



FONDO UNIVERSITARIO

CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN COMUNES A LOS SEGUROS DE VIDA INDIVIDUALES

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

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

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

ARTÍCULO 1º DEFINICIONES:

Para efectos de lo dispuesto en la presente póliza deben considerarse las siguientes definiciones y referencias:

- 1. Asegurado:** titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro. Puede ser también el contratante del seguro.
- 2. Beneficiario:** persona designada por el contratante y/o asegurado en la póliza de seguro, como titular de los derechos indemnizatorios especificados.
- 3. Certificado de seguro:** documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivo, vinculado a una póliza de seguro determinada.
- 4. Código:** Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley N° 29571 y sus normas modificatorias.
- 5. Comercializador:** persona natural o jurídica con la que la empresa celebra un contrato de comercialización, con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros. También se consideran comercializadores a las empresas de operaciones múltiples (bancaseguros) y a las empresas

emisoras de dinero electrónico.

6. Cláusulas generales de contratación: conjunto de estipulaciones básicas establecidas por las empresas para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro.

7. Condiciones especiales: estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general, modificar el contenido o efecto de las condiciones generales o particulares.

8. Condiciones generales: conjunto de estipulaciones que recogen aspectos relativos a la extensión de la cobertura del seguro, riesgos excluidos, procedimiento para la solicitud de cobertura y de liquidación del siniestro, entre otros.

9. Condiciones mínimas: conjunto de estipulaciones señaladas en la normativa vigente que requieren aprobación por parte de la Superintendencia.

10. Condiciones particulares: estipulaciones relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el convenio de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros.

11. Contratante: persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de asegurado.

12. Convenio de Pago: documento en el que consta la forma y plazos del pago de la prima convenidos con la empresa de seguros, en caso se pacte el pago fraccionado de la prima. La formalidad de su emisión corresponde a las empresas.

13. Días: días calendario.

14. Endoso: documento adicional a la póliza de seguro, en el que se establecen modificaciones a la póliza o certificado de seguros o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido aprobados por el contratante y la empresa, según corresponda.

15. Fraccionamiento: facilidad de pago que otorga la empresa para efectuar el pago de la prima en cuotas periódicas, según los términos acordados en el convenio de pago.

16. Gerencia: gerente general y aquellos funcionarios, cualquiera sea su denominación, que colaboren directamente con el gerente general en la ejecución de las políticas y decisiones relacionadas con la gestión de la conducta de mercado en el sistema de seguros.

17. Ley de Seguro: Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946.

18. Ley General: Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley N° 26702 y sus normas modificatorias.

19. Póliza de seguro: documento que refleja las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la empresa y el contratante. Incluye los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y endosos.

20. Póliza de seguro electrónica: es la versión digital de la póliza de seguro, regulada por la Ley de Seguro y las normas emitidas por la Superintendencia, y que es remitida y/o puesta a disposición por medios electrónicos. Se entiende que toda referencia a la póliza de seguro electrónica en el presente Reglamento comprende al certificado de seguro electrónico en el caso de seguros de grupo o colectivos.

21. Prima pura de riesgo: costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro.

22. Prima comercial: incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores, y el beneficio comercial de la empresa.

23. Promoción de seguros: mecanismo por el cual se hace de conocimiento público, los productos de seguros, mostrando los beneficios y ventajas de su contratación de manera directa, a través de folletos informativos, anuncios publicados en medios de comunicación o a través del uso de sistemas a distancia.

24. Promotor de seguros: persona natural que mantiene un contrato con la empresa que lo faculta a promover, ofrecer y comercializar productos de seguros en nombre de la empresa de manera exclusiva dentro o fuera de las oficinas de la empresa.

25. Reglamento: Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros.

26. Reglamento de Comercialización: Reglamento de Comercialización de Productos de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 1121-2017 y sus normas modificatorias.

27. Seguros de grupo o colectivo: modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir, mediante un solo contrato, a múltiples asegurados que integran una colectividad homogénea.

28. Seguro individual: modalidad de seguro mediante la cual se asegura a un solo asegurado principal.

29. Seguros masivos: seguros estandarizados que no requieren de requisitos especiales de aseguramiento, es decir, no requieren verificaciones previas en relación con las personas y/o bienes asegurables, siendo suficiente la simple aceptación del contratante o del asegurado para el consentimiento del seguro individual o seguro de grupo o colectivo, según corresponda.

30. Seguros obligatorios: seguros cuya contratación y condiciones de cobertura son exigidas por norma legal expresa.

31. Seguros personales: seguros que dan cobertura a la vida, la integridad psicofísica o la salud del asegurado. Incluye los seguros de vida (muerte y sobrevivencia), seguros de accidentes personales y seguros de salud.

32. Solicitud-certificado: documento que recoge la información de la solicitud de seguro y certificado de seguro, y que es utilizado en los seguros de grupo o colectivos siempre que sean masivos.

ARTÍCULO 2º 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 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.

Antes de la emisión de la póliza, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO están obligados a responder verazmente todas las preguntas realizadas por LA COMPAÑÍA en la solicitud del seguro, a fin de determinar la voluntad de LA COMPAÑÍA de aceptar o rechazar el riesgo a ser asegurado y determinar el monto de la prima

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 Cláusulas Generales de Contratación y las Condiciones Generales del Producto, prevalecerán éstas últimas. Las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Generales del Producto 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 3° RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

Se considerará que existió dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO cuando efectúe declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por éstos, que fueron materia de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios, a sabiendas que son falsas y con la intención de ocultar información que de haber sido conocida por LA COMPAÑÍA la hubiera llevado a no celebrar el Contrato de Seguro o lo hubiera hecho en circunstancias diferentes. En este supuesto se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente, en lo relativo a Nulidad. No procede la nulidad, revisión o resolución del contrato cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario, y LA COMPAÑÍA igualmente celebró el contrato.

El contrato será nulo y no generará efecto alguno de manera inmediata si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En este caso, será de aplicación lo dispuesto en el Artículo 8° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

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

i. Si la reticencia 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 del CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE informando respecto a dicha decisión. Para tal efecto LA COMPAÑÍA procederá a enviar la referida comunicación y realizará el reembolso de primas en caso corresponda, en el plazo de treinta (30) días siguientes desde la recepción de la comunicación de EL CONTRATANTE en la cual manifieste su rechazo al ajuste ofrecido por LA COMPAÑÍA o al vencimiento del plazo de diez (10) días para que EL CONTRATANTE se pronuncie por la aceptación o el rechazo del referido ajuste. Corresponden a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata por el periodo efectivamente cubierto, hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato de seguro.

ii. 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.

ARTÍCULO 4° CONSENTIMIENTO DEL TERCERO:

En caso el CONTRATANTE sea una persona distinta del ASEGURADO, se requiere el consentimiento escrito de este último, manifestado en la respectiva 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 8° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

ARTÍCULO 5° INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

El inicio de vigencia de la Póliza y el plazo de duración de la misma se establecen en las Condiciones Particulares.

Si al momento del inicio de vigencia del seguro hubiese ocurrido el fallecimiento del ASEGURADO, se procederá conforme el numeral 8.2 del artículo 8° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

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 al Convenio de Pago suscrito, la misma que será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

ARTÍCULO 6° PRIMA:

En los casos de prima periódica del seguro, esta es exigible por la anualidad anticipada, debiendo ser pagada, más los recargos por fraccionamiento y los impuestos de Ley que correspondan, de acuerdo a la periodicidad, lugar y medios de pago convenidos en la Póliza y se sujeta a los plazos acordados en el Convenio de Pago que forma parte de la misma.

En los casos de prima única del seguro, esta es exigible de forma anticipada, debiendo ser pagada, más los impuestos de Ley que correspondan, de acuerdo al lugar y medios de pago convenidos en la Póliza.

La tasa de costo efectiva anual (TCEA) del recargo 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 del último recibo pagado por EL CONTRATANTE, previo aviso por parte de LA COMPAÑÍA

enviado al CONTRATANTE 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 y la consecuencia de no pagarla.

Sin perjuicio de ello, en caso la Póliza tuviese Valores Garantizados y hubiere ganado derecho a los mismos, la falta de pago de primas originará la reducción del seguro ajustándose la suma asegurada a lo establecido en el cuadro de Valores Garantizados de la Póliza.

En caso se haya otorgado un Préstamo, se mantiene vigente la Póliza en la medida en que se mantenga al día el pago de las primas, salvo que ésta mantenga prima pendiente de pago por ciento ochenta (180) días, contados desde el vencimiento del último recibo pagado por EL CONTRATANTE, en cuyo caso se producirá la extinción del contrato de seguro. Seguidamente, LA COMPAÑÍA procederá al Rescate del valor que corresponda a las anualidades transcurridas y con prima de seguro pagadas, según el cuadro de Valores Garantizados incluido en las Condiciones Particulares de la Póliza. LA COMPAÑÍA descontará del valor de Rescate a pagar, el monto del Préstamo pendiente de pago más los intereses correspondientes devengados hasta el vencimiento del plazo de ciento ochenta (180) días. LA COMPAÑÍA pagará al CONTRATANTE el saldo a favor, mediante la emisión de un cheque en el plazo de treinta (30) días posteriores.

Si ocurriese un siniestro antes de la suspensión de cobertura antes indicada, estando la prima impaga, la prima adeudada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO será deducida del beneficio correspondiente.

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

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

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 9° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

ARTÍCULO 7° 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.

La póliza podrá ser rehabilitada a opción del CONTRATANTE Titular, mientras que

LA COMPAÑÍA no hubiera expresado por escrito su decisión de resolver el contrato.

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

ARTÍCULO 8° CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA: LA RESOLUCION Y LA NULIDAD:

8.1 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:

i. Por decisión unilateral y sin expresión de causa, el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO** 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 devengados, 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.

ii. 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 4° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

La resolución del contrato por esta causa libera a **LA COMPAÑÍA** de cualquier obligación con respecto a la Póliza. En caso se produzca la resolución contractual, **EL CONTRATANTE** tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

iii. Por falta de pago de la prima: En caso **LA COMPAÑÍA** opte por resolver la Póliza, durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que **EL CONTRATANTE** recibe una comunicación escrita de **LA COMPAÑÍA** informándole sobre esta decisión. **LA COMPAÑÍA** tendrá derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

iv. Por reticencia y/o declaración inexacta no dolosa: Cuando la COMPAÑÍA haya hecho un ofrecimiento de revisión del contrato al CONTRATANTE y éste no haya aceptado el ajuste o no se haya pronunciado dentro del plazo establecido para ello, la COMPAÑÍA procederá conforme a lo establecido en el artículo 3° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación. Se entenderá resuelto el contrato a partir de la fecha de envío de la comunicación por parte de LA COMPAÑÍA al CONTRATANTE.

v. 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. Sin perjuicio de ello LA COMPAÑÍA se pronunciará sobre la cobertura o no del siniestro en el plazo de treinta (30) días. Se entenderá resuelto el contrato a partir de la fecha de recepción de la comunicación enviada por parte de LA COMPAÑÍA al CONTRATANTE.

vi. Por agravación del riesgo, en caso la COMPAÑÍA decida resolver el contrato y/o certificado de seguro 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 que toma conocimiento de dicha circunstancia, para manifestar su voluntad de resolver el contrato y/o certificado.

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 y/o Certificado de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- 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, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

En caso la resolución se origine por las causales indicadas en los acápite

(i), (ii) y (iv) y siempre que la Póliza se encuentre endosada a favor de una Entidad Financiera, LA COMPAÑÍA comunicará la decisión de resolución de póliza a dicha entidad con una anterioridad de veinte (20) días.

En caso la resolución corresponda a la causal detallada en el acápite (iii), LA COMPAÑÍA remitirá las comunicaciones al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, conforme a lo indicado en el artículo 6° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación, sin perjuicio de la comunicación que enviará a la entidad financiera.

En el supuesto de los acapites (v) y (vi) la póliza se considerará resuelta en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión.

LA COMPAÑÍA entregará el valor de Rescate que correspondiera según el cuadro de Valores Garantizados de la Póliza, en caso ésta tenga derecho a los mismos. El procedimiento para el pago del valor de rescate que corresponda se precisa en las Condiciones Generales del Producto.

Para los supuestos de resolución indicados en los numerales (i), (ii), (iv), (v) y (vi) 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 treinta (30) días. Para el caso de los numerales (i) y (ii) dicho plazo será contado desde la recepción por parte de LA COMPAÑÍA de la comunicación enviada por el CONTRATANTE en la cual exprese su deseo de resolver el contrato, y para el caso de los numerales (iv), (v) y (vi) el mismo plazo será contado a partir de la fecha de recepción de la comunicación enviada por LA COMPAÑÍA al CONTRATANTE informando su decisión de resolución de la póliza de seguro.

8.2 La Nulidad; deja sin efecto el contrato de seguro por causal existente al momento de celebrarlo. El contrato de seguro es nulo en cualquiera de las siguientes situaciones:

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

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

iii. **La reticencia y/o declaración inexacta si media dolo o culpa inexcusable; se entiende por reticencia o declaración inexacta a la omisión, simulación 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 inexacta o reticente sobre aquellas circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO que

fueron materia de una pregunta expresa respondida en el cuestionario de 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.

En caso la nulidad se deba a la reticencia o declaración inexacta indicada en el acápite (iii), 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. Las primas pagadas posteriores al primer año de vigencia de la póliza serán devueltas en el plazo de treinta (30) días, contados desde la fecha en que el pronunciamiento de nulidad de LA COMPAÑÍA es notificado al CONTRATANTE.

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

En el caso indicado en el acápite (iii) si transcurren dos (2) años desde la celebración del contrato, LA COMPAÑÍA no podrá invocar la reticencia o declaración inexacta, a excepción que esta haya sido dolosa.

En los casos indicados en los acápites (i), (ii) y (iv) LA COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses, en el plazo de treinta (30) días contados desde que LA COMPAÑÍA notifica la nulidad al CONTRATANTE.

ARTÍCULO 9° EXTINCIÓN DE LA POLIZA DE SEGURO:

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

- a. Al fallecimiento del ASEGURADO y/o CONTRATANTE respectivamente.
- b. Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- c. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro
- d. 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 respecto a la Póliza. En caso se produzca la extinción, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto

En caso la Póliza tuviese Valores Garantizados, la falta de pago de primas pasado el plazo establecido de ciento ochenta (180) días sin pago de primas, contados desde el vencimiento del último recibo pagado por EL CONTRATANTE, originará la reducción del seguro ajustándose la suma asegurada a lo establecido en el cuadro de Valores Garantizados de la Póliza, la nueva suma asegurada será la correspondiente a las anualidades de primas efectivamente transcurridas y pagadas.

ARTÍCULO 10° COMPROBACIÓN DE LA EDAD:

La comprobación y/o acreditación de la edad del ASEGURADO podrá efectuarse en cualquier momento, mediante documento oficial remitido a LA COMPAÑÍA a solicitud de ésta.

En caso de comprobarse que la edad declarada por el ASEGURADO es inexacta respecto de la edad real, y esta exceda los límites establecidos en la póliza, al momento de la entrada en vigencia de ésta, el contrato de seguro será nulo y se procederá a la devolución de las primas pagadas, en el plazo establecido en el artículo 8.2.

Sin embargo, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de LA COMPAÑÍA se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, LA COMPAÑÍA restituirá el exceso de la prima percibida, sin intereses. En caso de comprobarse que la edad real del ASEGURADO es inexacta respecto de la edad declarada, se estará a lo dispuesto en los artículos 3° y 8° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación, según corresponda.

ARTÍCULO 11° SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

EL CONTRATANTE, ASEGURADO, 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 o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza. Sin perjuicio de ello LA COMPAÑÍA se pronunciará sobre la cobertura o no del siniestro en el plazo de treinta (30) días.

ARTÍCULO 12° 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. Armendáriz 345, Miraflores, Lima, Perú, teléfono 213-3333 (En Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia).
- Página Web: www.mapfre.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 13° MEDIOS DE COMUNICACION Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

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

Si el CONTRATANTE cambiara de dirección de contacto, deberá comunicar tal hecho a LA COMPAÑÍA por escrito 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 14° DATOS PERSONALES:

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, el CONTRATANTE y el ASEGURADO autorizan de forma expresa

a LA COMPAÑÍA, el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales y datos sensibles para los efectos de lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros, ejecución de los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar LA COMPAÑÍA, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de LA COMPAÑÍA.

Asimismo, autorizan en forma expresa a que LA COMPAÑÍA encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado o no con dichos terceros. Los datos proporcionados podrán ser incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece LA COMPAÑÍA.

El Archivo de la información 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 misma, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento 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.

ARTÍCULO 15° MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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

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

ARTÍCULO 16° CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS:

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

ARTÍCULO 17° PÓLIZA ELECTRONICA:

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

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

ARTÍCULO 18° OBSERVACIONES A LA PÓLIZA:

Dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la Póliza, el CONTRATANTE podrá formular observaciones respecto del contenido del contrato, solicitando por escrito a la COMPAÑÍA la modificación en forma precisa. Transcurrido ese plazo sin que medie observación, se tendrá por aceptada la Póliza emitida.

En caso la Póliza se origine como consecuencia de una propuesta u oferta realizada por LA COMPAÑÍA, y el contenido de esta Póliza difiera de dicha propuesta u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando LA COMPAÑÍA advierte al CONTRATANTE, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen estas 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.

La solicitud de modificación se entiende como una propuesta de celebración de un nuevo contrato y no obliga a la COMPAÑÍA, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas.

Si la COMPAÑÍA no respondiera la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderán por rechazadas dichas modificaciones y por lo tanto no modificada la Póliza emitida. La COMPAÑÍA procederá a resolver el contrato y restituir el íntegro de la Prima que hubiere recibido dentro de los quince (15) días de producida dicha resolución.

Mientras se encuentre pendiente el procedimiento descrito en los puntos precedentes, se mantienen los términos y condiciones en las que fue emitida la Póliza.

ARTÍCULO 19° RENOVACIÓN Y MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

La 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 renovarla, con al menos treinta (30) días antes al vencimiento, en cuyo caso termina a las doce (12) horas del último día de su vigencia. La presente disposición puede ser pactada en contrario en las Condiciones Particulares, en los productos que así correspondan.

Asimismo, 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.

En los casos de renovación facultativa cualquiera de las partes deberá manifestar su decisión por escrito, con una anticipación no menor a treinta (30) días antes del vencimiento de la póliza. Las partes cuentan con un plazo de treinta (30) días después de haber tomado conocimiento de dicha decisión para aceptar o no.

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 cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (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 de renovación facultativa, el CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días para aceptar o rechazar la propuesta, caso contrario a falta de su pronunciamiento no se procederá con la renovación de la póliza.

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.

Por otro lado, 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.

En caso de aceptarse la modificación de los términos del contrato EL CONTRATANTE deberá comunicar las mismas al ASEGURADO. LA COMPAÑÍA solamente está obligada a comunicar sobre los nuevos términos

al **CONTRATANTE** de la póliza.

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.

ARTÍCULO 20° LEY APLICABLE:

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

ARTÍCULO 21° 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 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 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 o Usuarios de los servicios del seguro, mediante la solución de controversias que los ASEGURADOS sometan para su pronunciamiento.**
- **El procedimiento es voluntario y gratuito para ASEGURADO y/o Usuario.**
- **Procede sólo para atender reclamos formulados por ASEGURADOS o usuarios, personas naturales y jurídicas, que no excedan de US\$ 50,000 de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de atención de reclamos en la Empresa de Seguros.**
- **El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del ASEGURADO dentro de los dos (2) años computados a partir del día siguiente de la notificación en que es denegada la pretensión por LA COMPAÑÍA.**
- **La Defensoría del ASEGURADO resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de haber dado a ambas partes la posibilidad de ser escuchadas. La resolución no obliga al ASEGURADO ni limita su derecho a recurrir posteriormente ante el órgano jurisdiccional.**

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 22° INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Departamento de Atención 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 23° 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 cláusulas 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.

Las obligaciones y responsabilidades antes mencionados son enunciativas más limitativas a las dispuestas por el ordenamiento legal vigente.

ARTÍCULO 24° OFERTA A TRAVÉS DE COMERCIALIZADORES:

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

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

- a. LA COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.
- b. LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de BANCASEGUROS se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- c. 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.
- d. Los pagos efectuados por EL CONTRATANTE del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 25° 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 o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros, 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 26° 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 27° 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.

CONTENIDO - CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN COMUNES A LOS SEGUROS DE VIDA INDIVIDUALES

ARTÍCULO 1° DEFINICIONES

ARTÍCULO 2° BASES DEL CONTRATO

ARTÍCULO 3° RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

ARTÍCULO 4° CONSENTIMIENTO DEL TERCERO

ARTÍCULO 5° INICIO Y DURACION DEL SEGURO

ARTÍCULO 6° PRIMA

ARTÍCULO 7° REHABILITACION DE LA COBERTURA DEL SEGURO

ARTÍCULO 8° CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA:LA RESOLUCION Y LA NULIDAD

ARTÍCULO 9° EXTINCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

ARTÍCULO 10° COMPROBACIÓN DE LA EDAD

ARTÍCULO 11° SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

ARTÍCULO 12° ATENCIÓN DE RECLAMOS Y/O REQUERIMIENTOS

ARTÍCULO 13° MEDIOS DE COMUNICACION Y DOMICILIO DE LAS PARTES

ARTÍCULO 14° DATOS PERSONALES

ARTÍCULO 15° MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

ARTÍCULO 16° CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

ARTÍCULO 17° PÓLIZA ELECTRÓNICA

ARTÍCULO 18° OBSERVACIONES A LA PÓLIZA

ARTÍCULO 19° RENOVACIÓN Y MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES

ARTÍCULO 20° LEY APLICABLE

ARTÍCULO 21° DEFENSORIA DELASEGURADO

ARTÍCULO 22° INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

ARTÍCULO 23° CORREDORES DE SEGUROS

ARTICULO 24° OFERTA A TRAVÉS DE COMERCIALIZADORES:

ARTICULO 25° DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

ARTICULO 26° INFORMACIÓN PERIODICA AL CONTRATANTE

ARTICULO 27° PRESCRIPCIÓN

