

SEPELIO INDEMNIZATORIO MAPFRE

CONDICIONES GENERALES

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

Conste por el presente documento las Condiciones Generales de la Póliza de SEPELIO INDEMNIZATORIO MAPFRE ofrecido por LA COMPAÑÍA, según los términos y condiciones siguientes:

ARTÍCULO 1° DEFINICIONES:

a. Asegurados: Es toda persona natural expresamente individualizado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Puede además tener la calidad de CONTRATANTE, cualquiera que sea la situación, se estipulará en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los Asegurados tiene la atribución de designar a los beneficiarios.

Queda establecido que para efectos de los artículos siguientes el término ASEGURADO involucra tanto al ASEGURADO Titular y a los Integrantes.

b. Beneficio, Indemnización, Capital Asegurado o Suma Asegurada: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza y que será pagado por LA COMPAÑÍA a los beneficiarios de acuerdo con los términos de la Póliza.

c. Beneficiario: Persona(s) designada(s) en la Póliza como titular(es) del derecho a percibir el beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada que se derive de la presente Póliza. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentajes, la repartición se hará en partes iguales.

d. Buena salud: No adolecer de enfermedad o dolencia preexistente.

e. Condiciones de asegurabilidad: Requisitos establecidos por la COMPAÑÍA para considerar que el solicitante del seguro pueda ser cubierto por la Póliza atendiendo al riesgo que representa.

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

g. Cláusulas Adicionales: Son aquellas condiciones especiales y opcionales a la Póliza, que permiten extender o ampliar las coberturas principales comprendidas en las Condiciones Generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

h. Condiciones Generales: Estipulaciones establecidas por LA COMPAÑÍA, que rigen las condiciones del producto que LA COMPAÑÍA ofrece.

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

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

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

k. Contratante o tomador del seguro: Persona natural que suscribe este contrato con LA COMPAÑÍA y a quien corresponde el pago de las primas, salvo pacto en contrario.

l. Convenio de pago: Documento en el que consta la forma y plazos del pago de la prima convenidos con LA COMPAÑÍA en caso se pacte el pago fraccionado de la prima.

m. Desamparo Familiar Súbito: Se entiende por este término, al fallecimiento a consecuencia de un mismo accidente, de ambos padres de hijos menores de dieciocho (18) años de edad.

n. Declaración Personal de Salud: Es el cuestionario que el ASEGURADO completa al momento de solicitarse el seguro, en el cual manifiesta si él, sus dependientes o parientes cercanos padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio del seguro. Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a LA COMPAÑÍA adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo; por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas pueden determinar rechazo de la solicitud de cobertura y/o nulidad de la póliza, o la modificación de la misma. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de no asegurar a aquellas personas que considere estén en mal estado de salud.

o. Días: Cuando se establezca la mención a días, éstos deben considerarse días calendario, excepto que se establezca lo contrario.

p. Endoso: Documento que se anexa a la Póliza modificando las condiciones de la misma o incorporando nuevas declaraciones del CONTRATANTE Para su validez, requiere la aprobación de LA COMPAÑÍA y de El Contratante, según corresponda. Su contenido se entenderá vigente hasta que un Endoso posterior

las modifique.

q. Enfermedad o dolencia preexistente: Se entiende así a cualquier condición de alteración del estado de salud de EL ASEGURADO o Integrantes de la Póliza, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Contratante y/o ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud que forma parte de la Solicitud de Seguro.

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

s. Integrantes de la Póliza: Grupo de personas naturales cuyas vidas se aseguran en virtud de la Póliza de Seguro de Sepelio contratada, formado por un ASEGURADO titular y la cantidad de integrantes que permita la Póliza, quienes deben cumplir con los requisitos de edad para ser parte de la misma, conforme las Condiciones Generales del producto contratado.

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

u. Muerte por Accidente: Se entiende por muerte accidental a aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del asegurado independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Queda claramente entendido que los denominados "accidentes médicos"; el Accidente Cerebro Vascular, los Síncopes o Infartos de Miocardio no están comprendidos dentro de esta definición

v. Muerte Natural: Se entiende por muerte natural a aquella producida por causas naturales o no violentas, sin la intervención de fuerza extraña al organismo.

w. Período de carencia: Es el período de tiempo establecido en las Condiciones Generales del seguro contratado, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, durante el cual no se brindan las coberturas del seguro.

x. Póliza: Documento en el que consta el contrato de seguro y que está conformado por las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares que identifican el riesgo específico, así como las Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, los Endosos, la Solicitud de Seguro y los documentos que contienen las declaraciones efectuadas por El Contratante y/o EL ASEGURADO con ocasión de la contratación del seguro.

y. Prima Comercial: Aportación económica que ha de satisfacer el contratante, la cual incluye los impuestos a que haya lugar, así como la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo, cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de

seguros, promotores de seguros y el beneficio comercial de la Compañía. La Prima Comercial debe ser pagada con la periodicidad pactada que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

z. Gastos de Sepelio: Se entiende como gastos de Sepelio, al pago de dinero destinado a cubrir los Servicios Funerarios y/o Servicio de Sepultura correspondientes a los asegurados de la póliza y de acuerdo con las especificaciones y límites que figuran en las Condiciones Particulares de la póliza.

aa. Siniestro: Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.

bb. Tumulto Popular: Toda actuación en grupo con la finalidad de atentar contra la paz pública que produce una alteración del orden, causando lesiones a las personas o daños a las propiedades.

cc. Indemnización: Es la suma de dinero que desembolsa la compañía de seguros a favor del asegurado, o de sus beneficiarios, al materializarse el riesgo contemplado en la póliza de seguros suscrita por las partes. También puede materializarse a través de la realización del servicio.

dd. Interés Asegurable: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el deseo que deben tener el CONTRATANTE y el ASEGURADO para obtener la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca, ya que, en caso de que se produzca, le generaría un perjuicio económico.

ee. Reticencia: Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.

ARTÍCULO 2º OBJETO DEL SEGURO:

Por el presente Contrato, LA COMPAÑÍA se obliga a pagar al(los) Beneficiario(s) designado(s) las coberturas que se estipulan en las Condiciones Generales, en las Condiciones Particulares, en las Cláusulas Adicionales y/o en las Condiciones Especiales y Endosos, de ser el caso.

Los importes de las coberturas de este seguro y el monto de la prima están detallados en las Condiciones Particulares que forman parte integrante de la presente Póliza.

a. Cobertura Principal: Al fallecimiento del ASEGURADO, LA COMPAÑÍA otorgará las indemnizaciones por Gastos de Sepelio según el detalle y límites que se describen en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que a la fecha de fallecimiento la póliza se encuentre con la cobertura habilitada.

b. Coberturas Secundarias:

Indemnizaciones: LA COMPAÑÍA otorgará las indemnizaciones que

correspondan por fallecimiento de EL ASEGURADO Titular y/o de los Integrantes amparados por el seguro, de acuerdo con los límites que se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza.

1. Indemnización de EL ASEGURADO Titular:

- Indemnización por Muerte Natural: LA COMPAÑÍA indemnizará a los BENEFICIARIOS designados por EL ASEGURADO Titular con la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- Indemnización por Muerte Accidental: LA COMPAÑÍA indemnizará a los BENEFICIARIOS designados por EL ASEGURADO Titular con la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Indemnización por Muerte Accidental del ASEGURADO Titular se otorga siempre que éste sea menor de setenta y cinco (75) años de edad a la fecha de fallecimiento por un accidente amparado por la póliza.

En caso de no existir BENEFICIARIOS nombrados a la fecha de fallecimiento de EL ASEGURADO y/o de los Integrantes, las indemnizaciones que correspondan serán pagadas a los herederos legales.

2. Indemnización de los Integrantes (Del 2º al 5º Integrante):

- Indemnización por Muerte Accidental: En caso de fallecimiento de los Integrantes a consecuencia de un accidente amparado por este seguro, LA COMPAÑÍA indemnizará a los BENEFICIARIOS designados con la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La indemnización por Muerte Accidental de los Integrantes se otorga siempre que éstos sean mayores de dieciséis (16) años y menores de setenta y cinco (75) años de edad a la fecha de fallecimiento por el accidente amparado por la póliza.

En caso de no existir BENEFICIARIOS nombrados a la fecha de fallecimiento de EL ASEGURADO y/o de los Integrantes, las indemnizaciones que correspondan serán pagadas a los herederos legales.

3. Desamparo Familiar Súbito: LA COMPAÑÍA pagará la indemnización indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, en caso de producirse el Desamparo Familiar Súbito siempre y cuando ambos padres hubiesen estado amparados bajo la misma Póliza de Seguro de Sepelio y uno de ellos hubiese sido el ASEGURADO titular de la misma.

Procede este beneficio en favor de cada hijo de EL ASEGURADO Titular, menor de dieciocho (18) años de edad. La máxima responsabilidad de LA COMPAÑÍA con respecto a esta cobertura será por cuatro (4) hijos.

4. Reembolso de Gastos por Traslado de Restos por Muerte Accidental: En caso de producirse el fallecimiento del ASEGURADO Titular y/o de los Integrantes como consecuencia de un accidente amparado por esta Póliza

ocurrido fuera de la ciudad de origen (se considera ciudad de origen aquella registrada en el DNI o la que se indique en el recibo de servicio público a ser presentado al momento de ocurrir el siniestro); LA COMPAÑÍA reembolsará los gastos de traslado de restos hacia dicha ciudad al titular del recibo presentado (persona que incurrió en los gastos), hasta el monto especificado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 3° BASES DEL CONTRATO:

La presente Póliza ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada en la solicitud de Seguro por el Contratante y/o EL ASEGURADO, los documentos accesorios o complementarios presentados y sobre la información proporcionada en la Declaración Personal de Salud que forma parte de la Solicitud de Seguro.

La exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de LA COMPAÑÍA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la Prima correspondiente.

El Contratante y/o EL ASEGURADO están obligados a declarar a LA COMPAÑÍA antes de la emisión de la Póliza, todos los hechos consultados en la Solicitud de Seguro, que conozcan o debieran conocer mediante la diligencia exigible que pudieran influir en la determinación de la Prima o en la voluntad de LA COMPAÑÍA de aceptar o rechazar el riesgo a ser asegurado.

La Póliza y sus eventuales endosos aprobados por El Contratante y por los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes, sin cuyo requisito LA COMPAÑÍA no quedará obligada.

En caso de haber diferencias entre las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, prevalecerán éstas últimas y las Condiciones Especiales sobre todas las anteriores. Asimismo, cualquier Endoso que modifique cualquiera de las cláusulas o condiciones de la Póliza, tendrá la vigencia indicada en el mismo o hasta que otro Endoso posterior lo modifique.

ARTÍCULO 4° RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

El contrato será nulo y no generará efecto alguno si el Contratante y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada oportunamente del verdadero estado del riesgo. En este caso, será de aplicación lo dispuesto en el Artículo 15° de las presentes Condiciones Generales.

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

- a. Si la reticencia o declaración inexacta es constatada antes de que se produzca el siniestro, LA COMPAÑÍA presentará al Contratante una propuesta de revisión de la póliza dentro del plazo de treinta (30) días contado desde la referida

constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días desde notificado.

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

La resolución del contrato de seguro bajo esta condición no da lugar a la devolución de primas por periodos anteriores en los que la Póliza estuvo vigente, correspondiendo a LA COMPAÑÍA las primas devengadas hasta el momento en que se efectuó la resolución. En caso se hubiese pagado la prima, por periodos posteriores y adelantados, ésta será devuelta en su totalidad a EL CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a la devolución en el plazo de treinta (30) días desde la fecha de resolución de la póliza.

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

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

ARTÍCULO 5° DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En la oferta de seguros, efectuada mediante la utilización de sistemas a distancia, en todos los supuestos, 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, incluyendo bancaseguros, 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.

ARTÍCULO 6° CONSENTIMIENTO DEL TERCERO:

En caso el Contratante sea una persona distinta del ASEGURADO, éste último deberá aceptar su inclusión como tal en la Póliza, siendo esto un requisito para el pago de cualquier indemnización y/o beneficio adicional que se genere por su fallecimiento.

La aceptación de EL ASEGURADO se materializa con su firma en el respectivo Formato de Declaración de Beneficiarios que forma parte de la Solicitud de Seguro.

De la misma forma, los demás Integrantes deberán aceptar su inclusión como asegurados de la póliza siendo esto un requisito para el pago de cualquier Indemnización y/o Beneficio Adicional que se genere por su fallecimiento.

La aceptación de los demás Integrantes se materializa con su firma en el respectivo Formato de Declaración de Beneficiarios que forma parte de la Solicitud de Seguro.

El ASEGURADO puede revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual, deberá comunicarlo por escrito a LA COMPAÑÍA, quien, una vez recibida la comunicación, resolverá el contrato de seguro conforme lo indicado en el artículo 15° de las Condiciones Generales.

ARTÍCULO 7° EXCLUSIONES:

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

- a. Reacción nuclear o contaminación radioactiva que no responda a tratamiento médico.
- b. Guerra civil o internacional (declarada o no) así como a consecuencia de participación directa en huelgas o vandalismo.
- c. Tumulto popular y/o terrorismo con características de catástrofe conforme las definiciones de la Póliza.
- d. El resultante de homicidio por un Beneficiario de esta Póliza o un integrante de la misma. Esta situación solo afectará a el/los Beneficiario/s causante/s.
- e. Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante, en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o actividades de alto riesgo, entendiéndose estas últimas como toda actividad que por su naturaleza o lugar donde se realiza implica la exposición o intensidad mayor a las normales presentes en la actividad rutinaria, las cuales puedan causar

daños graves o incluso la muerte.

f. El riesgo de aviación, salvo que el ASEGURADO esté viajando en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a diez plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, con intervención del organismo nacional o internacional competente.

g. Participación activa del ASEGURADO en apuestas, desafíos y riñas o en actos delictivos o que infrinjan leyes y/o reglamentos.

h. Siniestros ocurridos cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas que no correspondan a un tratamiento médico. Aplica esta exclusión cuando el siniestro se produzca como consecuencia directa del estado de ebriedad o de la influencia de drogas por parte de EL ASEGURADO. Se considera estado de ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado superior a 1.0 gr/lt. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.

i. Enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio del seguro o enfermedades infecto-contagiosas con característica de plagas o epidemias que sean materia de aislamiento o cuarentena.

j. Las siguientes causas, siempre que originen el fallecimiento durante el primer año de la vigencia del seguro:

- Cáncer.
- Diabetes Mellitus.
- Tuberculosis.
- Insuficiencia Renal.
- Accidente Cerebro Vascular.
- SIDA y enfermedades relacionadas.

k. Suicidio ocurrido durante los dos (02) primeros años de vigencia del seguro.

l. Eventos catastróficos de la naturaleza como terremotos, inundaciones, aluviones, huaicos o tsunamis y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado como catástrofe de acuerdo con las definiciones de la Póliza, dicho evento será considerado como una exclusión únicamente cuando el origen del mismo sea un hecho de la naturaleza sin intervención humana.

Las Condiciones Particulares y/o las Condiciones Especiales, de ser el caso, podrán establecer otras exclusiones relacionadas a determinadas Coberturas, así como exonerarlas de ellas.

ARTÍCULO 8° INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

El inicio de vigencia de la Póliza se establece en las Condiciones Particulares, manteniéndose vigente de forma vitalicia hasta el fallecimiento del último de los integrantes de la Póliza, siempre que se cumpla con el pago de la prima correspondiente.

Si al momento del inicio de vigencia del seguro hubiese ocurrido el fallecimiento de algún integrante de la Póliza, se procederá conforme el numeral 15.2 del Artículo 15° de las presentes Condiciones Generales.

En la eventualidad de que ocurra un siniestro, amparable bajo las condiciones del contrato de seguro, 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 con el Convenio de Pago suscrito, misma que será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

ARTÍCULO 9° PERIODO DE CARENCIA:

Las indemnizaciones por gastos de sepelio y muerte natural que corresponda no se otorgarán durante el plazo de noventa (90) días calendario. Dicho plazo se computará a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

En caso de Muerte Accidental no será de aplicación el periodo de carencia, procediendo las coberturas del seguro que correspondan, siempre que la cobertura no estuviera suspendida. El período de carencia tampoco será de aplicación en caso LA COMPAÑÍA reconozca el Beneficio de Continuidad indicado en el Artículo 10° de las presentes Condiciones Generales.

ARTÍCULO 10° BENEFICIO DE CONTINUIDAD:

LA COMPAÑÍA podrá reconocer a los ASEGURADOS de una Póliza de Seguro de Sepelio vigente y con la cobertura habilitada, la continuidad de vigencia de dicha póliza en caso de migrar a una Póliza de Seguro de Sepelio con LA COMPAÑÍA.

En consecuencia, para efectos de la edad límite de ingreso, el período de carencia y/o los riesgos excluidos del presente contrato de seguro, se computará como fecha de inicio de vigencia la que corresponda a la póliza de seguro sepelio del cual provienen los Integrantes.

En este caso, LA COMPAÑÍA indicará expresamente este beneficio en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 11° PRIMA:

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

El contrato de seguro permanecerá vigente y con la cobertura habilitada siempre que la prima anual o periódica, sea abonada a LA COMPAÑÍA de

acuerdo con el Convenio de Pagos establecido en la Póliza, más los recargos por fraccionamiento y los impuestos de Ley que correspondan.

La tasa de costo efectiva anual (TCEA) por fraccionamiento de la prima se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La falta de pago de la prima origina la suspensión de la cobertura del seguro pasados treinta (30) días contados desde el vencimiento de la obligación, previo aviso por parte de LA COMPAÑÍA enviado a El Contratante y/o a EL ASEGURADO Titular de manera cierta a través de los medios y en la dirección acordada 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.

Si ocurriese un siniestro antes de la suspensión de cobertura, estando la prima impaga, la prima adeudada por el Contratante y/o ASEGURADO Titular deberá ser pagada para tener derecho a la atención, o se aplicará la compensación de dicha prima pendiente de pago contra la indemnización correspondiente.

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

Si el siniestro ocurriese cuando la cobertura de la póliza está suspendida por falta de pago de primas, LA COMPAÑÍA no será responsable de cubrir el siniestro de la misma, quedando liberada de cualquier obligación.

Si la prima de seguro no se regulariza en el plazo de ciento ochenta días (180) contados desde el vencimiento del último recibo pagado por EL CONTRATANTE, el contrato quedará extinguido conforme se establece en el artículo 17° de las presentes Condiciones Generales.

Ocurrido el fallecimiento del ASEGURADO Titular o de cualquiera de los integrantes de la Póliza, los demás integrantes continuarán amparados bajo el contrato de seguro de acuerdo con su categoría original, debiendo continuar con el pago de la prima establecida para la Póliza, hasta el fallecimiento del último de los mismos.

PAGO DE PRIMA

El monto de la prima correspondiente al presente seguro se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La modalidad de cobro de la prima (la cual se encuentra indicada en la solicitud de afiliación) podrá ser determinada por el canal mediante el cual se efectuó la venta de la póliza, éste podrá realizarse por los siguientes medios:

- En el domicilio de cobro registrado en la Póliza (se deja expresa constancia que la cobranza a domicilio es un servicio prestado por LA

- **COMPAÑÍA**, más no una obligación de ésta, por lo tanto, es obligación de **EL CONTRATANTE** cumplir con el pago oportuno de la prima de seguro).
- Afiliándose al cargo en tarjeta de crédito MasterCard, Visa, Diners y American Express.
- Afiliándose al descuento por planillas.
- En cualquiera de las oficinas de **LA COMPAÑÍA** ubicadas en Lima y Provincias, detalladas en la página web: <https://seguros.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas>

En todo lo no precisado en las Condiciones Particulares de la Póliza, rige lo indicado en las Condiciones Generales respecto del pago de la prima así como de la rehabilitación de la cobertura de la misma.

ARTÍCULO 12° CAMBIO DE BENEFICIARIOS:

Son BENEFICIARIOS los designados por el ASEGURADO Titular y/o por los Integrantes en el formato de declaración de BENEFICIARIOS que forma parte de la solicitud de seguro. En caso no se designen beneficiarios, o por cualquier causa la designación se vuelva ineficaz o quede sin efecto, se entiende que comprende a los herederos legales.

En el caso específico de la Cobertura Principal en caso no se designen BENEFICIARIOS, o por cualquier causa la designación se vuelva ineficaz o quede sin efecto, serán BENEFICIARIOS entre sí el Titular e integrantes de la póliza, realizándose el pago de la indemnización al primero de ellos que realice la solicitud.

Cabe hacer una nueva designación de BENEFICIARIOS mediante la presentación de un nuevo formato ante las oficinas de LA COMPAÑÍA, expresando con claridad el nombre del nuevo BENEFICIARIO para que se anexe a la póliza. La relación de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias se encuentra detallada en nuestra página web: <https://seguros.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas>.

El cambio de BENEFICIARIOS será válido siempre que conste en un endoso en la póliza o que conste en un documento suscrito por el ASEGURADO, con firma certificada por Notario Público.

LA COMPAÑÍA en ningún caso se hace responsable de la validez del formato de declaración de beneficiarios y no queda obligada a intervenir en las cuestiones que por estas causas puedan surgir entre las partes interesadas.

ARTÍCULO 13° REAJUSTE DE SUMA ASEGURADA Y PRIMA:

La prima del Seguro de Sepelio materia de estas Condiciones Generales, así como los límites de las sumas aseguradas que correspondan, serán reajustadas anualmente por LA COMPAÑÍA a partir de la fecha y en el porcentaje que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El reajuste anual de prima y sumas aseguradas es condición contractual del Seguro de Sepelio.

ARTÍCULO 14° REHABILITACION DE LA COBERTURA DEL SEGURO:

La rehabilitación de la cobertura de seguro, cuando el contrato se encuentra suspendido, se aplica hacia el futuro y requiere el pago total de las cuotas vencidas. En este caso, la cobertura vuelve a surtir efectos a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada a opción del ASEGURADO, mientras que LA COMPAÑÍA no hubiera expresado por escrito su decisión de resolver el contrato.

No habrá posibilidad de rehabilitación de una póliza que ha quedado resuelta por falta de pago u otro concepto.

ARTICULO 15° CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA: LA RESOLUCION Y LA NULIDAD:

15.1 La Resolución; deja sin efecto el Contrato de Seguro por haberse presentado una causal con posterioridad a su celebración. La resolución extingue todos los derechos y obligaciones de la Póliza y se presenta en cualquiera de los siguientes casos:

1. Por decisión unilateral y sin expresión de causa, el CONTRATANTE podrá solicitar la resolución sin más requisito que una comunicación a la COMPAÑÍA pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que uso para la contratación del seguro, la cual operará de forma inmediata desde el momento de la recepción de dicha comunicación, fecha 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 el contrato estuvo vigente, sí correspondiendo la devolución por lo periodos posteriores a la resolución del contrato de seguro.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad a EL CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a enviar una comunicación detallando el monto a devolver, dicha comunicación de LA COMPAÑÍA podrá ser realizada utilizando los mecanismos pactados en la póliza.

LA COMPAÑÍA procederá a cancelar el importe en el plazo de treinta (30) días contados desde la solicitud de resolución del CONTRATANTE.

2. Por revocación del consentimiento del ASEGURADO; el contrato será resuelto en caso el ASEGURADO fuese distinto al Contratante y decidiera revocar su consentimiento a la Póliza conforme lo estipulado en el Artículo 6° de las presentes Condiciones Generales.

La resolución del contrato por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación respecto a la Póliza y el CONTRATANTE tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas, salvo la parte

correspondiente al periodo de tiempo durante el cual el contrato estuvo vigente, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a cancelar el importe a nombre de EL CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación de EL ASEGURADO a que se refiere el Artículo 6° de estas Condiciones Generales.

3. 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 de Seguro, se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR 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.

4. Por reticencia o declaración inexacta no dolosa cuando LA COMPAÑÍA haya hecho un ofrecimiento de revisión del contrato al CONTRATANTE y éste no haya aceptado el referido ajuste conforme a lo dispuesto el Artículo 4° de las presentes Condiciones Generales.

En caso se hubiese pagado prima por periodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad al CONTRATANTE, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a enviar una comunicación detallando el monto a devolver, dicha comunicación de LA COMPAÑÍA podrá ser realizada utilizando los mecanismos pactados en la póliza.

LA COMPAÑÍA procederá a cancelar el importe en el plazo de treinta (30) días contados desde que el CONTRATANTE recibe la comunicación de resolución.

5. Por presentación de Solicitud de Cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO se procederá a la resolución a partir del momento que el CONTRATANTE recibe la comunicación de resolución por parte de LA COMPAÑÍA. Sin perjuicio de ello se dará respuesta a la solicitud de cobertura en el plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de haberse completado toda la documentación exigida en la póliza para el pago del siniestro.

LA COMPAÑÍA procederá a devolver el importe en el plazo de treinta (30) días contados desde que el CONTRATANTE recibe la comunicación de resolución.

6. Por agravación del riesgo, en caso la COMPAÑÍA decida resolver el contrato ante la comunicación escrita realizada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO en la que le comunique circunstancias de agravación del riesgo o tome conocimiento de dicha agravación por otros medios.

La COMPAÑÍA contará con un plazo de quince (15) días contados desde la recepción de la comunicación para manifestar su voluntad de

resolver el contrato. Se entiende resuelto el contrato al momento de la notificación al CONTRATANTE.

LA COMPAÑÍA procederá a devolver el importe en el plazo de treinta (30) días contados desde la notificación al CONTRATANTE.

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

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

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

15.2 La Nulidad; deja sin efecto el contrato de seguro en lo que corresponda a LOS ASEGURADOS, por causal existente al momento de celebrarlo. Son causales de nulidad:

1. La inexistencia del riesgo; será nulo el contrato en caso de muerte de EL ASEGURADO o de alguno de los Integrantes ocurrida antes del inicio de vigencia de la cobertura del seguro.
2. La reticencia y/o declaración inexacta-si media dolo o culpa inexcusable de ellos-; se entiende por reticencia o declaración inexacta a la omisión o falsedad en las declaraciones del Contratante y/o ASEGURADO respecto de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado las condiciones del contrato si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Media dolo cuando existe una declaración expresa que es inexacta o reticente sobre aquellas circunstancias conocidas por el Contratante y/o ASEGURADO que fueron materia de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios. No obstante, subsistirá el contrato de seguro si la

pregunta expresa no fue respondida en el cuestionario y LA COMPAÑÍA igualmente celebró el contrato.

LA COMPAÑÍA podrá invocar la nulidad del contrato de seguro dentro del plazo de treinta (30) días, plazo que se computará desde que LA COMPAÑÍA toma conocimiento de la reticencia o declaración inexacta.

Dicho pronunciamiento deberá ser notificado por medio fehaciente.

3. La declaración inexacta de la edad de algún integrante de la Póliza, si es que la verdadera edad excedía a la permitida para ingresar a la póliza, salvo que se hubiese aplicado el Beneficio de Continuidad establecido en el artículo 10° de las presentes Condiciones Generales.

En los casos indicados en el acápite (1) y (3) LA COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses, LA COMPAÑÍA procederá al pago en el plazo de treinta (30) días contados desde que LA COMPAÑÍA comunica la nulidad.

En caso la nulidad se deba a la reticencia o declaración inexacta indicada en el acápite (2), las primas pagadas quedan adquiridas por LA COMPAÑÍA que tendrá derecho al cobro de las primas acordadas para el primer año de duración del contrato, a título indemnizatorio. La compañía devolverá el exceso de prima obtenida posterior al primer año, conforme a lo indicado en el párrafo anterior.

En todos los casos descritos es nula la relación contractual en lo que corresponde a EL ASEGURADO Titular o Integrante sobre el cual recae la causal de nulidad.

ARTÍCULO 16°: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Personas naturales cuya vida se asegura en virtud de la presente Póliza, conformado por un máximo de cinco (5) personas, dentro de los cuales, se encuentra un (1) ASEGURADO Titular y hasta cuatro (4) integrantes, que gocen de buena salud a la fecha de la Solicitud de Seguro y que cumplan con los siguientes requisitos de edad:

i. ASEGURADO Titular (1er Integrante): Es una persona natural mayor de dieciocho (18) años y menor de sesenta y un (61) años de edad a la fecha de suscripción de la Solicitud de Seguro.

ii. Integrantes (Del 2° al 5° Integrante): Personas naturales mayores de un (1) año y menores de sesenta y un (61) años de edad a la fecha de la Solicitud de Seguro. Los Integrantes permanecerán invariables en el tiempo, no pudiendo ser reemplazados por otros.

Sin perjuicio de lo anterior, uno de los Integrantes podrá tener desde sesenta y un (61) años, pero deberá ser menor de setenta y un (71) años de edad a la fecha de

la Solicitud de Seguro y podrá ser igualmente incluido en la Póliza.

Se considera gozar de buena salud, el no tener diagnóstico de enfermedad preexistente, entendiéndose como tal, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Solicitud de Seguro.

El presente seguro no contempla límites de permanencia tanto para el ASEGURADO Titular como para los Integrantes, salvo para la cobertura por muerte accidental del ASEGURADO Titular, así como de los integrantes, que se otorgará siempre que estos sean menores de 75 años de edad a la fecha de fallecimiento por el accidente amparado por la póliza.

ARTÍCULO 17° EXTINCIÓN DE DEL CONTRATO DE SEGURO:

El contrato de seguro terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.

a. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.

b. Pasados ciento ochenta (180) días sin pago de primas, contados desde el vencimiento del último recibo pagado por EL CONTRATANTE, el contrato de seguro quedará extinguido sin posibilidad de rehabilitación posterior.

La extinción del contrato por esta causa libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la póliza, y no da lugar a devolución de primas por periodos anteriores en los que la póliza estuvo vigente.

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

En caso de devolución de prima, esta será atendida en el plazo de quince (15) días calendario y será devuelto al CONTRATANTE mediante transferencia.

ARTÍCULO 18° COMPROBACIÓN DE LA EDAD:

No podrá reclamarse ningún derecho por razón de este seguro antes de que se haya comprobado ante LA COMPAÑÍA la edad de los integrantes de la póliza a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

La comprobación y/o acreditación de la edad podrá efectuarse en cualquier momento, mediante documento oficial remitido a LA COMPAÑÍA a solicitud de ésta. En caso de comprobarse que la edad real del ASEGURADO titular o alguno de los Integrantes es inexacta respecto de la edad declarada, acarrea la nulidad del contrato si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo.

En caso la edad del ASEGURADO exceda los límites establecidos en la Póliza, se procederá a la devolución de la prima pagada, el contrato de seguro será nulo y se procederá a la devolución de las primas pagadas, en el plazo establecido en el artículo 15° de las presentes Condiciones Generales.

ARTICULO 19° PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

Para atender las solicitudes de cobertura por ocurrencia de un siniestro, se deberá presentar ante cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA los documentos que se especifican en el numeral 19.1 del artículo 19° de las Condiciones Generales, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), según corresponda.

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

LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación presentada referida a la comprobación del siniestro dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

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

No son aplicables a este seguro, deducibles, franquicias, coaseguros y similares.

En los Seguros de Sepelio que LA COMPAÑÍA ofrece no se requiere el Aviso de Siniestro establecido en el artículo 68° de la Ley del Contrato de Seguro N.º 29946.

19.1. Para atender las solicitudes de cobertura por ocurrencia de un siniestro, se deberá presentar ante el comercializador autorizado o a cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA los siguientes documentos:

- a. Para solicitar las Indemnizaciones de Gastos de Sepelio por Muerte Natural o Accidental (Cobertura Principal) del Titular y/o de los Integrantes:**
 - Original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción emitida por la institución médica correspondiente, o Copia certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC.

- Copia certificada del Atestado Policial emitida por la Policía Nacional, y el Protocolo de Necropsia y el resultado del examen toxicológico emitido del médico legal, en caso de muerte por accidente, que deberán ser gestionadas en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, solo en caso estos hayan sido emitidos.
- Copia simple del DNI del fallecido, en caso se tuviera.
- Copia simple del DNI del beneficiario.
- Formato de atención de Siniestros que brinda LA COMPAÑÍA

LA COMPAÑÍA se pronunciará sobre la solicitud en el plazo máximo de treinta (30) días de haber recibido los documentos requeridos y de ser procedente, se realizará el pago correspondiente. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

b. Para solicitar el pago de las indemnizaciones por Muerte Natural:

- Copia simple del DNI del fallecido, en caso se tuviera.
- Copia certificada o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida de Defunción del ASEGURADO Titular y/o de los Integrantes, emitida por RENIEC.
- Copia de la historia clínica en caso se requiera (dentro del plazo de 20 días de los 30 días que tiene LA COMPAÑÍA para pronunciarse sobre la cobertura), donde se indique la causa del fallecimiento.
- En aquellos casos en que no exista designación de BENEFICIARIOS, se deberá presentar copia simple de su DNI y copia literal, emitida por la Superintendencia Nacional de (los) Registros Públicos, de la inscripción definitiva del Testamento (o) Sucesión Intestada.

En el caso de beneficiarios menores de edad, deberán presentar los siguientes documentos:

- Copia certificada o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del DNI de los menores BENEFICIARIOS de la indemnización o copia certificada de la Partida o Acta de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Copia simple del DNI de padre/madre o tutor.

c. Para solicitar el pago de las indemnizaciones por Muerte Accidental:

- Copia simple del DNI del fallecido, en caso se tuviera.
- Copia certificada o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida de Defunción del ASEGURADO Titular y/o de los Integrantes, emitida por RENIEC.
- Copia certificada del Atestado Policial emitido por la Policía Nacional, y el Protocolo de Necropsia y el resultado del examen toxicológico del médico legal, en caso de muerte por accidente, que deberán ser gestionadas en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, solo en caso estos hayan sido emitidos.

- En aquellos casos en que no exista designación de BENEFICIARIOS, se deberá presentar copia literal, emitida por la Superintendencia Nacional de (los) Registros Públicos, de la inscripción definitiva del Testamento (o) Sucesión Intestada.

En el caso de beneficiarios menores de edad, deberán presentar los siguientes documentos:

- Copia certificada o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del DNI de los menores BENEFICIARIOS de la indemnización o copia certificada de la Partida o Acta de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Copia simple del DNI de padre/madre o tutor.

d. Para solicitar la indemnización por Desamparo Familiar Súbito:

- Copia simple del DNI de los fallecidos, en caso se tuviera.
- Copia simple del DNI del beneficiario.
- Copia certificada de la Partida o Acta de Defunción del ASEGURADO Titular y de su cónyuge o conviviente fallecido(a), emitida por RENIEC.
- Copia certificada del Atestado Policial emitido por la Policía Nacional, Protocolo de Necropsia y resultado del examen toxicológico del médico legal, en caso de muerte por accidente, que deberán ser gestionadas en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, solo en caso estos hayan sido emitidos.

En el caso de beneficiarios menores de edad, deberán presentar los siguientes documentos:

- Copia certificada o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del DNI de los menores BENEFICIARIOS de la indemnización o copia certificada de la Partida o Acta de Nacimiento emitida por RENIEC.
- Copia simple del DNI del tutor.

e. Para solicitar el reembolso por traslado de restos:

- Copia simple del DNI del fallecido, en caso se tuviera.
- Copia simple del DNI del beneficiario.
- Copia certificada de la Partida de Defunción o Acta de Defunción, emitida por RENIEC.
- Copia certificada del Atestado Policial emitida por la Policía Nacional, Protocolo de Necropsia y resultado del examen toxicológico del médico legal, en caso de muerte por accidente, que deberán ser gestionadas en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, solo en caso estos hayan sido emitidos.
- Copia simple de un recibo de servicio público (agua o luz) que acredite la dirección de residencia habitual del ASEGURADO Titular y/o Integrantes fallecidos (Del 2º al 5º Integrante).

- **Originales de los comprobantes de pago (boletas de venta y/o facturas) que acrediten el gasto realizado por traslado de restos.**
- **El reembolso de los gastos por traslado de restos se realizará en favor de la persona que hubiese incurrido en los mismos, de acuerdo con el comprobante de pago correspondiente, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

ARTÍCULO 20° SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

El Contratante, ASEGURADO, Integrantes de la Póliza y/o Beneficiarios, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando LA COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación emplean medios o documentos falsos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura fraudulenta o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

ARTÍCULO 21° AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA:

El Contratante y el ASEGURADO Titular autorizan expresamente a LA COMPAÑÍA, en los casos que se produzca un riesgo amparado por esta póliza, a acceder a su Historia Clínica en cualquier Centro de Salud Privado o Público, en el momento que lo requiera.

ARTÍCULO 22° ATENCIÓN DE RECLAMOS Y/O REQUERIMIENTOS:

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 requerimientos formales.

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

Requerimientos:

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo Mapfre indicando: tipo de solicitante (*), nombre completo, número del documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa de la consulta y/o hecho reclamado y documentos que adjunta.
- (*) Tipo de solicitante (CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO, Corredor u otro: especificar)
- A través de la página Web de MAPFRE Perú, enlazándose al link [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 \(en Provincia\).](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.mapre.com.pe

Reclamos:

- 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.
- A través de la página Web de MAPFRE Perú <http://www.mapfreperu.com> enlazándose al link de “Libro de Reclamaciones” (Reclamos)
-

A falta de elección por parte del usuario para la remisión de la respuesta del reclamo y/o requerimiento (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 y/o requerimiento será remitida al usuario en un plazo máximo de quince (15) días 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 y/o requerimiento.

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 Calle de la Prosa 138, San Borja.

Para cualquier consulta respecto a su reclamo, puede comunicarse con nuestra 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.

ARTÍCULO 23° MEDIOS DE COMUNICACION Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

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

Si el CONTRATANTE o EL ASEGURADO cambiaran de dirección de contacto, deberán comunicar tal hecho a LA COMPAÑÍA por escrito a través de los canales de Atención al Cliente y en las oficinas de LA COMPAÑÍA. La relación completa de oficinas de la COMPAÑÍA se encuentra disponible en la Página Web www.mapfre.com.pe o a través de la Central de Atención al Cliente. Todo cambio de dirección de contacto que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

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

ARTÍCULO 24° 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 N° 445-2000.
- 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 personales 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, quién

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 quién el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita.

ARTÍCULO 25° MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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

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

ARTÍCULO 26° CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS:

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

ARTÍCULO 27° PÓLIZA ELECTRÓNICA:

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

En caso el ASEGURADO Titular sea una persona distinta del Contratante, la Póliza será igualmente remitida al ASEGURADO Titular de forma electrónica a la dirección de correo electrónico proporcionada por el Contratante.

ARTÍCULO 28° OFERTA A TRAVÉS DE COMERCIALIZADORES:

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

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

a. LA COMPAÑÍA es responsable frente al Contratante y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.

b. LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de Banca seguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N.º 3274-2017 y sus normas modificatorias.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante, ASEGURADO o Beneficiario al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA.

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

ARTICULO 29° 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 más no de disposición vinculados a sus intereses en la Póliza, teniendo las siguientes funciones, deberes y responsabilidades:

- Intermediar en la contratación de seguro.
- Informar a LA COMPAÑÍA, en representación del ASEGURADO sobre las condiciones del riesgo.
- Informar a EL ASEGURADO o CONTRATANTE del seguro, en forma detallada y exacta, sobre las condiciones del contrato.
- Comprobar que la Póliza contenga las estipulaciones y condiciones según las cuales se cubre el riesgo.
- Comunicar a LA COMPAÑÍA cualquier modificación del riesgo que demande a su vez variar el monto de la cobertura.
- Prohibición a Corredores: Los corredores de seguros están prohibidos de suscribir cobertura de riesgos a nombre propio o cobrar por cuenta o en representación de LA COMPAÑÍA.
- Avisos y Comunicaciones: Los avisos y comunicaciones que intercambien los Corredores con LA COMPAÑÍA deberán ser formulados por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursados.
- 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 30° MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del

contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

La comunicación al CONTRATANTE debe contener aquellos aspectos que serán materia de cambio, señalando en qué consiste la modificación, a fin de que el CONTRATANTE tome conocimiento de ello y pueda adoptar una decisión.

En caso de aceptarse la modificación de los términos del contrato, EL CONTRATANTE deberá comunicar las mismas a los ASEGURADOS.

ARTÍCULO 31° LEY APLICABLE:

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

ARTÍCULO 32° DEFENSORIA DEL ASEGURADO:

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

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

- La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de los derechos de los ASEGURADOS y/o Usuarios de los servicios del seguro, mediante la solución de controversias que los ASEGURADOS sometan para su pronunciamiento.
- El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO y/o Usuario.
- Procede sólo para atender reclamos formulados por ASEGURADOS y/o usuarios, personas naturales y jurídicas, que no excedan de US\$ 50,000 de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de atención de reclamos en la Empresa de Seguros.
- El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de dos (2) años computados a partir del día siguiente de recibida la primera notificación en que es denegada o rechazada la pretensión por la Empresa de Seguros.

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

- Toda resolución emitida por la Defensoría que quede firme, es vinculante para LA COMPAÑÍA, que deberá proceder conforme a lo ordenado en un plazo máximo de quince (15) días hábiles de notificada la resolución final. El cumplimiento de una resolución, no impide que LA COMPAÑÍA exija el

- cumplimiento de las formalidades pactadas y usuales para que el pago correspondiente.

ARTÍCULO 33° OBSERVACIONES A LA PÓLIZA:

Dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la póliza por el CONTRATANTE, se podrán formular observaciones respecto de su contenido, solicitando por escrito su rectificación en forma precisa. Transcurrido ese plazo sin que medie observación, se tendrá por aceptada la póliza emitida.

En caso el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta u oferta, dicha aceptación se presume sólo cuando LA COMPAÑÍA advierte al CONTRATANTE en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas.

Si la referida advertencia es omitida por LA COMPAÑÍA, se tendrán las diferencias como no escritas, salvo que sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

ARTÍCULO 34° INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Departamento de Servicios al Ciudadano

Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro, Lima

Otras oficinas a nivel nacional en la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Teléfonos: 0800-10840 | (511) 200-1930

www.sbs.gob.pe

INDECOPI

Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima

Otras oficinas a nivel nacional en la página web de INDECOPI

Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias)

www.indecopi.gob.pe

Defensoría del ASEGURADO

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

Teléfono: 201 1600 Anexo 425

www.defaseg.com.pe

ARTÍCULO 35° INFORMACIÓN PERIODICA AL CONTRATANTE:

En los casos en que se fraccione la Prima Comercial, LA COMPAÑÍA pondrá a disposición de EL CONTRATANTE, a solicitud de este, la información relacionada a los pagos efectuados y aquellos que se encuentran pendientes, incluyendo las fechas de pago de las cuotas periódicas, de acuerdo al Convenio de Pago; y de ser el caso, el monto por concepto de intereses, detallados de manera desagregada.

El envío o puesta a disposición periódica se realizará por medios electrónicos, salvo que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite su envío por medio físico dentro

de un plazo máximo de quince (15) días posteriores del mes en que la información es requerida.

ARTÍCULO 36° 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.

ARTÍCULO 37° RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

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

Salvo que las partes estipulen por escrito lo contrario, producida la renovación automática de la póliza, la prima correspondiente deberá ser abonada en los mismos términos, condiciones y plazos acordados originalmente.

Cuando LA COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando los cambios en caracteres destacados con una anticipación no menor de 45 días al término de la vigencia. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de 30 días previos al término de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA, en la renovación automática. En caso se entiendan aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA, se deberá emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente. Una vez concluido este periodo, no procederá la renovación de la póliza.

SEPELIO INDEMNIZATORIO MAPFRE

CLAUSULA ADICIONAL DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE ACCIDENTES PERSONALES

Adicionalmente al Seguro Principal, el ASEGURADO Titular y/o los Integrantes podrán solicitar y suscribir la presente Cláusula Adicional, según los términos y condiciones siguientes:

Artículo 1° DEFINICIONES:

A efectos de esta Cláusula Adicional, se entenderá por:

a. Accidentes Médicos: se consideran como tales a las condiciones médicas que se presenten de forma súbita e imprevista y que originen el fallecimiento debido a infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, vértigos, edemas agudos, paro cardiorrespiratorio, trombosis, shock anafiláctico y ataques epilépticos.

b. ASEGURADO: Se entiende por este término, al ASEGURADO Titular y a los Integrantes de una póliza de seguro de sepelio de La Compañía, que suscriben la presente Cláusula Adicional para ser ASEGURADOS de la misma. Para efectos de esta Cláusula Adicional, se les denominará ELASEGURADO.

c. Desamparo Familiar Súbito: Se entiende por este término, al fallecimiento a consecuencia de un mismo accidente, de ambos padres de hijos menores de 18 años de edad que se encuentren cursando estudios (incluso superiores) en un centro educativo reconocido por el Ministerio de Educación o autoridad competente.

El Desamparo Familiar Súbito genera un beneficio siempre y cuando ambos padres hubiesen estado amparados bajo estas Cláusulas Adicionales.

d. Muerte Accidental en Transporte Público: La que sobrevenga al ASEGURADO como pasajero en vehículos de transporte público terrestre motorizado, siempre que hubiese pago de pasaje.

e. Seguro Principal: Contrato de seguro de sepelio que se indica en las Condiciones Particulares y con el cual tienen vigencia la presente Cláusula Adicional. El Seguro Principal se rige por las Condiciones Generales del Producto contratado, por las Condiciones Particulares y por las condiciones especiales y endosos que correspondan.

Artículo 2° OBJETO DEL SEGURO:

Por la presente Cláusula Adicional, LA COMPAÑÍA se obliga a pagar a los BENEFICIARIOS designados las indemnizaciones, al ocurrir la muerte de EL ASEGURADO como consecuencia de un accidente amparado por ésta.

LA COMPAÑÍA pagará las indemnizaciones según el límite estipulado en las Condiciones Particulares del Seguro Principal por las siguientes causas:

- Por Muerte Accidental.
- Por Muerte Accidental en Transporte Público.
- Por Desamparo Familiar Súbito.

En caso de producirse el Desamparo Familiar Súbito, LA COMPAÑÍA pagará la indemnización indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza por cada hijo de EL ASEGURADO que fuese menor de dieciocho (18) años de edad y que se encuentre cursando estudios en una Institución Educativa (incluso superiores) en un centro educativo reconocido por el Ministerio de Educación o autoridad competente. La máxima responsabilidad de LA COMPAÑÍA con respecto a esta cobertura será la que corresponda a cuatro (4) hijos.

Las indemnizaciones derivadas de la presente Cláusula Adicional se otorgan siempre que EL ASEGURADO sea menor de setenta y cinco (75) años de edad a la fecha del fallecimiento por accidente.

Artículo 3° CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

a. Edad: podrá ser ASEGURADO, el ASEGURADO Titular y/o los Integrantes de una póliza de seguro de sepelio de LA COMPAÑÍA, siempre que sean mayores de dieciocho (18) años y menor de sesenta y un (61) años a la fecha de suscripción de la solicitud de seguro

b. Riesgo: No podrá ser incluido en esta Cláusula Adicional, el solicitante que sea miembro de las fuerzas armadas y policiales o aquellas personas que realicen actividades riesgosas en minas, manipulen explosivos y/o realicen trabajos en torres de alta tensión.

En caso EL ASEGURADO sea una persona distinta al CONTRATANTE, deberá aceptar su inclusión en la presente Cláusula Adicional, siendo esto un requisito previo para el pago de cualquier indemnización y/o Beneficio Adicional que se genere por su fallecimiento.

La aceptación se materializa con la firma de EL ASEGURADO en el respectivo Formato de Declaración de BENEFICIARIOS que forma parte de la solicitud de seguro.

Artículo 4° PAGO DE PRIMA:

Las presentes Cláusulas Adicionales permanecen vigentes mediante el pago de primas periódicas exigibles por la anualidad anticipada, con los mismos

vencimientos, periodo de pago de primas y fraccionamiento que el Seguro Principal contratado.

El pago de la prima puede realizarse:

- En el domicilio de cobro registrado en la Póliza. Se deja expresa constancia que la cobranza a domicilio es un servicio prestado por LA COMPAÑÍA, mas no una obligación de ésta, por lo tanto, es obligación de El Contratante cumplir con el pago oportuno de la prima de seguro.
- Afiliándose al cargo en tarjeta de crédito MasterCard, Visa, Diners y American Express.
- En cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias, detalladas en la página web <http://www.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas>

En todo lo no precisado en la presente Cláusula Adicional, rige lo indicado en las Condiciones Generales del producto contratado, en las Condiciones Particulares de la Póliza respecto del pago de la prima, así como de la rehabilitación de la cobertura de la misma.

Artículo 5° BENEFICIARIOS:

Se entenderán como BENEFICIARIOS de esta Cláusula Adicional a los designados conforme las Condiciones Generales del Seguro principal contratado.

En caso de no existir BENEFICIARIOS nombrados a la fecha de fallecimiento de EL ASEGURADO, las indemnizaciones que correspondan a las presentes Cláusulas Adicionales serán pagadas a los Herederos Legales según lo establecido por el Código Civil.

Artículo 6° RIESGOS EXCLUIDOS:

Adicionalmente a las exclusiones señaladas en el Artículo 7° de las Condiciones Generales del Seguro contratado, la cobertura de las presentes Cláusulas Adicionales no será reconocida por LA COMPAÑÍA en caso de fallecimiento del ASEGURADO ocurrido como consecuencia de:

- a. Enfermedades o tratamientos médicos o quirúrgicos que no hubiesen sido motivados por accidentes amparados por la presente Cláusula Adicional.**
- b. Los accidentes sobrevenidos como consecuencia de desvanecimientos o síncope, ataques de apoplejía, de epilepsia y los originados por cualquier clase de pérdida del conocimiento o de facultades mentales.**
- c. Los Accidentes Médicos conforme las definiciones de esta Cláusula Adicional.**
- d. Intoxicación o envenenamiento por ingestión de productos alimenticios.**

e. Las siguientes enfermedades infecciosas: enfermedad del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla, dengue, hepatitis, VIH y SIDA o enfermedades infectocontagiosas con características de plagas o epidemias que sean materia de aislamiento o cuarentena.

f. El suicidio en los dos primeros años de vigencia de la póliza.

g. Práctica de los siguientes deportes peligrosos: carreras de automóviles o embarcaciones a motor incluyendo motos acuáticas; participación activa en corridas de toros, novilladas, o carrera de toros; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo' o esgrima; rugby, fútbol americano o hockey; caminata en alta montaña, escalamiento o descensos, alpinismo, andinismo o montañismo, cánopy y rápel; canotaje, piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería, pesca o caza submarina, 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; trapezio o equilibrismo; salto desde puentes 'puenting' o saltos desde cualquier punto elevado; esquí acuático o sobre nieve.

h. Accidentes que ocurran o se produzcan por o durante el uso, sea como conductor o pasajero, de motocicletas, motonetas, 'moto taxis' o cuatrimotos.

i. Actividades de alto riesgo relativas a trabajos en minas, manipulación de explosivos y/o torres de alta tensión.

j. Como consecuencia de la participación en competencias o torneos deportivos organizados por federaciones o asociaciones deportivas.

Artículo 7° PLAZO DEL SEGURO:

La presente Cláusula Adicional iniciará vigencia desde las 12 m (mediodía) del día siguiente a la fecha de emisión del Seguro Principal o del endoso correspondiente. Asimismo, esta Cláusula Adicional quedará sin valor alguno por suspensión o extinción de la cobertura del Seguro Principal o en caso de resolución o nulidad del mismo, conforme el artículo 15° de las Condiciones Generales del Seguro de Sepelio Indemnizatorio.

Artículo 8° PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:

Para solicitar las indemnizaciones derivadas del fallecimiento del ASEGURADO por un accidente amparado por esta Cláusula Adicional, los BENEFICIARIOS deberán presentar en cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA los siguientes documentos en original o en copia certificada de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- Copia certificada de la Partida de defunción emitida por la institución médica correspondiente o del Acta de Defunción emitida por RENIEC, del ASEGURADO fallecido.
- Copia certificada del Atestado Policial emitida por la Policía Nacional, del Protocolo de Necropsia y resultado del examen toxicológico emitidos por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, de ser el caso.
- En aquellos casos que no exista designación de BENEFICIARIOS, se deberá presentar copia literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada, expedida por la Superintendencia Nacional de (los) Registros Públicos.
- Copia simple del DNI de los BENEFICIARIOS de la indemnización o copia certificada de la Partida o Acta de Nacimiento en caso de BENEFICIARIOS menores de edad que no cuenten con DNI.

La relación de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias se encuentra detallada en la página web <http://www.mapfre.eom.pe/nuestras-oficinas> LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación presentada referida a la comprobación del siniestro dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria detallada en la póliza 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. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

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

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

No son aplicables a este seguro, deducibles, franquicias, coaseguros y similares. En esta Cláusula Adicional no se requiere el Aviso de Siniestro establecido en el artículo 68° de la Ley del Contrato de Seguro N° 29946.

Artículo 9° APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES:

En todo lo no precisado en la presente Cláusula Adicional, rige lo indicado en las Condiciones Generales de la póliza de seguro Sepelio Indemnizatorio Mapfre, las Condiciones Particulares y endosos, de ser el caso.



| PERÚ