

Seguro Vida Integral Plus

Código SBS N°: VI2037200158

Solicitud-Certificado de Seguro N° 000000

Póliza N°: 42 – 23004

Datos generales de la Solicitud-Certificado

Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte de EL CONTRATANTE

Fin de Vigencia: las 12 horas del / / o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 6° del Condicionado General, lo que ocurra primero.Renovación: **Facultativa****Compañía de Seguros**

Nombre Comercial: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC: 20390625007

Dirección: Amador Merino Reyna 267, Of. 402, San Isidro, Lima

Teléfono: 417-5000

Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com

Página web: www.chubb.com/pe

Contratante / Comercializador

Razón Social: Financiera QAPAQ S.A.

RUC: 20521308321

Dirección: Av. Pershing N°455, Urb. Country Club, Magdalena del Mar

Página Web: www.qapaq.com

Departamento y Provincia: Lima, Lima

Teléfono: (51-1) 205 – 4320

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos:

N° de Documento de Identidad:

Fecha de Nacimiento:

Correo Electrónico:

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Relación con el Contratante: Cliente

Teléfono:

Condiciones de Asegurabilidad

Se podrán asegurar las personas naturales y personas naturales con negocio, que sean titulares de un crédito otorgado por el CONTRATANTE, que cumplan las siguientes condiciones:

Edad mínima de ingreso: 18 años.

Edad máxima de ingreso: 70 años con 364 días.

Edad máxima de permanencia: 75 años con 364 días.

Beneficiario Titular

EL CONTRATANTE. Este beneficio solo comprende el monto de la deuda (**sin considerar intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos**) que mantenga el ASEGURADO a la fecha del siniestro.

Beneficiarios Adicionales (*)

Este beneficio comprende la diferencia que exista entre la Suma Asegurada contenida en la Solicitud-Certificado, y el saldo insoluto de la deuda (**sin considerar intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos**) a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	N° de documento	Porcentaje

(*) En caso de no designarse Beneficiario(s) Adicional(es), la indemnización se pagará a los herederos del ASEGURADO en partes iguales. En caso de designarse más de un beneficiario y de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios Adicionales en cualquier momento, mediante comunicación escrita a la COMPAÑÍA.

Descripción del Interés Asegurado

Brindar cobertura al ASEGURADO, quien asume un crédito con el CONTRATANTE.

Seguro Vida Integral Plus

Código SBS N°: VI2037200158

Solicitud-Certificado de Seguro N° 000000

Póliza N°: 42 – 23004

Datos generales de la Solicitud-Certificado

Inicio de vigencia: Fecha de desembolso del Crédito por parte de EL CONTRATANTE

Fin de Vigencia: las 12 horas del / / o ante la ocurrencia de alguno de los supuestos establecidos en la cláusula 6° del Condicionado General, lo que ocurra primero.Renovación: **Facultativa****Compañía de Seguros**

Nombre Comercial: Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros

RUC: 20390625007

Dirección: Amador Merino Reyna 267, Of. 402, San Isidro, Lima

Teléfono: 417-5000

Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com

Página web: www.chubb.com/pe

Contratante / Comercializador

Razón Social: Financiera QAPAQ S.A.

RUC: 20521308321

Dirección: Av. Pershing N°455, Urb. Country Club, Magdalena del Mar

Página Web: www.qapaq.com

Departamento y Provincia: Lima, Lima

Teléfono: (51-1) 205 – 4320

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos:

N° de Documento de Identidad:

Fecha de Nacimiento:

Correo Electrónico:

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

Relación con el Contratante: Cliente

Teléfono:

Condiciones de Asegurabilidad

Se podrán asegurar las personas naturales y personas naturales con negocio, que sean titulares de un crédito otorgado por el CONTRATANTE, que cumplan las siguientes condiciones:

Edad mínima de ingreso: 18 años.

Edad máxima de ingreso: 70 años con 364 días.

Edad máxima de permanencia: 75 años con 364 días.

Beneficiario Titular

EL CONTRATANTE. Este beneficio solo comprende el monto de la deuda (**sin considerar intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos**) que mantenga el ASEGURADO a la fecha del siniestro.

Beneficiarios Adicionales (*)

Este beneficio comprende la diferencia que exista entre la Suma Asegurada contenida en la Solicitud-Certificado, y el saldo insoluto de la deuda (**sin considerar intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos**) a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Nombres y Apellidos	Relación con el Asegurado	N° de documento	Porcentaje

(*) En caso de no designarse Beneficiario(s) Adicional(es), la indemnización se pagará a los herederos del ASEGURADO en partes iguales. En caso de designarse más de un beneficiario y de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios Adicionales en cualquier momento, mediante comunicación escrita a la COMPAÑÍA.

Descripción del Interés Asegurado

Brindar cobertura al ASEGURADO, quien asume un crédito con el CONTRATANTE.

Coberturas

LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de una prima comercial, a pagar al/los BENEFICIARIO(S) la suma asegurada establecida en el presente documento, cuando se produzcan los siguientes eventos en territorio nacional o internacional:

Cobertura Principal	Descripción	Suma Asegurada
Muerte Natural	Fallecimiento del ASEGURADO que ocurra como consecuencia de la vejez o alguna enfermedad, siempre que estos eventos no se encuentren dentro de las exclusiones de la póliza.	Monto Inicial del Crédito (sin considerar intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos), hasta un máximo de S/150,000 (o su equivalente en moneda extranjera) por ASEGURADO.
Muerte Accidental	Fallecimiento del ASEGURADO que ocurra como consecuencia de un accidente. Para tales efectos, se considera accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes. No se considerará como Accidente el infarto de miocardio, edema agudo, trombosis, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, accidente cerebro vascular; así como los casos de negligencia o impericia médica. LA COMPAÑÍA cubrirá el fallecimiento que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, si el ASEGURADO sufriera algún accidente que fuera la causa directa de su Invalidez Total y Permanente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente: (i) que la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia establecida en el presente documento; (ii) que la póliza matriz esté vigente, y (iii) que la causa de la invalidez no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones previstas. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente cubierto por este seguro. La COMPAÑÍA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas. La cobertura aplica para territorio nacional e internacional, durante las veinticuatro (24) horas del día.	

EL ASEGURADO no podrá contratar el Seguro Vida Integral Plus en varias oportunidades, de manera tal que la suma asegurada de las mismas (en conjunto) superen el importe total de S/150,000 (Ciento Cincuenta Mil con 00/100 Soles). En caso el ASEGURADO contrate varias Pólizas de Seguro de este tipo, por la cantidad de créditos que mantenga frente a EL CONTRATANTE, la responsabilidad de LA COMPAÑÍA para otorgar las coberturas de la totalidad de los seguros contratados será como máximo hasta el límite descrito precedentemente, por ASEGURADO. Por tanto, en caso la suma total a indemnizar supere el importe antes indicado, LA COMPAÑÍA procederá a devolver las primas en forma proporcional al importe que no será reconocido.

Prima Comercial

La prima se calculará multiplicando la **Tasa Bruta Mensual**, por el **Monto Inicial del Crédito** por el **Número de Meses del Crédito**. Este monto será financiado por el **CONTRATANTE** como parte del monto del crédito a otorgar.

Tasa Neta Mensual: 0.108%

Tasa Bruta Mensual: 0.111%

La prima comercial incluye:

Cargos por la comercialización de seguros a través de la bancaseguros u otro comercializador: 48.54%

Periodicidad de pago: Prima única adelantada

Forma de Pago: Cargo al crédito.

Exclusiones

El presente seguro no tiene exclusiones.

Derecho de Arrepentimiento

El ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la Solicitud -Certificado, sin necesidad de expresión de causa ni penalidad alguna. El derecho de arrepentimiento se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud- Certificado, siempre que la misma no sea condición para contratar operaciones crediticias. En dicho caso, corresponde a la COMPAÑÍA la devolución total de la prima recibida.

Para estos fines, el ASEGURADO que quiera ejercer su derecho de arrepentimiento podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación de la Solicitud- Certificado. Cuando el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento, la devolución de la prima se realizará en la forma indicada por éste, en un plazo máximo de treinta (30) días computados desde la solicitud.

Derecho de Resolución sin Expresión de Causa

El ASEGURADO puede resolver la Solicitud-Certificado de manera unilateral y sin expresión de causa por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, quedando la Solicitud-Certificado resuelta de manera inmediata, precisándose que el ASEGURADO puede utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. Si la COMPAÑÍA ejerce dicho derecho, deberá comunicarlo previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación. El artículo 17° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida establece este derecho.

Aceptación de Cambio de Condiciones contractuales (durante la vigencia del contrato)

El CONTRATANTE tiene derecho a ser informado sobre las modificaciones a las condiciones contractuales que le proponga la COMPAÑÍA, durante la vigencia del contrato.

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación.

EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento.

La COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato, en cuyo caso no procede su modificación hasta el fin de la vigencia del contrato

Terminación de Seguro

La Solicitud-Certificado terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) **La muerte del ASEGURADO.**
- b) **Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia.**
- c) **Al vencimiento del plazo de la presente Solicitud-Certificado, en caso éste no haya sido renovado.**
- d) **Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo.**

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar Cobertura

I) **Aviso del siniestro:** EL CONTRATANTE y/o los BENEFICIARIOS deberá(n) dar aviso a la COMPAÑÍA,

COMERCIALIZADOR o CORREDOR DE SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario siguientes a la fecha que tomó conocimiento del suceso o del beneficio, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en el artículo 19.11° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.

II) Documentos: Posteriormente, para efectuar la Solicitud de Cobertura, se deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA, COMERCIALIZADOR o CORREDOR, según corresponda, los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada) en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

a) En caso de Muerte Natural:

Documentación a presentar por el Beneficiario Titular o Beneficiarios Adicionales:

- i. Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder o ante la ausencia de dicho documento, la Ficha RENIEC del ASEGURADO.
- ii. Partida o Acta de Defunción, emitida por RENIEC;
- iii. Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad Financiera;
- iv. Ficha Ruc y/o DNI del (los) Beneficiario(s);
- v. Certificado Médico de Defunción del ASEGURADO, emitido por el médico o personas autorizadas por la autoridad sanitaria.

b) En caso de Muerte Accidental, se deberá presentar:

Documentación a presentar por el Beneficiario Titular o Beneficiarios Adicionales:

- i. Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder o ante la ausencia de dicho documento, la Ficha RENIEC del ASEGURADO.
- ii. Partida o Acta de Defunción, emitida por RENIEC;
- iii. Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por la Entidad Financiera;
- iv. Ficha Ruc y/o DNI del (los) Beneficiario(s);
- v. Atestado Policial Completo, según corresponda;
- vi. Protocolo de Necropsia completo, cuando corresponda, emitido por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público – Fiscalía de la Nación;
- vii. Resultado de Dosaje Etílico y/o Resultado de Análisis Toxicológico; de haberse practicado.

c) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- i. Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder.
- ii. Copia Certificada del Atestado Policial Completo, según corresponda;
- iii. Resultado de Análisis Toxicológico; según corresponda.
- iv. Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa o del Interior, o también por el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir dicho documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente por Accidente.
- v. Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante;
- vi. Historia Clínica en copia fedateada y foliada por la institución de salud (en caso el formato Declaración Médica no fuese suficiente para evaluar el siniestro);
- vii. Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE; y Dosaje Etílico, en caso de accidente de tránsito.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

En caso a la fecha de siniestro el ASEGURADO no haya indicado expresamente a los Beneficiarios Adicionales en el presente Certificado de Seguro, a efectos de brindar la cobertura que corresponde, será necesario que los Herederos presenten, además de los documentos antes señalados en cada cobertura, según corresponda, lo siguiente:

- i. Documento de Identidad del (los) Heredero (s).
- ii. Copia Literal de la Inscripción Definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento inscrito en los Registros Públicos, que designe a los Beneficiarios o Herederos, según corresponda;

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFPs.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta LA ASEGURADORA para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado. LA COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente, información o documento, relacionado al siniestro, que estime pertinente para la calificación y liquidación del siniestro, lo cual deberá ser solicitado dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días de los que tiene para aprobar o rechazar el siniestro.

Definiciones

Asegurado: Titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro. Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos en la presente póliza.

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes. **No se considerará como Accidente el infarto de miocardio, edema agudo, trombosis, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, accidente cerebro vascular; así como los casos de negligencia o impericia médica.**

Beneficiarios: Persona natural o jurídica que tiene el derecho de cobrar la suma asegurada (hasta el límite indicado en el Certificado de Seguro) tras la ocurrencia del siniestro. Incluye al Beneficiario Titular y Beneficiario Adicional. En caso de no designarse Beneficiario(s) Adicional(es), la indemnización se pagará a los herederos del ASEGURADO. En caso de designarse más de un beneficiario y de no señalarse porcentaje de participación, el monto de la indemnización será distribuida en partes iguales. El ASEGURADO podrá modificar la designación de Beneficiarios Adicionales en cualquier momento, mediante comunicación escrita a la COMPAÑÍA.

Beneficiario Titular: Entidad Financiera que otorga un crédito al ASEGURADO. El beneficio para el Beneficiario Titular solo comprende el saldo insoluto de la deuda (**sin considerar intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos**) que mantenga el ASEGURADO a la fecha del siniestro, con el límite máximo de la Suma Asegurada pactada. Si la deuda del ASEGURADO es pagada en su totalidad antes de finalizar el plazo original del crédito, la Entidad Financiera deja de ser Beneficiario de la presente póliza.

Beneficiario(s) Adicional(es): Las personas naturales o jurídicas designadas por el ASEGURADO en la Solicitud del Seguro o Solicitud Certificado, según corresponda, como tales. El beneficio en favor de el/los Beneficiario(s) Adicional(es) comprende la diferencia que exista entre la Suma Asegurada declarada en la Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro, y el saldo insoluto de la deuda (**sin considerar intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos**) a la fecha de ocurrencia del siniestro. En caso no existiese deuda del ASEGURADO a la fecha del siniestro y la póliza se mantuviera vigente, corresponde a el/los Beneficiario(s) Adicional(es) la totalidad de la Suma Asegurada.

Capacidad de Trabajo: Capacidad del ASEGURADO para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las Normas para la evaluación y calificación del grado de Invalidez del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución No.232-98-EF/SAFP y/o sus normas modificatorias y/o complementarias.

Deportes notoriamente peligrosos: Toda aquella actividad deportiva, de ocio o profesional que comporta una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican. Ejemplos: inmersión y caza submarina, montañismo, ala delta, paracaidismo, parapente, saltos al vacío desde puntos elevados, esquí acuático y sobre nieve, boxeo, rugby, fútbol americano, carreras de caballo, corrida de toros y cacería de fieras.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocida y formalizada por las entidades competentes.

Muerte Natural: Es el deceso del ASEGURADO por cualquier causa, con excepción de Suicidio y de lo indicado en Muerte Accidental.

Preexistencia: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

Lugares Habilitados para solicitar la cobertura

Oficinas de la COMPAÑÍA / el COMERCIALIZADOR.

Medios Habilitados para presentar consultas y/o reclamos

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

- En forma verbal o por escrito (carta simple) en la oficina principal de la COMPAÑÍA ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf. (51-1) 417-5000 (*).
- Escribiendo a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección <http://www.chubb.com/pe> opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.
- Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente a los teléfonos 399-1212 (*).

En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario reclamante.
- Fecha de reclamo.

- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro.
- Detalle del reclamo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los quince (15) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*) Horario de Atención: De lunes a jueves: 9:00 am a 6:00 pm y viernes de 9:00 am a 2:00 pm

(**) Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

Otras Instancias Habilitadas para que el Asegurado presente Reclamos y/o Denuncias

- **Defensoría del Asegurado:** En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Telefax: 01 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional.
- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP:** Departamento de Atención al Usuario, Teléfono: 0 -800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional), Dirección: Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro – Lima, Web: www.sbs.gob.pe **INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe.

Domicilio y Comunicaciones

La COMPAÑÍA y el ASEGURADO señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la presente Solicitud-Certificado, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para la presente Solicitud-Certificado.

Asimismo, los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas de forma física o por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la solicitud de seguro (electrónicas o telefónicas), con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

Importante

- La información contenida en la presente Solicitud-Certificado es a título parcial, la cual se complementa con la información contenida en las Condiciones Generales y Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.
- El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a LA COMPAÑÍA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
- Las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE, ASEGURADO o beneficiario al comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por el CONTRATANTE o ASEGURADO al comercializador se consideran abonados a LA COMPAÑÍA en la misma fecha de su realización.
- LA COMPAÑÍA es responsable frente AL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO de la cobertura contratada.
- 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.
- Deducibles, Franquicias o Copago: No aplica.
- La presente Solicitud-Certificado 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 la Ley 29355.

CARGAS

- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- Dentro de la vigencia del contrato de seguro el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

