro.

Muerte Natural: Se entiende así a la muerte que sobrevenga como consecuencia del fallecimiento del ASEGURADO por causas distintas a la muerte accidental.

Muerte Accidental: Se entiende por muerte accidental aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbita y violentamente sobre la persona de EL ASEGURADO independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Se considera Invalidez Total y Permanente por Accidente únicamente los casos siguientes:

- a. Estado absoluto e incurable de alienación mental
- b. Descerebramiento que no permita al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- c. Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.
- d. Pérdida total de ambas manos.
- e. Pérdida total de ambos pies.
- f. Pérdida total de una mano y un pie.
- g. Pérdida total de la visión de ambos ojos.

Se entiende por pérdida total la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por Muerte. Por consiguiente, si la muerte

ART. 4º. - RIESGOS EXCLUIDOS:

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688 y sus normas modificatorias y reglamentarias, en este seguro no se contemplan exclusiones sobre las coberturas de Ley señaladas en el Artículo 3º de las presentes Condiciones Generales.

ART. 5º. - TASA DE PRIMA:

La póliza mantiene las mismas condiciones de la tasa de seguro que tenía el asegurado mientras estaba laborando.

ART. 6º. - INICIO DE COBERTURA, RENOVACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Las coberturas previstas en esta póliza se inician con la aceptación de la solicitud del seguro por parte de LA COMPAÑÍA. En caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado, que se señala en el artículo 8º de este condicionado general, se devengará la prima debida, la misma que será descontada del importe de la indemnización correspondiente. La Póliza de este seguro inicia su cobertura y termina a las 12 del mediodía (12:00 m) de las fechas de vigencia señaladas en las Condiciones Particulares.

Durante la vigencia de la póliza no procede la modificación de sus condiciones por ser un producto que se rige conforme a norma legal, no obstante, se pueden efectuar: (i) correcciones debido a errores en los datos de EL ASEGURADO y,

(ii) cambios en la designación de beneficiarios efectuada por EL ASEGURADO.

La vigencia de la Póliza es anual renovable. EL ASEGURADO deberá tramitar la renovación de la misma, dentro de los quince (15) días anteriores al vencimiento de la vigencia en curso.

Si EL ASEGURADO no cumpliera con tramitar la renovación de la póliza, en el plazo establecido, la póliza quedará automáticamente extinguida sin necesidad de aviso previo de ninguna índole por parte de LA COMPAÑÍA.

ART. 7º. - DEDUCIBLES:

Este seguro no contempla deducibles, franquicias o similares.

ART. 8º. - PAGO DE LAS PRIMAS Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO:

La prima se calcula sobre el monto de la última remuneración percibida y declarada por EL ASEGURADO, hasta el tope de la remuneración máxima asegurable a que se refiere el artículo 9º del Decreto Legislativo N° 688.

Dicha prima será igual a la que pagaba el EMPLEADOR antes del cese.

EL ASEGURADO queda obligado a pagar la prima que corresponda por la emisión y/o renovación de esta póliza, dentro de los quince (15) días calendario de inicio de la nueva cobertura.

La cobertura permanecerá vigente en tanto ésta no haya sido suspendida o la Póliza no haya sido resuelta o declarada nula.

La falta de pago de la prima origina la suspensión de la cobertura del seguro pasados treinta (30) días calendario contados desde el vencimiento de la obligación, previo aviso por parte de LA COMPAÑÍA enviado al ASEGURADO de manera cierta a través de los medios acordados en la Póliza, informando el plazo de que se dispone para regularizar la prima pendiente antes de la suspensión y el momento a partir del cual quedará suspendida la cobertura. En este caso LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el contrato, conforme al artículo 16° del presente Condicionado General.

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

Si ocurriese un siniestro antes de la suspensión de cobertura indicada en el párrafo anterior, estando la prima impaga, LA COMPAÑÍA podrá compensar la prima pendiente de pago contra la indemnización debida al ASEGURADO o BENEFICIARIO de la Póliza.

LA COMPAÑÍA no es responsable por los siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de la obligación impaga, se entiende que la Póliza queda extinguida. Le corresponde a LA COMPAÑÍA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto.

ART. 9°. - DECLARACIÓN FALSA U OMISIONES:

Si EL ASEGURADO declarase como su última remuneración, una suma menor a la que figura en la planilla y boletas de pago de su ex empleador, será considerado como su propio asegurador por la parte proporcional correspondiente a la diferencia entre el monto declarado y el que debió declarar; teniendo en cuenta que LA COMPAÑÍA, aplica el tope máximo asegurable al momento de la declaración. Para tal efecto, EL ASEGURADO autoriza desde ya a LA COMPAÑÍA, para que, en caso de siniestro, pueda recurrir a su ex empleador con el fin de revisar el monto de la última remuneración mensual asegurable, y de no corresponder ésta a la que debió declararse, se aplicará la regla proporcional.

ART. 10°. - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

EL ASEGURADO deberá entregar a LA COMPAÑÍA una Declaración Jurada, con firma legalizada notarialmente, o por el Juez de Paz a falta de notario, designando a sus beneficiarios del seguro de vida, con estricta observancia del orden de prelación establecido en el artículo 1º del Decreto Legislativo N° 688 y que se define en el artículo 2º del presente contrato, con indicación del domicilio de cada uno de los beneficiarios. Es obligación del asegurado comunicar a LA COMPAÑÍA las modificaciones que puedan ocurrir en el contenido de la Declaración Jurada.

ART. 11°. - LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO POR FALLECIMIENTO:

Ocurrido el fallecimiento de EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA liquidará el siniestro, de acuerdo a lo estipulado en el Decreto Legislativo N° 688 y sus normas modificatorias, en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas de presentada ante LA COMPAÑÍA, la solicitud de cobertura acompañada con la siguiente documentación completa:

- Declaración del siniestro llenada, según formato de LA COMPAÑÍA.
- Certificación de reproducción notarial del Certificado Médico de Defunción, llenado en su totalidad.
- Original o certificación de reproducción notarial de la Partida o Acta de Defunción.
- A falta del original con firma legalizada de la Declaración Jurada de Beneficiarios hecha por EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA podrá solicitar la certificación de reproducción notarial del Testamento por Escritura Pública o de la Sucesión Intestada, debidamente inscrita en los Registros Públicos.
- Certificación de reproducción notarial del documento de identidad de los beneficiarios. En caso los beneficiarios fuesen menores de edad, presentar certificación de reproducción notarial de la Partida de Nacimiento de cada uno.
- En caso exista cónyuge presentar el original o certificación de reproducción notarial de la Partida de Matrimonio. En caso de convivencia se deberá presentar la copia certificada de la Resolución Judicial o copia certificada de la Escritura Pública Notarial que reconozca la unión de hecho. Tratándose de las uniones de hecho o convivencia, LA COMPAÑÍA consignará ante el Juzgado de Paz Letrado el importe del capital asegurado que pueda corresponder al conviviente que figure en la Declaración Jurada o Testamento por Escritura Pública.
- En caso de muerte por accidente, presentar adicionalmente, copia certificada del Informe Policial y Certificado de Necropsia, en caso corresponda.

Con estos documentos probatorios del fallecimiento, LA COMPAÑÍA procederá a indemnizar a los beneficiarios que aparezcan en la Declaración Jurada o en el Testamento por Escritura Pública si este es posterior a la Declaración Jurada, en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas, y aun cuando no se hayan presentado los beneficiarios designados por EL ASEGURADO, a partir de los quince (15) días calendario de la fecha de fallecimiento del trabajador asegurado. La indemnización se efectuará sin ninguna responsabilidad para LA COMPAÑÍA en caso aparecieran posteriormente beneficiarios con derecho al seguro de vida.

Tratándose de la presentación del testamento antes indicado sólo tendrá derecho al seguro de vida los beneficiarios mencionados en el artículo 1° del Decreto Legislativo N° 688.

Si hubiera menores de edad, el monto que les corresponda se entregará al padre sobreviviente, tutor o apoderado, quien administrará el monto que corresponde a los menores conforme a las normas del Código Civil.

ART. 12° . - LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:

Ocurrido un accidente que genere una Invalidez Total y Permanente, según lo definido en el artículo 2° de este contrato, EL ASEGURADO o su cónyuge, curador o apoderado especial, en caso de encontrarse impedido, deberán comunicárselo por escrito a LA COMPAÑÍA proporcionando las pruebas correspondientes y facilitando la intervención de los médicos de LA COMPAÑÍA para la evaluación del caso, procediendo LA COMPAÑÍA a efectuar el pago de la cantidad que corresponda, de acuerdo a lo estipulado en el Decreto Legislativo N° 688 y sus normas modificatorias y reglamentarias.

En caso de Invalidez Total y Permanente se deberá presentar los siguientes documentos:

- Declaración del siniestro llenada, según formato de LA COMPAÑÍA.
- Copia simple del Dictamen Médico de Invalidez Total y Permanente, expedido por los Comités Médicos del Sistema Privado de Pensiones (COMAPF, COMEC) o de EPS (COMEPS), o ESSALUD, o el MINSAL o el Instituto Nacional de Rehabilitación. En caso que EL ASEGURADO no se encontrará afiliado a ninguno de los sistemas de seguridad social antes indicados, EL ASEGURADO, podrá solicitar el dictamen de una junta médica aprobada por LA COMPAÑÍA.
- Copia certificada o fedateada de la Historia Clínica.
- Copia certificada de la denuncia policial o informe policial (si lo hubiera) indicando la ocurrencia del accidente.
- Copia simple del documento de identidad de EL

ASEGURADO.

LA COMPAÑÍA pagará el beneficio de la póliza en un plazo máximo de 72 horas contadas desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Vencido este plazo **LA COMPAÑÍA** queda obligada al pago de los intereses legales correspondientes.

Las obligaciones de las partes están limitadas al valor nominal de la suma asegurada en la moneda contratada.

ART. 13° . - COMUNICACIONES:

Todas las comunicaciones entre **LA COMPAÑÍA** y **EL ASEGURADO** deberán ser hechas por escrito. Las de **EL ASEGURADO** deberán ser dirigidas al domicilio de **LA COMPAÑÍA** y las de ésta serán válidas siempre que se dirijan al último domicilio señalado por **EL ASEGURADO**.

ART. 14° . - CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS:

Todos los impuestos y contribuciones, presentes y futuros, que graven las primas o sumas aseguradas, así como su liquidación, serán de cargo de **EL ASEGURADO**, salvo aquellos que por imperio de la Ley sean de cargo de **LA COMPAÑÍA** y no puedan por ello ser trasladados.

ART. 15° . - 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.

ART. 16° . - CAUSALES DE RESOLUCION, NULIDAD Y TERMINACION DEL CONTRATO:

Resolución:

La resolución deja sin efecto el contrato de seguro por haberse presentado una causal con posterioridad a su celebración. La resolución se presenta en cualquiera de los siguientes casos:

- a. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación a LA COMPAÑÍA, pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro. La resolución surte efecto de forma inmediata, la fecha del aviso que será considerada para el fin de la vigencia del contrato de seguro.
La resolución del contrato por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la Póliza y no da lugar a devolución de la prima pagada por periodos anteriores en los que la Póliza estuvo vigente.
No resultarán aplicables penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar por resolución sin expresión de causa de la Póliza.
En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta al CONTRATANTE a prorrata por el periodo no cubierto en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la comunicación del CONTRATANTE en la cual expresa su deseo de resolver el contrato.
- b. Por falta de pago de la prima, en caso LA COMPAÑÍA opte por resolver la Póliza, durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. LA COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al período efectivamente cubierto.
- c. Por presentación de Solicitud de Cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas presentados por el ASEGURADO o el BENEFICIARIO o el CONTRATANTE o terceros en representación de los mismo o con su conocimiento, se procederá a la resolución. El Contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. En caso, la solicitud de cobertura sea rechazada, se responderá según plazos de Ley.

Para las causales b) y c) LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE, según la causal que corresponda, por cualquiera de los medios de comunicación pactados según lo establecido en el artículo 13º de las presentes Condiciones Generales.

Nulidad:

La nulidad deja sin efecto el contrato 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 por lo tanto, nunca produjo efectos legales.

El contrato de seguro será nulo si el CONTRATANTE:

- a. Hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.
- b. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE– de circunstancias que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en el literal c) precedente, LA COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días calendario para invocar dicha causal desde que es conocida por ésta.

La comunicación mediante la cual LA COMPAÑÍA comunique su decisión de invocar la nulidad debe ser realizada mediante un medio fehaciente.

En caso de nulidad el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza emitida a su favor. Asimismo, si el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a LA COMPAÑÍA la suma percibida. LA COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses excepto en el supuesto señalado en el literal c) 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.

LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE en caso se anulará la presente póliza de seguro por causal atribuida a éste.

Las comunicaciones al CONTRATANTE podrán ser enviadas por cualquiera de los medios de comunicación pactados según lo establecido en el artículo 13º del presente Condicionado General. En los casos en que corresponde la devolución de primas a favor del CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abonar en cuenta, en el plazo de treinta (30) días calendario contados

desde la recepción de la comunicación enviada al **CONTRATANTE**.

Terminación:

El Contrato de Seguro terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones, según corresponda:

- a. Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- b. 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.
- c. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.
- d. Al fallecimiento del ASEGURADO.
- e. Al indemnizar al ASEGURADO por la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente de esta póliza.

En caso se produzca la extinción contractual, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

ART. 17°. - PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS Y 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, u otro: especificar)
- A través de la página Web de MAPFRE Perú, enlazándose al link "Atención de Consultas" <https://www.mapfre.com.pe/atencion-de-consultas-solicitudes/>.

- Oficina Principal de LA COMPAÑÍA: Av. Armendáriz 345, Distrito de 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 15 días calendario de presentada la comunicación 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 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.

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 Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9, Distrito de San Isidro, y/o al INDECOPI, ubicada Calle de la Prosa 138, Distrito de 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.

ART. 18° . - DATOS PERSONALES:

El CONTRATANTE o ASEGURADO autorizan el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente para la emisión de la Póliza y la actualización de los mismos para:

- Dar cumplimiento al propio contrato de seguros.
- Realizar estudios estadísticos.
- Realizar análisis de siniestralidad.
- Remitir información sobre productos y servicios de LA COMPAÑÍA y de las distintas empresas del Grupo MAPFRE, a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita.

Se entiende por empresa del Grupo MAPFRE, a toda aquella empresa que pertenece al mismo grupo económico, según la definición de la Resolución SBS 5780-2015.

- Flujo transfronterizo de la información a otras entidades, con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del seguro, así como para garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia.
- Gestión de otras solicitudes o contratos de seguro por parte de las distintas empresas del Grupo MAPFRE.

Asimismo, acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras empresas aseguradoras y reaseguradoras, así como a otras personas naturales o jurídicas con las que las empresas del Grupo MAPFRE mantienen o suscriban acuerdos de colaboración, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.

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

ART. 19°. - PRESCRIPCIÓN:

Las acciones derivadas del presente contrato de seguro prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro.

En caso de fallecimiento del asegurado, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que éste conoce la existencia del beneficio.

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 la Ley N° 29355.

ART. 20°. - DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En toda oferta de seguros efectuada mediante la utilización de sistemas a distancia o fuera del local de LA COMPAÑÍA, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, o por medio de comercializadores, EL CONTRATANTE tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, así como los demás canales que la Compañía ponga a disposición para tal fin, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

En caso que el Contratante ejerza su derecho de arrepentimiento después de haber pagado el total o parte de la prima, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes al ejercicio del derecho de arrepentimiento. El contratante podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.

