

SEGURO RENTA HOSPITALARIA

- ART. 1° DEFINICIONES BÁSICAS
- ART. 2° BASES DEL CONTRATO
- ART. 3° EMISIÓN Y OBSERVACIÓN DE LA PÓLIZA
- ART. 4° DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE
- ART. 5° AVISO Y COMUNICACIONES - DOMICILIO
- ART. 6° PREDOMINIO DE LAS CONDICIONES Y/O CLÁUSULAS
- ART. 7° PERSONAS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLES
- ART. 8° INICIO Y PERÍODOS DE CARENCIA DE LA PÓLIZA
- ART. 9° VIGENCIA, TÉRMINO Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA
- ART. 10° CÁLCULO DE LA PRIMA
- ART. 11° BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA
- ART. 12° BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS
- ART. 13° GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUIDOS
- ART. 14° INVESTIGACIÓN DE RECLAMOS
- ART. 15° RECLAMACIÓN FRAUDULENTE
- ART. 16° PROCEDIMIENTOS PARA LA RECLAMACIÓN DE SINIESTROS
- ART. 17° SUBROGACIÓN
- ART. 18° GASTOS Y TRIBUTOS
- ART. 19° PAGO DE LA PRIMA
- ART. 20° MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS
- ART. 21° JURISDICCIÓN
- ART. 22° PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA
- ART. 23° DEFENSORIA DEL ASEGURADO



CONDICIONES GENERALES

ART. 1° DEFINICIONES BÁSICAS

En esta Póliza se entiende por:

- 1) **Accidente:** Todo evento debido a causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad de El Asegurado, que produzca lesiones corporales apreciables.
- 2) **Asegurado:** La persona en **cuyo favor** se contrata el seguro sea ésta **Titular o Dependiente del Titular** en los términos de este Condicionado General.
- 3) **Asegurador:** La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.
- 4) **Beneficiario:** La persona, natural o jurídica, titular del derecho a la indemnización.
- 5) **Beneficio Máximo Anual por Persona:** Es el límite máximo de indemnización por renta que se otorga a cada asegurado, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la Póliza por el periodo de un año de vigencia de la póliza.
- 6) **Contratante:** La persona, natural o jurídica, que conjuntamente con el Asegurador suscribe este contrato, y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por El Asegurado. En caso de que el Contratante sea a su vez Asegurado únicamente podrá tener la calidad de Titular de la Póliza.
- 7) **Declaración de Salud:** Es el cuestionario que **El Asegurado** completa al momento de solicitar el seguro, en el cual manifiesta si él o sus dependientes padecen o han padecido de alguna enfermedad, síntoma, malestar o alteración del estado de salud anterior al inicio de este seguro, como aquellas que puedan ser calificadas como preexistentes.
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 determinarán la nulidad del contrato.
- 8) **Edad:** Es la edad cumplida por El Asegurado en la fecha de contratación de la Póliza.
- 9) **Edad Alcanzada:** Es la edad de El Asegurado en cada renovación de la Póliza.
- 10) **Emergencia Médica:** Toda situación clínica que pone en peligro la salud y/o la integridad y/o la vida del individuo, y que requiere atención inmediata.
- 11) **Enfermedad:** Toda alteración del estado de salud que no sea consecuencia de accidente, dictaminada por un médico legalmente autorizado para la práctica de su actividad, que haga precisa la asistencia facultativa y cuya manifestación inicial se presente durante la vigencia del contrato.
- 12) **Enfermedades y/o Defectos Congénitos y/o Hereditarios:**
 - **Defecto Congénito:** Es toda alteración del organismo humano que se presenta al momento del nacimiento.
 - **Defecto Hereditario:** Es toda alteración del organismo que presenta el recién nacido por alteraciones del desarrollo fetal, a consecuencia de alteraciones en los genes transmitidos por los padres.
 - **Enfermedad Congénita:** Es aquella adquirida por el feto durante la gestación.
- 13) **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares como fecha de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujetos a los períodos de carencia o espera para ciertas enfermedades establecidas en la Póliza.
- 14) **Gastos Cubiertos:** Se refiere a los gastos incurridos por El Asegurado, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad amparado por la Póliza, siempre que se enmarquen en la práctica de la Medicina Basada en la Evidencia.
- 15) **Hospitalización :** Reclusión de una persona dentro de una institución hospitalaria como paciente interno por un periodo superior a 24 horas bajo la supervisión de un médico autorizado
- 16) **Institución Hospitalaria :** Es un establecimiento legalmente constituido de acuerdo con las leyes del Perú y que cumplan los siguientes requisitos :



Operan para las atenciones medicas de pacientes internos enfermos o lesionados.
Mantienen instalaciones organizadas para el diagnostico ,tratamiento y cirugia así como de cuidados intensivos para los pacientes , dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento .
Proporciona servicios de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería

Para los efectos de esta póliza no se consideran instituciones hospitalarias :

Una institución mental o utilizada para el tratamiento psiquiátrico .

Institutos o sanatorios en los cuales se presta servicios de cuidado de larga duración tales como curas de reposo , geriatría, drogadicción , alcoholismo o bien terapias ocupacionales

17) Medicina Basada en Evidencia: Es el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales evidencias o pruebas científicas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes; y siempre y cuando, guarden relación con el (los) diagnóstico (s) reportado (s).

18) Plazo de Carencia: Período de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y la fecha en que entra en vigor la cobertura de Enfermedad; lo cual se determinará en cada caso en las Condiciones Particulares de la Póliza.

19) Póliza: Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: la Solicitud de Inscripción, la Declaración de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales si procedieran, y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

20) Preexistencia: Si la enfermedad existe y/o se manifiesta y/o es diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva del inicio de la Póliza, o de su rehabilitación, o cuando por la cual un médico recomendó tratamiento antes de la fecha de entrada en vigencia de la Póliza, o de cualquier síntoma obvio el cual, si hubiese sido presentado a un médico, hubiese resultado en un diagnóstico.

21) Prima: Es el precio que La Compañía establece por la cobertura otorgada.

22) Renta Diaria : Corresponde a la indemnización diaria pagadera por cada 24 horas de hospitalización de una persona asegurada a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza y cuyo monto diario se especifica en las condiciones particulares de la póliza

23) Solicitud de Inscripción: Documento que forma parte de la Póliza y en el cual el Asegurado solicita la Cobertura del Seguro para él y sus dependientes, el cual incluye la respectiva Declaración de Salud.

BASES DEL CONTRATO

Art. 2° - "MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS" (denominada en adelante "La Compañía"), emite la presente Póliza de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares, basándose en las declaraciones efectuadas por El Asegurado, en la Solicitud de Inscripción y en la Declaración de Salud las mismas que son firmadas por el Contratante en el caso de que sea distinto de El Asegurado.

La Póliza y sus Apéndices y/o Anexos firmados por dos funcionarios autorizados de La Compañía, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

Ningún Agente o Corredor de Seguros está autorizado para cambiar o enmendar esta Póliza ni para renunciar a cualquier condición o restricción de la misma, ni para comprometer a La Compañía por medio de promesas o una supuesta representación.

Ninguna modificación a esta Póliza será válida a menos que exista un Apéndice a la Póliza firmada por un funcionario autorizados de La Compañía y por El Asegurado y/o, el Contratante de ser el caso.



EMISIÓN Y OBSERVACIÓN DE LA PÓLIZA

Artículo 3º

Plazo y Forma de la Observación.-

- 3.1** Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de recibida la póliza por EL ASEGURADO, por EL CONTRATANTE o por EL CORREDOR en su caso; se podrán formular observaciones respecto de su contenido, solicitando por escrito la rectificación en forma precisa. Transcurrido ese plazo sin que medie observación, se tendrá por aceptada la póliza emitida.

EFFECTOS DE LA OBSERVACIÓN.-

- 3.2** La solicitud de rectificación importa la propuesta de celebración de un nuevo contrato y no obliga a LA COMPAÑIA, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al CONTRATANTE, ASEGURADO o CORREDOR su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas.

Si **LA COMPAÑIA** no respondiera la solicitud de rectificación en el plazo de diez (10) días calendario de haberla recibido, se entenderá por rechazada, debiendo LA COMPAÑIA restituir el íntegro de la prima que hubiere recibido dentro de los quince (15) días calendario de vencido el plazo señalado.

ENDOSO MODIFICATORIO.-

- 3.3** La fuerza vinculatoria de la póliza estará limitada a los términos y condiciones en que fue emitida; mientras **LA COMPAÑIA** no hubiere emitido el endoso modificatorio correspondiente y éste sea aceptado por el asegurado o contratante.

PENALIDAD.-

- 3.4** En caso de solicitud de anulación o rectificación de la póliza, resultante de errores originados por declaraciones brindadas por **EL ASEGURADO, o EL CONTRATANTE** en su caso, éste perderá en beneficio de **LA COMPAÑIA** los montos correspondientes por derecho de emisión y gastos administrativos; aunque hubiere formulado la observación correspondiente dentro de los plazos previstos en los artículos precedentes.

DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE

Art. 4º - Esta Póliza será nula y El **Asegurado** carecerá de todo derecho a los beneficios bajo la misma si realiza cualquier declaración falsa o inexacta a **La Compañía**, en cualquier momento o circunstancia, relativa a la salud de cualquiera de los Asegurados. Igualmente si hubiera omisión, reticencia o simulación de circunstancias, aún cuando hubieran sido hechas de buena fe, que habrían podido llevar a La Compañía a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo asegurado, o que de haber sido conocidas habrían podido retraerla de celebrar este Contrato de Seguro o de emitir la Póliza, o llevarla a modificar sus condiciones.

AVISO Y COMUNICACIONES - DOMICILIO

Art. 5º - Los avisos y comunicaciones que, con relación a la presente Póliza intercambien las partes contratantes, deberán ser formulados por escrito y dirigidos al domicilio señalado por las partes. Para estos efectos **La Compañía** señala como



domicilio el indicado en la carátula de la Póliza, y **El Contratante**, el lugar indicado en la Solicitud de Seguro.

PREDOMINIO DE LAS CONDICIONES Y/O CLÁUSULAS

Art. 6° - Las Condiciones Particulares y las estipulaciones de los Anexos y/o Apéndices que forman parte integrante de la Póliza prevalecen sobre las Condiciones Generales de la misma.

PERSONAS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLES

Art. 7° - El término Titular, como se emplea en esta Póliza, se refiere a cualquier persona hábil para contratar, mayor de edad y que no haya cumplido los sesenta y cinco (65) años de edad, que sea cliente del Banco Interbank y de ATP Taxi Partners S.A.C

INICIO Y PERÍODOS DE CARENCIA DE LA PÓLIZA

Art. 8° - La presente Póliza indemnizará automáticamente desde la fecha de inicio del seguro por cada día de hospitalización y a partir del segundo día de estar hospitalizado al Titular y sus dependientes designados en la solicitud, (siempre que ésta haya sido presentada y aceptada por **La Compañía**), por los casos de accidente, así como de apendicitis simple, o complicada, y/o enfermedades virales e infecciosas que requieran de hospitalización; **y luego de 30 días calendarios contados a partir de la fecha de inicio del seguro, para otras enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas.**



1) **Los siguientes actos médicos que sean tratamiento hospitalario, siempre y cuando las enfermedades no hayan sido preexistentes al inicio del seguro, tendrán cobertura luego de un período de espera de diez (10) meses desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:**

- a) Hernias.
- b) Cirugía por Litiasis Vesicular y Renal.
- c) Cirugía de Próstata.
- d) Cirugía ginecológica en general.
- e) Cirugías de mamas en general
- f) Cirugía por extracción de Adenoides.
- g) Cirugía por extracción de Amígdalas.
- h) Cirugía ocular salvo aquellas que resulten de un accidente.
- i) Cirugía por Prolapso.
- j) Cirugía por Hemorroides o fístulas
- k) Cirugía cardíacas o vasculares de cualquier tipo
- l) Cirugía artroscópica o recambio articulares parciales o totales sean originados por accidentes o por enfermedad
- m) Cirrosis hepática.
- n) Cirugía o tratamiento por enfermedad cerebro vascular.
- o) Cirugías a la columna vertebral de cualquier tipo
- p) Cirugías por enfermedad tiroidea.

VIGENCIA, TÉRMINO Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Art. 9° - La presente Póliza tiene una vigencia anual, la cual se describe en la carátula, renovable automáticamente, hasta por un plazo no mayor a 4 anualidades bajo las condiciones que a continuación se detallan, salvo cuando se produzca lo establecido en los artículos décimo y décimo primero de estas Condiciones Generales.

La Póliza terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Aviso por escrito **del Contratante y/o Asegurado a La Compañía** comunicando su decisión de no continuar con el Seguro, sin especificación de causa. Dicho aviso deberá efectuarse, como mínimo, con un pre-aviso de 15 días calendarios.
- b) Aviso por escrito de **La Compañía al Contratante y/o Asegurado**, sin expresión de causa, comunicando su decisión de dar por terminado el contrato, como mínimo, con un pre-aviso de 15 días calendarios.
- c) Por falta de pago de las primas.

Adicionalmente, el seguro del Titular terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Al cumplirse los límites de edad asegurables, indicados en la Póliza. En este caso el seguro caducará automáticamente sin previo aviso de **La Compañía**.
- b) Si El Asegurado o cualquier otra persona que obre por cuenta de éste, obstaculiza el ejercicio de los derechos de **La Compañía**, estipulados en la presente Póliza.

Los Dependientes dejarán de estar asegurados en el momento que el Titular pierda su condición de asegurado, por exclusión o fallecimiento. Sin embargo, en caso de fallecimiento del Titular, el cónyuge podrá solicitar mantenerse en el programa en calidad de Titular, siempre y cuando lo solicite en un plazo no mayor de 30 días calendarios de ocurrido el fallecimiento del Titular.

En caso que **El Contratante** solicite la terminación de la póliza, **La Compañía** reembolsará el 70% de la parte proporcional de la prima que corresponda hasta el vencimiento de la póliza, a partir de la fecha en que haya sido recibida en las oficinas de La Compañía la solicitud de resolución.

Ningún gasto será reconocido bajo la presente Póliza, por consumos incurridos después de la terminación del seguro, salvo el caso en que **El Asegurado** se haya hospitalizado antes de dicha fecha. En este caso, **El Asegurado** disfrutará de los beneficios hasta que ocurra el primero de los siguientes hechos:

- a) Al término de la hospitalización.
- b) Al completar el Máximo de días de indemnización por hospitalización.

CÁLCULO DE LA PRIMA

Art. 10° - La prima neta anual por asegurado es de 38.40 soles mas gastos de derecho de emisión que equivale al 3 %. y del IGV, pudiendo el contratante cancelar cinco anualidades al contado , siendo la prima neta por este periodo de 180.00 soles mas gastos e impuestos.

Ambas partes acuerdan que **La Compañía** se reserva el derecho de efectuar, previa comunicación escrita al Contratante con 30 días calendarios de anticipación, cualquier cambio en las condiciones y/o las primas de este Seguro.

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA

Art. 11° - **La Compañía** indemnizará por asegurado por concepto de renta por hospitalización hasta un máximo de 60 días por año póliza. Cada renovación anual se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual

COBERTURAS BASICA : RENTA POR HOSPITALIZACION

Art. 12° - **La Compañía** cubrirá el 100 % del monto contratado por cada día de hospitalización a partir del cuarto día en que el asegurado se encuentre hospitalizado como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por la póliza y hasta un máximo de 60 días por año póliza, según el límite establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Dicha hospitalización deberá realizarse en una institución hospitalaria según lo indicado en el inciso 16 de las definiciones básicas

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUIDOS

Art. 13° Este seguro no cubre la renta por hospitalización por los casos relacionados con:

a) Este seguro no cubre la renta por hospitalización por los casos relacionados con:

b) Enfermedades y/o defectos congénitos y/o hereditarios y/o lesiones de cualquier naturaleza adquiridos al nacer, así como las enfermedades y/o lesiones preexistentes al inicio de la vigencia de esta Póliza, y las consecuencias relacionadas con uno o más de ellos.

c) Cirugía plástica y/o estética y/o situaciones y/o prácticas y/o procedimientos con fines de embellecimiento, a excepción de los casos necesarios, como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por ésta Póliza (cirugía reconstructiva) y salvo las excepciones que se derivan de la misma.

d) Enfermedades psicosomáticas, trastornos y deficiencias mentales y/o emocionales; trastornos de conducta y/o aprendizaje; curas de reposo y/o tratamientos psiquiátricos y relacionados, incluyendo tratamientos psiquiátricos de apoyo a otras enfermedades no mentales y en general, todo lo relacionado con la salud mental y trastornos mentales. Suicidio o tentativa de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por si mismo, peleas, riñas, salvo que se demuestre que se ha actuado en legítima defensa.

e) Trastornos y/o enfermedades adquiridas a consecuencia de uso y adicción a los tóxicos, estupefacientes y/o bebidas alcohólicas, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse. Así como también las lesiones por accidente que se produzcan cuando El Asegurado se encuentre bajo sus efectos.

d) Enfermedades contagiosas que sean declaradas por las autoridades competentes como epidemias.

f) Tratamiento y/o estudios y/u operaciones relacionados con infertilidad primaria y/o secundaria, así como todo tratamiento con fines de esterilización y/o concepción, inseminación artificial o implante de embriones e infecundidad y procedimientos con fines similares.

g) Cambio de sexo.

h) Obesidad, adelgazamiento, raquitismo, malnutrición, hipovitaminosis y otros cuadros similares.

i) SIDA. Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades relacionadas con el virus HIV.

j) Lesiones adquiridas en prácticas y/o carreras de automovilismo, motociclismo, ala delta, paracaidismo, andinismo, alpinismo, puenting, pesca submarina, moto acuática, u otro deporte peligroso.

k) Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de energía atómica, guerra, fenómenos catastróficos de la naturaleza, y participación activa en



alteraciones del orden público y/o en actos delictuosos, así como manejo de armas y explosivos.

l) Hallux valgus, callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles y soportes de zapatos de cualquier tipo, así como zapatos ortopédicos.

m) Accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales, en los casos en que el empleador tenga la obligación por ley de contratar el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, Decreto Supremo 003-98-SA o la norma legal que lo modifique o sustituya.

n) Tratamientos preventivos de enfermedades, así como gastos por operaciones con fines profilácticos.

o) Problemas de mandíbula, incluyendo el síndrome temporo mandibular y cráneo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación.

p) Menopausia, climaterio, osteoporosis y sus consecuencias.

q) Medicina alternativa (acupuntura, quiropráctico, etc.).

r) Hospitalizaciones en una institución mental o para tratamientos psiquiátricos, curas de reposo o terapia ocupacional
Maternidad o complicaciones del embarazo

s) Exámenes médicos de rutina



INVESTIGACIÓN DE RECLAMOS

Art. 14° - La Compañía podrá revisar a **El Asegurado** a través de médicos designados por ésta, durante el internamiento de aquel en una clínica, hospital, o en su domicilio particular; o citarlo al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia del pedido de los beneficios; asimismo, podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a **El Asegurado**. En general, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

RECLAMACIÓN FRAUDULENTE

Art. 15° - La Compañía, quedará relevada de toda responsabilidad y **El Asegurado** perderá todo derecho de indemnización bajo esta Póliza, cuando:

a) **El Asegurado** presente una reclamación fraudulenta, o engañosa, o apoyada en declaraciones falsas.

b) En cualquier tiempo, **El Asegurado**, o terceras personas que obren por cuenta de éste o con su conocimiento, empleen medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación destinada a obtener beneficios del seguro otorgado por la presente Póliza.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECLAMACIÓN DE SINIESTROS

Art. 16°. El ASEGURADO deberá dar aviso **por escrito** a la Compañía, inmediatamente después de la fecha de iniciación de la enfermedad o accidente que origine la Hospitalización y que pudiera dar lugar a una solicitud de beneficio bajo las condiciones de esta póliza hasta un plazo máximo de 30 días.

La indemnización sería bajo la modalidad de reembolso y el cheque sería emitido a favor del Banco Interbank, previa a la presentación de la siguiente documentación, el cual consiste en lo siguiente:

- Factura de internamiento
- Informe del médico tratante donde indique:
 - Sustento del internamiento
 - Tiempo de hospitalización

El plazo para la indemnización, luego de presentada toda la documentación indicada será de 03 (tres) días útiles.

SUBROGACIÓN

Art. 17° - La Compañía al indemnizar a uno o más Beneficiarios cubiertos por esta Póliza, se subroga al **Contratante y/o Asegurado** en todos sus derechos y acciones para obtener de terceros responsables de lesiones o enfermedades ocasionadas, el importe de los beneficios pagados por **La Compañía**.



GASTOS Y TRIBUTOS

Art. 18° - Todos los gastos de este Contrato, los derechos de Póliza, y todos los tributos establecidos o por establecerse sobre los seguros, tanto en el caso de las primas de la Póliza como en el caso de los beneficios, serán de cargo del **Contratante y/o Asegurado**.

PAGO DE LA PRIMA

Art. 19° -

Efecto Cancelatorio.-

19.1 El pago de la prima surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que **LA COMPAÑÍA** o la entidad financiera autorizada reciba el importe correspondiente a la prima pactada, cancelando el recibo o el documento de financiamiento. El pago de primas mediante la entrega de títulos valores, sólo se entenderá efectuado cuando el íntegro del monto consignado en dicho documento sea pagado dentro del plazo convenido, caso contrario, la cobertura del seguro se suspenderá de manera inmediata pudiendo **LA COMPAÑÍA** optar por la resolución del contrato.

CONDICIONES DE PAGO.-

19.2 Salvo pacto expreso en contrario, se entiende que las partes han acordado el pago íntegro de la prima al contado por el periodo de 5 anualidades

PAGO EFECTUADO AL CORREDOR.-

19.3 Los corredores de seguros están prohibidos de cobrar primas, extender documentos de financiamiento o recibos de pago, por cuenta de **LA**

COMPAÑIA. El pago hecho por **EL ASEGURADO, CONTRATANTE O ENDOSATARIO**, al corredor se tiene por no efectuado, mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente a **LA COMPAÑIA** o a la entidad financiera autorizada.

SUSPENSIÓN DE COBERTURA Y RESOLUCIÓN DE CONTRATO

19.4 El incumplimiento en el pago del cronograma establecido en el convenio de pago origina la suspensión inmediata de la cobertura del seguro, y da lugar a la constitución en mora automática del contratante o endosatario, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. **LA COMPAÑIA**, no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre en suspenso. La cobertura vuelve a tener efecto al momento en que se pague la prima adeudada por el periodo en que aquélla se mantuvo en suspenso, siempre que antes no se haya resuelto el contrato.

En caso que **EL ASEGURADO o CONTRATANTE** hubiera aceptado letras de cambio, pagarés o cualquier otro título valor representativos de la prima total o de las cuotas acordadas, la suspensión se produce desde la fecha de vencimiento del título.

EL ASEGURADO o CONTRATANTE no podrá alegar su propia mora para solicitar la resolución del contrato, cuando mediante su conducta hubiere impulsado a **LA COMPAÑIA** a inferir su voluntad de continuar asegurado.

Aplicación de la resolución del contrato de seguro

19.5 En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, **LA COMPAÑIA** podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. El contrato de seguro se considerará resuelto a partir del día en que **EL ASEGURADO y/o CONTRATANTE**, reciba una comunicación escrita de **LA COMPAÑIA**, informándole tal decisión.

EFFECTOS DE LA RESOLUCIÓN DEL CONTRATO POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA.-

19.6 **LA COMPAÑIA** tendrá el derecho a cobrar el saldo no pagado de la prima devengada hasta la fecha de resolución, más intereses, gastos y tributos originados por la expedición de la póliza; de acuerdo con la tarifa de período corto prevista en el artículo 9° de estas Cláusulas; sin que ello implique rehabilitación de la póliza ni **derecho alguno del ASEGURADO o ENDOSATARIO** para cobrar siniestros ocurridos durante el tiempo en que se encontraba en suspenso la cobertura.

SINIESTROS EN CASO DE SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-

19.7 En ningún caso responderá **LA COMPAÑIA** por siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encontraba suspendida por incumplimiento en el pago de la prima.

ACEPTACIÓN, EMISIÓN O GIRO DE TÍTULOS VALORES .-

19.8 Queda claramente convenido que la aceptación, emisión o giro por **EL ASEGURADO** o contratante de títulos valores representativos de las cuotas



convenidas para el pago fraccionado de la prima, no constituirán novación de la obligación original.

COMPENSACIÓN.-

19.9 EL ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones que **LA COMPAÑÍA** tenga frente a él provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, sin que expresamente y por escrito lo autorice **LA COMPAÑÍA**.

La Compañía a su propia opción podrá rehabilitar la póliza, siempre y cuando: (i) **El Asegurado** pague la deuda vencida en un plazo máximo de 15 días calendarios contados a partir de la fecha de su vencimiento; y (ii) El Asegurado complete una nueva declaración de salud. Ambos requisitos deben ser concurrentes.

Queda expresamente establecido que la nueva declaración de salud estará sujeta a una evaluación médica por parte de **La Compañía**, la misma que deberá ser comunicada al asegurado o a su corredor en el plazo máximo de 7 días de recibida la declaración de salud. En el supuesto que **La Compañía** decida rehabilitar la póliza, ésta cubrirá solo las enfermedades que se presenten y hayan sido diagnosticadas con posterioridad a la rehabilitación. Los gastos médicos incurridos dentro del plazo en que la prima se encontraba impaga así como los gastos resultantes de enfermedades, embarazos, y/ o accidentes presentados y diagnosticados con anterioridad a la rehabilitación no serán cubiertos.



MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS:

Art. 20° - Todo litigio, controversia, desavenencia o reclamación resultante, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación incluso las del convenio arbitral, serán resueltas mediante arbitraje de derecho. El tribunal arbitral estará conformado por tres árbitros los cuales deberán ser abogados con no menos de cinco años de reconocida experiencia en materia de seguros. El laudo será definitivo e inapelable, de conformidad con los reglamentos y el estatuto de Centro de Conciliación y Arbitraje nacional e Internacional de la Cámara de Comercio de Lima a cuyas normas, administración y decisión se someten las partes en forma incondicional, declarando conocerlas y aceptarlas en su integridad.

Cada parte pagará los honorarios profesionales del árbitro que designe y ambas partes a prorrata cubrirán los honorarios del Presidente del Tribunal y los auxiliares de justicia que intervengan. Los costos y gastos del arbitraje, serán de cargo de la parte vencida.

En caso el monto reclamado no excediera de tres (3) UIT, se podrá acudir a la vía judicial para cuyo efecto las partes se someten a la competencia y jurisdicción de los jueces y tribunales de la ciudad de Lima.

JURISDICCIÓN

Art. 21° - Los litigios que se susciten y que no sean arreglados según lo dispuesto en el Artículo anterior, serán sometidos exclusivamente a la Jurisdicción de los Tribunales de la Ciudad de Lima, con renuncia de cualquier otro fuero.

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Art. 22° - La prescripción de las acciones derivadas de esta Póliza, se rige por las disposiciones pertinentes de la legislación vigente.

DEFENSORIA DEL ASEGURADO

Art. 23° -

La presente cláusula establece el derecho del asegurado y/o usuario de los servicios de seguros, de acudir a la Defensoría del Asegurado para resolver las controversias entre el asegurado y la empresa de seguros , en la atención de los siniestros , de acuerdo a los términos y condiciones del reglamento de la Defensoría del asegurado .

La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de los derechos de los asegurados o usuarios de los servicios de seguros, mediante la solución de reclamos por siniestros que los asegurados sometan para su pronunciamiento.

El procedimiento es voluntario y gratuito para el seguro y/o usuario.

Procede sólo para atender reclamos por siniestros formulados por asegurados o usuarios, personas naturales y jurídicas, que no exceden de US\$ 50,000 dólares norteamericanos de una 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 180 días calendarios computados a partir del día siguiente de la primera notificación en que es denegada la pretensión por la Empresa de Seguros.

La Defensoría del asegurado resolverá en un plazo de treinta 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 un órgano jurisdiccional .

La Resolución emitida es vinculante y obligatoria para la Empresa de Seguros, cuando esta es aceptada por el asegurado en un plazo de sesenta días hábiles de notificada.

