

**MAPFRE PERU VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS**



**PERÚ  
VIDA**

RUC: 20418896915

DIRECCIÓN: AV. 28 DE JULIO 873 MIRAFLORES

TELEFONO 213-7373

Página Web: <http://www.mapfreperu.com>

## SEGURO DE VIDA PARA ENTIDADES FINANCIERAS O DE SERVICIOS RESUMEN

El siguiente texto es un resumen informativo de las Condiciones Generales del producto contratado. Las condiciones aplicables a cada Póliza se detallan en las Condiciones Particulares, Especiales y Endosos correspondientes.

### 1- LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 12° de las presentes Condiciones Generales.

### 2- PROCEDIMIENTO Y LUGARES AUTORIZADOS POR LA EMPRESA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO:

El CONTRATANTE del seguro, los ASEGURADOS o los BENEFICIARIOS deberán presentar ante cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA los siguientes documentos, además de indicar nombres completos, dirección y números de teléfono de la persona que está realizando el trámite:

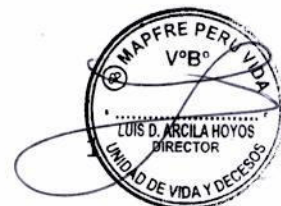
#### PARA SOLICITAR LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE NATURAL:

- Original del Certificado Médico de Defunción que indique causa de fallecimiento.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida o Acta de Defunción del ASEGURADO, en caso corresponda.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del documento de identidad de los BENEFICIARIOS designados por el ASEGURADO en su póliza.

En caso de que los beneficiarios sean menores de edad: Original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de su documento de identidad y copia simple del documento de identidad del padre/madre o tutor legal.

#### PARA SOLICITAR EL BENEFICIO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN DE CRÉDITO:

- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida de Defunción del ASEGURADO.
- Original del Protocolo de Necropsia o del resultado del examen toxicológico, en caso de muerte por accidente, en caso corresponda.
- Copia simple del documento de identidad del solicitante.
- Copia simple del último estado de cuenta bancario, en donde se indique el saldo insoluto.



**PARA SOLICITAR EL BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR HIJO PÓSTUMO:**

- **Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida de Defunción del ASEGURADO.**
- **Original de examen médico que acredite el estado de gestación del cónyuge o conviviente del ASEGURADO, debidamente autorizado por médico ginecólogo.**
- **Copia certificada de la Partida de matrimonio o escritura pública con la declaración del reconocimiento de la unión de hecho entre los convivientes.**
- **Copia certificada de la Partida de nacimiento del hijo póstumo.**

En caso de haber presentado algún documento para la cobertura del seguro principal, el cual sea requerido para la cobertura de los beneficios, ya no será necesaria nuevamente su presentación.

La relación de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias se encuentra detallada en la página web: [www.mapfreperu.com/contactanos](http://www.mapfreperu.com/contactanos)

LA COMPAÑÍA podrá exigir que los certificados se extiendan notarialmente legalizados y en caso necesario, podrá reclamar más información o documentos o gestionarlo por cuenta propia, de acuerdo a lo establecido al Artículo 14° de las presentes Condiciones Generales.

**3- MEDIOS HABILITADOS POR LA EMPRESA PARA PRESENTAR RECLAMOS:**

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 18°, Procedimiento para la Atención de Consultas y Reclamos, de las presentes Condiciones Generales.

**4- INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS, CONSULTAS Y/O DENUNCIAS:**

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP  
Plataforma de Atención al Usuario (PAU)  
Lima: Av. Dos de Mayo N° 1475 - San Isidro  
y otras PAU ubicadas en provincias, o a los  
Teléfonos: 0800-10840 | (511) 200-1930  
[www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)

INDECOPÍ

Calle de la Prosa 104, San Borja  
Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias) / [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)

Defensoría del ASEGURADO

Calle Amador Merino Reyna, Piso 9  
San Isidro, Lima Perú  
Telefax: 421 06 14 / [www.defaseq.com.pe](http://www.defaseq.com.pe)

**5- EL PRESENTE PRODUCTO PRESENTA OBLIGACIONES A CARGO DEL USUARIO CUYO INCUMPLIMIENTO PODRÍA AFECTAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O PRESTACIONES A LAS QUE SE TENDRÍA DERECHO.**



**6- DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO EL ASEGURADO O EL CONTRATANTE SE ENCUENTRAN OBLIGADOS A INFORMAR A LA EMPRESA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE AGRAVEN EL RIESGO ASEGURADO**

**7- PRINCIPALES RIESGOS CUBIERTOS**

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 4° de las presentes Condiciones Generales.

**8- PRINCIPALES EXCLUSIONES**

- a) Enfermedades pre existentes diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inclusión en este seguro.
- b) Suicidio, salvo que el contrato de seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (02) años.
- c) Participación del asegurado como conductor o acompañante, en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, así como en la práctica de deportes notoriamente peligrosos, equitación, corridas de toros y similares, alpinismo, andinismo y caminatas en alta montaña, cacería de fieras, pesca submarina, vuelo sin motor y similares, tabla hawaiana y similares, boxeo y deportes de contacto; o actividades de alto riesgo, trabajos en minas, manipulación de explosivos, torres de alta tensión, comunicaciones o similares, pilotos o asistentes de vuelo, miembros de las fuerzas armadas o policía (Incluyendo la particular), conductor o acompañante de motocicletas de cilindrada mayor a 120 cc.

Además de las indicadas en el Artículo 8° de las presentes Condiciones Generales.

**9- CONDICIONES DE ACCESO Y LIMITES DE PERMANENCIA EN LOS SEGUROS PERSONALES.**

Las indicadas en el Artículo 1° de las presentes Condiciones Generales.

**10- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

En la oferta de seguros efectuada fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguro o de un promotor de seguro, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, el ASEGURADO Titular 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, en cuyo caso podrá resolver la presente Solicitud Certificado sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud Certificado o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido en caso el seguro constituya una condición para contratar una operación crediticia.

**11- DERECHO DE RESOLUCION DEL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA**

El Contratante deberá presentar una comunicación ante LA COMPAÑÍA, con una anticipación no menor a treinta (30) días. En este caso la resolución procederá a partir de las 00:00 horas del día útil siguiente al vencimiento del plazo de treinta (30) días de preaviso. La comunicación del Contratante puede ser realizada utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del



seguro. Además de lo indicado en el Artículo 16° de las presentes Condiciones Generales.

**12- DERECHO DE ACEPTAR O NO LAS MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES PROPUESTAS POR LAS EMPRESAS, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.**

Contemplado en el Artículo 26° de las presentes Condiciones Generales.

**13- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO.**

El indicado en el Artículo 14° de las presentes Condiciones Generales.

**NOTA IMPORTANTE: Las Condiciones Especiales del contrato prevalecen sobre las Condiciones Generales y Particulares.**



MAPFRE PERU VIDA, Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC: 20418896915

Oficina Principal: Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, Perú

t (511)213 3333

www.mapfreperu.com.pe / si24@mapfre.com.pe

SOLICITUD/CERTIFICADO N°: XXX

PÓLIZA DE SEGURO N°: XXX

SEGURO DE VIDA PARA ENTIDADES FINANCIERAS O DE SERVICIO

Código SBS: VI2046100091

Adecuado a la ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

NOMBRE DEL PRODUCTO: XXX



DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres	
Tipo de Doc.		N° DOC		Fecha de Nac.	Sexo
País de residencia		Nacionalidad	Profesión, Ocupación o Act. Económica	Centro de trabajo	Cargo que ocupa
Dirección			Distrito	Provincia	Departamento
Teléfono fijo		Teléfono móvil		Correo electrónico	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASEGURADO		FECHA NAC.	VINCULO
ASEGURADO TITULAR			
ASEGURADOS DEPENDIENTES			

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR				
Nombres	Apellido Paterno	Apellidos Materno	% de participación	Parentesco

A la falta de beneficiarios, se considera a los herederos legales del titular de la póliza.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LIMITES ASEGURADOS**

Mapfre Perú Vida, Cia de Seguros y Reaseguros, en adelante La Compañía, se compromete a cubrir las indemnizaciones que se indican a continuación, conforme a lo indicado en las Condiciones Generales de la póliza.

COBERTURA PRINCIPAL	SUMA ASEGURADA HASTA	
	ASEGURADO	ASEGURADO DEPENDIENTE
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE NATURAL	XXX	XXX
<b>BENEFICIOS DE LA COBERTURA PRINCIPAL</b>	<b>SUMA ASEGURADA HASTA</b>	
DESGRAVAMEN DE CRÉDITO	XXX	XXX
HIJO PÓSTUMO	XXX	XXX
CLAUSULAS ADICIONALES	SUMA ASEGURADA HASTA	
	ASEGURADO	ASEGURADO DEPENDIENTE
DESAMPARO FAMILIAR SUBITO		
INTERNAMIENTO POR QUEMADURAS		
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y DEFINITIVA		
MUERTE POR ACCIDENTE		
SORDERA POR ACCIDENTE		
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR		
CÁNCER		
CIRUGÍA PUENTE AORTO CORONARIO		
INFARTO AL MIOCARDIO		
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA		
TRANSPLANTE DE ORGANOS		
SERVICIO DE SEPELIO		
<b>BENEFICIOS DE LA COBERTURA DE SEPELIO</b>	<b>SUMA ASEGURADA HASTA</b>	
Salón Velatorio		
Gasto de Traslado de Restos		

**PRIMAS**

PRIMA COMERCIAL PLAN ELEGIDO

VIGENCIAS Y FORMA DE PAGO			
Moneda	Soles	Renovación:	
Inicio de Vigencia:		Fin de Vigencia:	
Forma de pago:		Fecha de pago:	

(\*\*) Queda expresamente convenido que la responsabilidad de La Compañía tiene efecto sólo después de la aceptación expresa del mismo y el primer descuento efectuado. Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un siniestro entre el el periodo de aceptación de la Solicitud-Certificado y el pago de la primera prima, la Compañía cubrirá el pago del siniestro en caso de muerte accidental, devengandose la prima debida.

Deducibles, franquicias o similares no aplica.



Mapfre Perú Vida Compañía de Seguros y Reaseguros R.U.C. 20418896915

EIDADES	CONDICIONES DE AFILIACIÓN	
	ASEGURADO TITULAR	ASEGURADO DEPENDIENTE
Edad Mínima de Ingreso	XXX	XXX
Edad Máxima de Ingreso	XXX	XXX
Edad máxima de Permanencia de las Coberturas Adicionales	XXX	XXX
Edad máxima de Permanencia de la Cobertura Principal	XXX	XXX

**DECLARACION JURADA DEL ASEGURADO TITULAR Y DE LOS ASEGURADOS**

	SI	NO
1. ¿Se encuentran actualmente en buen estado de salud todas las personas por asegurar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Han sido diagnosticados y/o han requerido atención médica por: tumores, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, parálisis, enfermedades cardíacas, insuficiencia renal, enfermedades psiquiátricas, enfisema pulmonar, asma, SIDA o En caso afirmativo, proporcionar detalles, que a continuación se indica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Asegurado	Enfermedad Padecida	Clinica/Hospital	Médico Tratante	Fecha	Estado Actual

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- El Asegurado Titular manifiesta que la información suministrada y contenida en la solicitud de seguro es verídica reconociendo que la misma constituye la base del contrato de seguro y que una declaración inexacta implica la nulidad de la póliza cuando es hecha con dolo o culpa inexcusable, de acuerdo a la nueva Ley del Contrato de Seguro N° 29946, en fe de lo cual autorizamos expresamente a cualquier médico tratante, procurador o perito a proporcionar a La Compañía toda información, debidamente documentada, del tratamiento al que haya sido sometido, sin limitación alguna.
- El Asegurado Titular declara que de manera previa a la contratación del seguro, ha sido debidamente informado de todas las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro, encontrándose en la página web de la Compañía las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales aplicables al presente Contrato de Seguro.
- El Asegurado Titular declara conocer que la póliza emitida por La Compañía, está disponible en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el cual es de acceso público a través del "Portal del Usuario" de la página web de dicha institución: (www.sbs.gob.pe).
- El Asegurado declara conocer que el presente producto presenta obligaciones a su cargo, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- LA COMPAÑÍA entregará la Póliza o Certificado de Seguro al ASEGURADO Titular dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el seguro. LA COMPAÑÍA comunicará al ASEGURADO Titular, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo. La póliza puede ser solicitada por el contratante y por el asegurado, conforme lo dispone.
- El Asegurado declara conocer que dentro de la vigencia del contrato de seguro, se encuentra obligado a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

Firmado en señal de conformidad y aceptación de las condiciones indicadas en las XXX (XXX) hojas que conforman la presente Solicitud/Certificado, en las cuales se indican las definiciones de las coberturas, los Riesgos Cubiertos, los riesgos Excluidos, la vigencia de la Cobertura, Causales de Resolución del contrato, Procedimiento para la atención de Reclamos, Procedimiento para la solicitud de la cobertura, Protección de Datos Personales e Información a Terceros y Autorización para Recopilación y Tratamiento de Datos, Mecanismo de Solución de Controversias y Derecho de arrepentimiento. Asimismo declaro que he tomado pleno conocimiento de las condiciones del seguro solicitado, que se me ha entregado, y habiéndome informado que éste se encuentra a disposición, para cualquier revisión, en las oficinas de la Institución Financiera.

En caso transcurran noventa (90) días calendario desde el vencimiento para el pago de la prima de seguro, y LA COMPAÑÍA no haya reclamado al CONTRATANTE el pago de la misma se entiende que el contrato de seguro queda extinguido.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO  
TITULAR

\_\_\_\_\_  
MAPFRE PERU VIDA COMPAÑÍA  
DE SEGUROS Y REASEGUROS



**SOLICITUD/CERTIFICADO N°: XXX** **PÓLIZA DE SEGURO N°: XXX**  
**SEGURO DE VIDA PARA ENTIDADES FINANCIERAS O DE SERVICIO**  
**Código SBS: VI2046100091**  
**Adecuado a la ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**  
**NOMBRE DEL PRODUCTO: XXX**

#### DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA PRINCIPAL

**MUERTE NATURAL:** Se entiende por el fallecimiento del ASEGURADO por causas naturales.

#### DESCRIPCIÓN DE LAS CLAUSULAS ADICIONALES

**DESAMPARO FAMILIAR SÚBITO:** Se considera desamparo familiar súbito si a consecuencia de un mismo accidente, amparado por el presente Seguro, fallecieran el ASEGURADO Titular y su Cónyuge, a más tardar dentro de las 72 horas de producido el referido evento.

**INTERNAMIENTO POR QUEMADURAS:** En caso un ASEGURADO sufriera un accidente que diera lugar a su internamiento en un hospital o clínica a consecuencia de quemaduras de tercer grado.

**SORDERA POR ACCIDENTE:** En caso que un ASEGURADO, sufriera un accidente que diera lugar a la sordera total y definitiva de ambos oídos, La Compañía indemnizará al ASEGURADO el monto contratado para esta cobertura.

**INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y DEFINITIVA POR ACCIDENTE:** Se entiende por Invalidez Permanente, Total y Definitiva para todo trabajo a la situación física y/o mental irreversible que inhabilite por completo al ASEGURADO para cualquier actividad laboral o profesional, por el resto de su vida.

La condición de Invalidez Permanente, Total y Definitiva deberá ser acreditada mediante dictamen médico expedido por el Comité Médico de AFP (COMAFP) o Comité Médico de la SBS (COMEC) o mediante Certificado de Invalidez expedido por ESSALUD, Ministerio de Salud o Instituto Nacional de Rehabilitación.

Independientemente de otras causales de Invalidez Permanente, Total y Definitiva, se consideran expresamente las siguientes:

- Parálisis permanente y completa de medio cuerpo.
- Pérdida anatómica o funcional de las extremidades superiores o de las inferiores.
- Pérdida anatómica o funcional de una extremidad superior y otra inferior.
- Pérdida completa de ambas manos o de ambos pies.
- Enajenación mental absoluta e incurable.
- Ceguera completa e incurable.
- Afecciones crónicas que produzcan un estado de caquexia por el cual el enfermo quede definitivamente condenado a la inmovilidad.

**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.

**ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:** Se entiende como tal a un evento cerebro vascular con secuelas neurológicas con una duración de más de 24 horas, que incluyan la muerte de tejido cerebral y/o hemorragia y/o embolia y/o infarto originadas por una fuente extracraneal y con comprobada deficiencia neurológica de una duración de por lo menos 3 meses.

**CÁNCER:** Es la enfermedad provocada por el crecimiento incontrolado de células malignas y con potencial de invadir tejidos u órganos vecinos y diseminarse a lugares distantes. Incluye el diagnóstico de Leucemia y Enfermedades Malignas del sistema linfático tales como los Linfomas de Hodgkin y No Hodgkin. Excluye neoplasias de la piel, con excepción de Melanomas Malignos invasivos, excluye Carcinoma "in situ" (cervix uterino, pólipos de recto, colon y otros) y excluye también cualquier tipo de tumor asociado al SIDA. El diagnóstico se realiza por examen anatomopatológico.

**INFARTO AL MIOCARDIO:** Se entiende como tal a la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico se basa en:

- Un historial de dolor torácico típico.
- Alteraciones recientes de EKG.
- Elevación de las enzimas cardíacas.

**INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** Se entiende como tal al fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia del cual hay que efectuar, al menos una vez por semana, diálisis renal, o un trasplante de riñón.

**PUNTE CORONARIO:** Es la derivación vascular o revascularización en el corazón usada para tratamiento de obstrucciones en su irrigación o arterias coronarias generalmente por ateromas, mediante la cual se toma una parte de otra vena o arteria corporal, un extremo se une a la arteria aorta para conseguir aporte de sangre y el otro al sector coronario que se encuentra más allá de la obstrucción.

**TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** Es el procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo del ASEGURADO, tejido proveniente de la médula ósea, o cualquier órgano, que haya sido recibido por un donante fallecido o vivo.

**SERVICIO INTEGRAL DE SEPELIO:** Se entiende como Servicio Integral de Sepelio a la obligación que asume LA COMPAÑÍA de facilitar los elementos necesarios para otorgar el servicio funerario y/o el servicio de sepultura que corresponda a los Integrantes del seguro, a través de sus proveedores y de acuerdo con las especificaciones y límites que figuran en las Condiciones Particulares y en la Solicitud de seguro de la Póliza.

#### DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros efectuada fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguro o de un promotor de seguro, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, el ASEGURADO Titular 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, en cuyo caso podrá resolver la presente Solicitud Certificado sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud Certificado o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido en caso el seguro constituya una condición para contratar una operación crediticia.



#### EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS

Las indemnizaciones y servicios previstos en este Seguro no se conceden si la muerte del ASEGURADO se debe a:

- Enfermedades pre existentes diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inclusión en este seguro. Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente a cualquier condición de alteración del estado de salud del (de los) ASEGURADO(s) 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.
- Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción nuclear o contaminación radioactiva.
- Los ocasionados como consecuencia de guerra civil o internacional (declarada o no); así como a consecuencia de participación activa en actos de insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular y terrorismo.
- Suicidio, salvo que el contrato de seguro haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (02) años.
- El riesgo de aviación, salvo que el Asegurado esté viajando de manera autorizada y 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.
- Participación del ASEGURADO como conductor o acompañante, en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, así como en la práctica de deportes notoriamente peligrosos, equitación, corridas de toros y similares, alpinismo, andinismo y caminatas en alta montaña, cacería de fieras, pesca submarina, vuelo sin motor y similares, tabla hawaiana y similares, boxeo y deportes de contacto; o actividades de alto riesgo, trabajos en minas, manipulación de explosivos, torres de alta tensión, comunicaciones o similares, pilotos o asistentes de vuelo, miembros de las fuerzas armadas o policía (Incluyendo la particular), conductor o acompañante de motocicletas de cilindrada mayor a 120 cc.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), HIV y enfermedades relacionadas.
- Participación activa en actos delictivos o infractorios de leyes y/o reglamentos o accidentes producidos cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o bajo la influencia de drogas que no correspondan a un tratamiento médico y a consecuencia directa de su estado.

#### PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA PRINCIPAL

##### PARA SOLICITAR LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE NATURAL:

- Original del Certificado Médico de Defunción que indique causa de fallecimiento.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida o Acta de Defunción del ASEGURADO, en caso corresponda.
- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del documento de identidad de los BENEFICIARIOS designados por el ASEGURADO en su póliza.

En caso de que los beneficiarios sean menores de edad: Original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de su documento de identidad y copia simple del documento de identidad del padre/madre o tutor legal.

##### PARA SOLICITAR EL BENEFICIO DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN DE CRÉDITO:

- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida de Defunción del ASEGURADO.
- Original del Protocolo de Necropsia o del resultado del examen toxicológico, en caso de muerte por accidente, en caso corresponda.
- Copia simple del documento de identidad del solicitante.
- Copia simple del último estado de cuenta bancario, en donde se indique el saldo insoluto.

##### PARA SOLICITAR EL BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR HIJO PÓSTUMO:

- Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida de Defunción del ASEGURADO.
- Original de examen médico que acredite el estado de gestación del cónyuge o conviviente del ASEGURADO, debidamente autorizado por médico ginecólogo.
- Copia certificada de la Partida de matrimonio o escritura pública con la declaración del reconocimiento de la unión de hecho entre los convivientes.
- Copia certificada de la Partida de nacimiento del hijo póstumo.

#### PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DE LAS CLAUSULAS ADICIONALES

#### CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA:

**La Resolución:** Deja sin efecto el contrato de seguro por haberse presentado una causal con posterioridad a su celebración. Si la causal de resolución es de responsabilidad del CONTRATANTE se resolverá la presente póliza de seguro y las Solicitudes Certificadas de seguros emitidos con base a ésta, mientras que, si la causal de resolución es de responsabilidad del ASEGURADO solamente se resolverá la respectiva Solicitud Certificado de seguro. La resolución se presenta en cualquiera de los siguientes casos:

(i) Por decisión unilateral y sin expresión de causa: El Contratante o ASEGURADO Titular deberá presentar una comunicación ante LA COMPAÑÍA, con una anticipación no menor a treinta (30) días. En este caso la resolución procederá a partir de las 00:00 horas del día útil siguiente al vencimiento del plazo de treinta (30) días de preaviso. La comunicación del Contratante o ASEGURADO Titular puede ser realizada utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro.

En tal supuesto le corresponde a LA COMPAÑÍA la proporción de la prima por el periodo efectivamente cubierto.

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 en los que la Póliza estuvo vigente.

No resultan 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 Titular: la Solicitud Certificado será resuelta en caso el ASEGURADO Titular fuese distinto al Contratante y decidiera revocar su consentimiento a la Póliza conforme lo estipulado en las presentes Condiciones Generales.

(iii) Por falta de pago de primas; en caso LA COMPAÑÍA opte por resolver la póliza y/o Solicitud certificado, durante la suspensión de la cobertura del seguro. El contrato y/o Solicitud certificado de seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que EL CONTRATANTE y ASEGURADO reciba 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 agravación del riesgo: En caso LA COMPAÑÍA decida resolver la póliza o Solicitud 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 la recepción de la comunicación para manifestar su voluntad de resolver la póliza o la Solicitud Certificado de seguro, según corresponda. Mientras LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones de la póliza o solicitud certificado de seguro. Sin embargo, en caso LA COMPAÑÍA opte por resolver dicha póliza o la solicitud certificado de seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no comunican oportunamente la agravación del riesgo, LA COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE y/o 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:

- CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de LA COMPAÑÍA.
- Si no ejercen el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato de seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- 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.

El contrato de seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del ASEGURADO que éste no conociera al momento de la celebración del contrato.

La culminación de la póliza o de la solicitud certificado por resolución libera a LA COMPAÑÍA de cualquier obligación con respecto a la Póliza y no da lugar a devolución de la prima pagada por períodos en los que la Póliza estuvo vigente.

En los casos indicados en los acápite (iii) y (iv) el Contrato y/o la Solicitud Certificado de Seguro se considerarán resuelto a partir del día en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, reciban la comunicación por parte de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. A excepción del supuesto establecido en los numerales i) y ii) en cuyo caso cesa la cobertura del riesgo desde la recepción del documento de revocación o resolución enviada por el ASEGURADO Titular o CONTRATANTE.

Adicionalmente a lo mencionado, en caso se hubiese pagado la prima por períodos posteriores o adelantados, ésta será devuelta en su totalidad solo a el CONTRATANTE, el cual posteriormente le devolverá, sin intereses, al ASEGURADO Titular, para lo cual, LA COMPAÑÍA procederá a realizar una transferencia bancaria a favor de EL CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación del CONTRATANTE (para los supuestos de los acápite i) y ii) o de LA COMPAÑÍA (para los supuestos de los acápite iii y iv), en la que solicitan la resolución del contrato de seguro.

#### 16.2 La Nulidad:

La nulidad deja sin efecto el contrato y/o Solicitud certificado de seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir, desde el inicio por lo cual se considera que nunca existió dicho contrato y/o Solicitud Certificado y por lo tanto, nunca produjo efectos legales.

El contrato y/o Solicitud Certificado de seguro será nulo en los siguientes supuestos:

(i) La muerte del ASEGURADO Titular o de alguno de los ASEGURADOS Dependientes antes del inicio de vigencia del seguro. En caso de fallecimiento de ASEGURADO Titular o de alguno de los ASEGURADOS Dependientes se anula la solicitud certificado correspondiente, permaneciendo vigente las demás Solicitudes de certificados de seguro que conforman la póliza.

(ii) La reticencia y/o declaración inexacta; se entiende por reticencia o declaración inexacta a la omisión o falsedad en las declaraciones del Contratante y/o ASEGURADO – si media dolo o culpa inexcusable de ellos – 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 TITULAR que fueron materia de una de las preguntas expresas en la Solicitud Certificado de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

No procede nulidad cuando las circunstancias omitidas fueron contenidas de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario, y la COMPAÑÍA igualmente celebros el contrato de seguro.

Para todo efecto, 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.

LA COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar el supuesto ii), desde que es conocido por ésta.

(iii) La declaración inexacta de la edad de algún ASEGURADO de la Póliza, si es que la verdadera edad excedía a la permitida para ingresar a la póliza.

Cualquier pago de la prima correspondiente a este Seguro que se efectuase habiendo el ASEGURADO ingresado al seguro excediendo la edad máxima de ingreso fijada en la Solicitud Certificado, no dará derecho a beneficio alguno y la prima será devuelta sin intereses al CONTRATANTE, al ASEGURADO o a los BENEFICIARIOS asignados.

En caso de nulidad el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Solicitud certificado emitido a su favor. Asimismo, si el BENEFICIARIO hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a LA COMPAÑÍA la suma percibida. LA COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses excepto lo señalado en el supuesto ii) precedente, en cuyo caso LA COMPAÑÍA retendrá el monto de las primas acordadas para el primer año, a título indemnizatorio, perdiendo el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

En cualquiera de las situaciones anteriores, LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según se trate de la nulidad de la póliza o la solicitud certificado por cualquiera de los medios de comunicación pactados. En caso corresponda devolver al ASEGURADO Titular lo referente a las primas pagadas, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abonar en cuenta a favor del CONTRATANTE, en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación al CONTRATANTE, en caso corresponda. Posteriormente el CONTRATANTE le devolverá al ASEGURADO Titular, sin intereses, el monto recibido.

#### PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS:

Los usuarios, entendiéndose éstos como la persona natural o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por LA COMPAÑÍA, podrán presentar reclamos. Asimismo, cualquier interesado puede presentar consultas formales. Podrán plantearse consultas y/o reclamos formales de manera gratuita a través de los siguientes canales:

##### Consultas:

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo Mapfre indicando: tipo de solicitante(\*), nombre completo, número del documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa de la consulta y/o hecho reclamado y documentos que adjunta.

(\* Tipo de solicitante (CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO, Corredor u otro: especificar)

- A través de la página Web de MAPFRE Perú, enlazándose al link "Atención de Consultas y/o Reclamos".

- 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.mapfreperu.com](http://www.mapfreperu.com)

##### Reclamos y/o Quejas:

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo Mapfre indicando: tipo de solicitante(\*), nombre completo, número de documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, nombre del Producto/servicio afectado, una breve explicación clara y precisa del hecho reclamado y documentos que adjunta.

- "Libro de Reclamaciones Virtual" en cualquiera de las oficinas a nivel nacional de LA COMPAÑÍA. Podrá adjuntar de ser el caso documentos que sustentan su reclamo y/o queja.

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

A falta de elección por parte del usuario para la remisión de la respuesta de la consulta y/o reclamo (sea la dirección domiciliaria o electrónica), LA COMPAÑÍA optará por el envío a su dirección domiciliaria, según último dato registrado en LA COMPAÑÍA.

La respuesta al reclamo o consulta será remitida al usuario en un plazo máximo de 30 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.

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

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

Para cualquier consulta respecto a su reclamo, puede comunicarse con la Central de Atención al Cliente al teléfono 213-3333 (en Lima) y 0801-1-1133 (en Provincia) o dirigirse a las plataformas de Atención al Cliente de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias. La relación completa de oficinas de LA COMPAÑÍA se encuentra disponible en la Página Web o a través de la Central de Atención al cliente.

#### INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

##### Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

Plataforma de Atención al Usuario (PAU) Lima: Av. Dos de Mayo N° 1475 - San Isidro y otras PAU ubicadas en provincias, o a los Teléfonos: 0800-10840 | (511) 200-1930 / [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)

##### INDECOPI

Calle de la Prosa 104, San Borja / Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias) / [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)

##### Defensoría del Asegurado

Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9, San Isidro, Lima Perú / Telefax: 421 06 14 / [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO  
TITULAR

\_\_\_\_\_  
MAPFRE PERU VIDA COMPAÑÍA  
DE SEGUROS Y REASEGUROS

