



SEGURO DE VIDA LEY TRABAJADORES (ADECUADA A LA LEY 29549)

CONDICIONES GENERALES

ART.1°.- DISPOSICIONES FUNDAMENTALES:

La presente Póliza, la solicitud del seguro, los endosos y las declaraciones de remuneraciones mensuales asegurables proporcionadas por EL CONTRATANTE, en el formato autorizado por LA COMPAÑIA constituyen el contrato único entre LA COMPAÑIA y EL CONTRATANTE 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. 2°.- DEFINICIONES:

LA COMPAÑIA: MAPFRE PERU VIDA 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 la persona natural o jurídica que suscribe la póliza con LA COMPAÑIA y que está obligada al pago de la(s) prima(s). Es el empleador de los trabajadores asegurados.

EL ASEGURADO: Es el trabajador que ha iniciado una relación laboral con EL CONTRATANTE, que figure en sus registros de planillas y que haya sido declarado a LA COMPAÑIA.

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 326° 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. **EL CONTRATANTE tendrá derecho al beneficio si fallecido EL ASEGURADO y transcurrido un (1) año de ocurrida dicha contingencia, ninguno de estos beneficiarios hubiera ejercido su derecho.**

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 han sido suscritos 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.

Trabajadores: Se entiende como trabajador a todo empleado u obrero que figure en la planilla de EL CONTRATANTE de la póliza.

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 ocurriera a causa de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

Remuneración Mensual Asegurable: Según lo establecido en el artículo 9º del D.L. N° 688 y sus modificatorias, las remuneraciones asegurables para el pago del capital o póliza están constituidas por aquellas que figuran en los libros de planillas y boletas de pago, percibidas habitualmente por el trabajador aun cuando sus montos puedan variar en razón de incrementos y otros motivos, hasta el tope de una remuneración máxima asegurable, establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones. Están excluidas las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente, o que por disposición del Gobierno Central no configuren remuneración.

Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo, se considera el promedio de las percibidas en los últimos tres (3) meses.

En el caso de trabajadores que, a la fecha de contingencia, tengan menos de tres (3) meses de servicios, se tomará en cuenta la última remuneración percibida. Si la antigüedad del trabajador, es menor a treinta (30) días, se establece la suma asegurada en base a la remuneración mensual pactada en el contrato de trabajo.

Beneficio: Es el capital o suma asegurada que será pagada bajo esta póliza al Asegurado o sus beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro.

ART. 3°.- RIESGOS CUBIERTOS Y SUMAS ASEGURADAS:

Los riesgos cubiertos y sumas aseguradas garantizadas por este seguro son las siguientes:

a. Muerte Natural: por fallecimiento natural del trabajador se abonará a sus beneficiarios dieciséis (16) remuneraciones mensuales asegurables que se establecen en base al promedio de lo percibido por aquél en el último trimestre previo al fallecimiento.

b. Muerte Accidental: por fallecimiento del trabajador a consecuencia de un accidente se abonará a los beneficiarios treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por aquél en la fecha previa al accidente.

c. Invalidez Total y Permanente por Accidente: por invalidez total y permanente del trabajador originada por accidente se abonará treinta y dos (32) remuneraciones mensuales asegurables percibidas por él en la fecha previa del accidente. En este caso, dicho capital asegurado será abonado directamente al trabajador o por impedimento de él a su cónyuge o conviviente, curador o apoderado especial.

En el caso de trabajadores que perciban remuneraciones a comisión o destajo, la suma asegurada que corresponda pagar, sea cual fuere la contingencia, se considera el promedio de las percibidas en los últimos tres (3) meses, de no contar con las boletas de los últimos meses, se tomará en cuenta la última remuneración percibida. Y en caso de no contar con la última boleta de pago, se establece la suma asegurada en base a la remuneración mensual pactada en el contrato de trabajo. Establece la suma asegurada en base a la remuneración mensual pactada en el contrato de trabajo.

ART. 4°.- 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 3° de las presentes Condiciones Generales.

ART. 5°.- TASA DE PRIMA:

La tasa de este seguro será aquella que se defina en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ART. 6°.- INICIO DE COBERTURA:

Las coberturas previstas en esta póliza se inician con la aceptación de la solicitud del seguro por parte de LA COMPAÑÍA y el pago de la prima respectiva. 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 de la Póliza.

La cobertura individual respecto a cada ASEGURADO se inicia a partir de las 12:00 horas del día en que éste hubiera sido incluido por primera vez como ASEGURADO en la declaración nominativa de planillas presentada por EL CONTRATANTE. La cobertura se mantendrá vigente en tanto: **(i)** la póliza se mantenga vigente, **(ii)** el ASEGURADO siga perteneciendo a la planilla del Contratante, **(iii)** el CONTRATANTE lo continúe incluyendo en su declaración y, **(iv)** la prima sea pagada dentro de los plazos establecidos en la póliza.

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.

ART. 7°.- DEDUCIBLES:

Este seguro no contempla deducibles, franquicias o similares.

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

La prima del seguro es exigible al CONTRATANTE desde la celebración del contrato, y puede ser pagada por la anualidad anticipada o en fracciones conforme a lo establecido en el Convenio de Pago que forma parte de la Póliza.

Los pagos adelantados de las primas se calcularán en función a la frecuencia de la declaración de planillas que se pacte y que figure en las condiciones particulares de la Póliza. Esta frecuencia puede ser mensual, bimensual, trimestral, cuatrimestral, semestral o anual adelantado.

EL CONTRATANTE tiene un plazo de 15 días calendario contados a partir del primer día de cada periodo de cobertura para presentar a LA COMPAÑÍA la declaración de planillas del mes inmediato anterior a dicho periodo, conteniendo la información nominativa de los trabajadores asegurados y la suma total de sus remuneraciones mensuales asegurables.

LA COMPAÑÍA calculará la prima del periodo de cobertura, aplicando a la Remuneración Mensual Asegurable declarada por EL CONTRATANTE, la tasa que corresponda de acuerdo a las Condiciones Particulares, y multiplicando este resultado por el número de meses del periodo de cobertura. La(s) tasa(s) y la forma de pago de la prima se establecen en las Condiciones Particulares de la póliza, y podrán ser modificadas por acuerdo de las partes.

LA COMPAÑÍA emitirá y hará llegar al CONTRATANTE el recibo de prima correspondiente, dentro de los 5 días hábiles siguientes de recibida la declaración de planillas. Las primas pactadas en el convenio de pago deberán ser pagadas hasta el último día hábil del mes del periodo de cobertura correspondiente (fecha de vencimiento de pago), sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, en la forma indicada en las Condiciones Particulares. LA COMPAÑÍA no será responsable por las omisiones o falta de diligencia del CONTRATANTE que produzcan atraso en la declaración de planillas y/o en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. Se requiere el pago por adelantado de la prima inicial para que la cobertura entre en vigencia.

Si EL CONTRATANTE no cumpliera con el pago de la prima, LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro que ocurra y podrá optar por resolver el contrato de seguro, conforme a lo establecido en el artículo 19° de las presentes Condiciones Generales.

En caso del incumplimiento de pago de la prima por parte del CONTRATANTE, este en su calidad de empleador será quien responda frente a los beneficiarios por los siniestros ocurridos a los trabajadores.

ART. 9°.- CASOS DE SUSPENSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL:

De acuerdo con lo establecido en artículo 7° del Decreto Legislativo N° 688, en los casos de suspensión de la relación laboral a la que se refiere el artículo 48° del Texto Unico Ordenado de la Ley de Fomento del Empleo (la invalidez temporal, la enfermedad y el accidente comprobados, la maternidad durante el descanso pre y post natal, el descanso vacacional, la licencia para desempeñar cargo cívico y para cumplir con el Servicio Militar Obligatorio, el permiso y la licencia para el desempeño de cargos sindicales, la sanción disciplinaria, el ejercicio del derecho de huelga, la detención del trabajador salvo el caso de condena privativa de la libertad, el permiso o licencia concedidos por el empleador, el caso fortuito y la fuerza mayor y otros establecidos por norma expresa), EL CONTRATANTE está obligado a continuar pagando las primas correspondientes, sobre la base de la última remuneración percibida por el trabajador antes de la suspensión laboral, dejándose constancia del pago en la planilla y boletas de pago.

ART. 10°.- DECLARACIÓN FALSA U OMISIONES:

Si EL CONTRATANTE declarase una suma total de remuneraciones mensuales asegurables, menor a la que figura en la planilla y boletas de pago será considerado como su propio Asegurador por la parte proporcional correspondiente a la diferencia entre el monto declarado y el que debió declarar. Para tal efecto, en caso de siniestro LA COMPAÑÍA revisará las sumas totales declaradas durante los últimos 6 meses y de no corresponder éstas a las que debieron declararse, se aplicará la regla proporcional.

Si EL CONTRATANTE declarase remuneraciones que superen la remuneración máxima asegurable, indicada en el D.L. N° 688, LA COMPAÑÍA solo reconocerá lo que se indica en dicha Ley, procediendo a devolver las primas del excedente.

ART. 11°.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

El trabajador deberá entregar a su empleador 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 la definición de BENEFICIARIOS señalada en el artículo 2° del presente contrato, con indicación del domicilio de cada uno de los beneficiarios. Es obligación del trabajador comunicar a su empleador las modificaciones que puedan ocurrir en el contenido de la Declaración Jurada.

ART. 12°.- 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 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.
- Original con firma legalizada de la Declaración Jurada de Beneficiarios hecha por EL ASEGURADO. A falta de este documento, presentar la certificación de reproducción notarial del Testamento por Escritura Pública o de la Sucesión Intestada, debidamente inscrita en los Registros Públicos, y presentar una carta emitida por la empresa y dirigida a LA COMPAÑÍA, en la cual, indiquen que no tienen en su poder la Declaración Jurada de Beneficiarios de EL ASEGURADO.
- 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.
- Original o certificación de reproducción notarial de la Partida de Matrimonio, en caso corresponda. 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, 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.
- Certificación de reproducción notarial de las Boletas de Pago del trabajador de los últimos tres meses previos a la fecha de su fallecimiento natural. Para fallecimiento por accidente, será necesaria la última boleta o remuneración, salvo se trate de trabajadores remunerados por comisión o destajo, en cuyo caso serán necesarias las 3 últimas boletas.
- 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 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 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. 13°.- 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 las disposiciones legales vigentes sobre el particular.

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

- Declaración del siniestro llenada, según formato de LA COMPAÑÍA.

- **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 MINSA o el Instituto Nacional de Rehabilitación. En caso que EL ASEGURADO no se encontrara afiliado a ninguno de los sistemas de seguridad social antes indicados, LA COMPAÑÍA realizará la evaluación médica correspondiente y emitirá el respectivo dictamen médico de invalidez. EL ASEGURADO podrá solicitar el dictamen de una junta médica aprobada por LA COMPAÑÍA.**
- **Copia certificada o fedateada de la Historia Clínica.**
- **Denuncia Policial o Informe Policial (si lo hubiera) indicando la ocurrencia del Accidente.**
- **Copia simple del documento de identidad de EL ASEGURADO.**
- **Certificación de reproducción notarial de la última boleta de pago del trabajador, de emisión previa a la fecha del accidente, salvo que fuera un trabajador remunerado por comisión o destajo, en cuyo caso serán necesarias las 3 últimas boletas.**

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. 14°.- COMUNICACIONES:

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

ART. 15°.- CONTINUIDAD DEL SEGURO EN CASO DE CESE:

Según lo establecido en el Artículo 18° del D.L. N° 688, , en caso de cese del trabajador asegurado, éste puede optar por mantener su Seguro de Vida; para lo cual, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al término de la relación laboral, debe solicitarlo por escrito a LA COMPAÑÍA y efectuar el pago de la prima, la misma que se calcula sobre el monto de la última remuneración percibida, hasta el tope de la remuneración máxima asegurable a que se refiere el Artículo 2° "Definiciones".

LA COMPAÑÍA suscribe un nuevo contrato con el ex trabajador estableciéndose una prima que no podrá ser superior a la que abonara el empleador antes del cese de la relación laboral. extendiéndole una póliza de vida individual con vigencia y pago anual renovable.

ART. 16°.- 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 CONTRATANTE, salvo aquellos que por imperio de la Ley sean de cargo de LA COMPAÑÍA y no puedan por ello ser trasladados.

ART. 17°.- 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. 18°.- AJUSTE DE PRIMAS Y MODIFICACIONES A LA RENOVACION:

Las primas, tasas y/o las cláusulas adicionales y/o condiciones especiales de este seguro podrán ser modificadas en la renovación, por LA COMPAÑÍA, por razones de orden técnico o comercial, previa comunicación por escrito al CONTRATANTE, cursada con una anticipación de cuarenta y cinco (45) días calendario. LA COMPAÑÍA proporcionará al CONTRATANTE la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones efectuadas en conocimiento de los ASEGURADOS.

EL CONTRATANTE cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario para aceptar o rechazar la propuesta, en caso contrario, no se procedera con la renovacion de la poliza.

En caso se tengan por aceptadas las modificaciones, LA COMPAÑÍA emitirá la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

ART. 19°.- CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

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 fecha del aviso ante LA COMPAÑÍA, sera considerada como la fecha fin de la vigencia del contrato de seguro, a efectos de la resolución. En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta al CONTRATANTE a prorrata por el periodo no cubierto, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque en el plazo de 30 días calendario contados desde la recepción de la resolución.

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.

b. Por falta de pago de la prima, en caso LA COMPAÑÍA opte por resolver la Póliza. El Contrato y los Certificados de Seguro emitidos en base a éste, se considerarán resueltos en el plazo de 30 días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión.

c. Por agravación del riesgo, en caso la COMPAÑÍA decida resolver el contrato de seguro ante la comunicación escrita realizada por el CONTRATANTE en la que le comunique circunstancias de agravación del riesgo o tome conocimiento de dicha agravación por otros medios. La COMPAÑÍA contará con un plazo de 15 días calendario contados desde que toma conocimiento de dicha circunstancia, para manifestar su voluntad de resolver el contrato. La COMPAÑÍA debe indicar la fecha en la cual opera la resolución del contrato de seguro, en la comunicación que se remita para tal fin. Se precisa que el contrato no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del ASEGURADO que este no conociera al momento de la celebración del contrato.

d. Por presentación de Solicitud de Cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas presentada por el ASEGURADO, o el BENEFICIARIO o el CONTRATANTE o terceros en representación de los mismos o con su conocimiento, se procederá a la resolución. El Contrato se considerará resuelto en el plazo de 72 horas contadas a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. En Dicha comunicación LA COMPAÑÍA también se pronunciará sobre la procedencia respecto a la solicitud de cobertura.

En cualquiera de las situaciones anteriores con excepción del literal a), LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE, según la causal corresponda, por cualquiera de los medios de comunicación pactados según lo establecido en el artículo 14º de las presentes Condiciones Generales.

En caso corresponda reembolsar al CONTRATANTE las primas pagadas por periodos no cubiertos, 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 a EL CONTRATANTE.

Nulidad:

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro y/o certificado de seguro, según corresponda, 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 certificado de seguro y/o contrato de seguro, será nulo:

a. Se hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable

b. Si al tiempo de la suscripción del certificado 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 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 CONTRATANTE el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE en caso se anulara el contrato de seguro y/o certificado 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 14º 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 30 días calendario contados desde la recepción de la comunicación enviada al CONTRATANTE.

Terminación:

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

El Certificado de Seguro:

- a. Al fallecimiento del ASEGURADO.
- b. Al indemnizar al ASEGURADO por la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente de ésta póliza.

El Contrato:

- a. Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- b. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.

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

ART. 20º.- 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. 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 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, San Isidro, y/o al INDECOPI, ubicada en 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.

ART. 21°.- REGISTRO OBLIGATORIO DE CONTRATOS DE SEGURO DE VIDA LEY:

De acuerdo con el Artículo 5º del Decreto Supremo N° 003-2011-TR, el empleador debe registrar los Contratos de Seguro de Vida Ley, dentro de los treinta (30) días calendario de suscrito el contrato, a través de la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

ART. 22°.- TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

El CONTRATANTE del seguro autoriza 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. 23°.- MODIFICACIONES DURANTE LA VIGENCIA:

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados, distintos a los contenidos en el Decreto Legislativo N° 688, sin la aprobación previa y por escrito de EL CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma fue comunicada por parte de LA COMPAÑÍA. La falta de aceptación de los nuevos términos, no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

En caso EL CONTRATANTE acepte los nuevos términos contractuales, éste se encuentra obligado a comunicar a los asegurados dichas modificaciones.

ART. 24°.- PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo legal de diez (10) años contados a partir de la ocurrencia del siniestro. En caso de cobertura de fallecimiento dicho plazo se contabiliza para los BENEFICIARIOS a partir de que estos conocen la existencia del beneficio.