

Seguro de Desgravamen con Devolución

Solicitud-Certificado de Seguro N° 000000

Póliza N° 44 - 276823

Código SBS: VI2037410010. Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of.402, San Isidro, Lima	Teléfono: (51-1) 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe
Datos del Contratante/Comercializador	
Razón Social: Financiera QAPAQ S.A	RUC: 20521308321
Dirección: Av. Pershing N° 455 Urbanización Country Club	Distrito: Magdalena
Provincia: Lima	Departamento: Lima
Tipo de Crédito	
Individual	
Asegurado	
Nombre completo:	
DNI:	
Dirección:	
Relación con el Contratante: Prestatario	
Beneficiarios	
La COMPAÑÍA pagará el saldo deudor del crédito al CONTRATANTE, como único Beneficiario, de acuerdo a los términos y condiciones de la presente Solicitud-Certificado.	
Edad Máxima de Ingreso y de Permanencia	
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Edad mínima de ingreso: 18 años. ▸ Edad máxima de ingreso: 70 años y 364 días. ▸ Edad máxima de permanencia: 75 años y 364 días. 	
Vigencia del Seguro	
La cobertura del seguro inicia desde el momento en que el crédito ha sido desembolsado al ASEGURADO, hasta la fecha pactada para cancelación del crédito según cronograma inicial de pagos.	
Descripción del Interés Asegurable	
Cubrir el fallecimiento y la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, quien asume un crédito con el CONTRATANTE.	
Suma Asegurada	
Coberturas (*)	Sumas Aseguradas
Muerte Natural	El Saldo Insoluto de la deuda al momento del siniestro, (no incluye intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos); hasta un máximo de S/150,000 (o su equivalente en moneda extranjera) por Asegurado. El límite máximo asegurable aplica para la sumatoria de una o varias Solicitudes-Certificado de este tipo de producto adquiridas por el mismo ASEGURADO.
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	
Sobrevivencia	10.00% de la prima neta pagada, según definiciones en la póliza.

(*) Las coberturas son excluyentes entre sí.

Seguro de Desgravamen con Devolución

Solicitud-Certificado de Seguro N° 000000

Póliza N°44 - 276823

Código SBS: VI2037410010. Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro Lima	Teléfono: (51-1) 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe
Datos del Contratante/Comercializador	
Razón Social: Financiera QAPAQ S.A	RUC: 20521308321
Dirección: Av. Pershing N°455 Urbanización Country Club	Distrito: Magdalena
Provincia: Lima	Departamento: Lima
Tipo de Crédito	
Individual	
Asegurado	
Nombre completo:	
DNI:	
Dirección:	
Relación con el Contratante: Prestatario	
Beneficiarios	
La COMPAÑÍA pagará el saldo deudor del crédito al CONTRATANTE, como único Beneficiario, de acuerdo a los términos y condiciones de la presente Solicitud-Certificado.	
Edad Máxima de Ingreso y de Permanencia	
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Edad mínima de ingreso: 18 años. ▸ Edad máxima de ingreso: 70 años y 364 días. ▸ Edad máxima de permanencia: 75 años y 364 días. 	
Vigencia del Seguro	
La cobertura del seguro inicia desde el momento en que el crédito ha sido desembolsado al ASEGURADO, hasta la fecha pactada para cancelación del crédito según cronograma inicial de pagos.	
Descripción del Interés Asegurable	
Cubrir el fallecimiento y la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, quien asume un crédito con el CONTRATANTE.	
Suma Asegurada	
Coberturas (*)	Sumas Aseguradas
Muerte Natural	El Saldo Insoluto de la deuda al momento del siniestro, (no incluye intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos); hasta un máximo de S/150,000 (o su equivalente en moneda extranjera) por Asegurado. El límite máximo asegurable aplica para la sumatoria de una o varias Solicitudes-Certificado de este tipo de producto adquiridas por el mismo ASEGURADO.
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	
Sobrevivencia	10.00% de la prima neta pagada, según definiciones en la póliza.

(*) Las coberturas son excluyentes entre sí.

Seguro de Desgravamen con Devolución

Solicitud-Certificado de Seguro N° 000000

Póliza N°44 - 276823

Código SBS: VI2037410010. Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Compañía de Seguros	
Nombre: Chubb Seguros Perú S.A.	RUC: 20390625007
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 267 Of. 402, San Isidro Lima	Teléfono: (51-1) 417-5000
Correo Electrónico: atencion.seguros@chubb.com	Página web: www.chubb.com/pe
Datos del Contratante/Comercializador	
Razón Social: Financiera QAPAQ S.A	RUC: 20521308321
Dirección: Av. Pershing N°455 Urbanización Country Club	Distrito: Magdalena
Provincia: Lima	Departamento: Lima
Tipo de Crédito	
Individual	
Asegurado	
Nombre completo:	
DNI:	
Dirección:	
Relación con el Contratante: Prestatario	
Beneficiarios	
La COMPAÑÍA pagará el saldo deudor del crédito al CONTRATANTE, como único Beneficiario, de acuerdo a los términos y condiciones de la presente Solicitud-Certificado.	
Edad Máxima de Ingreso y de Permanencia	
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Edad mínima de ingreso: 18 años. ▸ Edad máxima de ingreso: 70 años y 364 días. ▸ Edad máxima de permanencia: 75 años y 364 días. 	
Vigencia del Seguro	
La cobertura del seguro inicia desde el momento en que el crédito ha sido desembolsado al ASEGURADO, hasta la fecha pactada para cancelación del crédito según cronograma inicial de pagos	
Descripción del Interés Asegurable	
Cubrir el fallecimiento y la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, quien asume un crédito con el CONTRATANTE.	
Suma Asegurada	
Coberturas (*)	Sumas Aseguradas
Muerte Natural	El Saldo Insoluto de la deuda al momento del siniestro, (no incluye intereses compensatorios, moratorios, portes, comisiones u otros gastos); hasta un máximo de S/150,000 (o su equivalente en moneda extranjera) por Asegurado. El límite máximo asegurable aplica para la sumatoria de una o varias Solicitudes-Certificado de este tipo de producto adquiridas por el mismo ASEGURADO.
Muerte Accidental	
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	
Invalidez Total y Permanente por Accidente	
Sobrevivencia	10.00% de la prima neta pagada, según definiciones en la póliza.

(*) Las coberturas son excluyentes entre sí.

Detalle de Coberturas

• **Muerte Natural o Accidental:** En caso de muerte natural o muerte accidental del ASEGURADO durante la vigencia de la póliza, LA COMPAÑÍA pagará al CONTRATANTE la suma asegurada aquí establecida; siempre que EL ASEGURADO no hubiere superado la edad máxima de permanencia. Se considera muerte accidental la producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre el ASEGURADO, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. La Muerte Natural es el deceso del ASEGURADO por cualquier causa, con excepción de Suicidio y la Muerte Accidental. El seguro cubre el riesgo de muerte accidental hasta por un (01) año luego de producido un accidente cubierto bajo esta Póliza. En este caso, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la muerte sobreviniente sea efecto directo de las lesiones originadas por el accidente. La COMPAÑÍA cubrirá el fallecimiento que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

• **Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:** La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada establecida en el presente documento, si el ASEGURADO sufriera alguna enfermedad que fuera la causa 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 la Solicitud-Certificado;

(ii) que la cobertura principal esté vigente,

• **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 de su Invalidez Total y Permanente. Es condición para hacer efectiva la cobertura que se cumpla lo siguiente:

(i) que el accidente que da origen a la invalidez ocurra antes que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia,

(ii) que la Cobertura Principal esté vigente

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la COMPAÑÍA que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia de las lesiones originadas por un accidente. La COMPAÑÍA cubrirá la Invalidez Total y Permanente que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

• **Sobrevivencia:** LA COMPAÑÍA devolverá el porcentaje determinado en el presente documento, de la prima neta pagada por el ASEGURADO; cuando este último cumpla con el periodo ininterrumpido de la vigencia del seguro hasta la fecha de término original de su crédito.

En caso el ASEGURADO cancele anticipadamente el crédito otorgado por EL CONTRATANTE, y como consecuencia de ello la vigencia de este seguro se vea modificada, la presente cobertura de devolución de primas por sobrevivencia del ASEGURADO automáticamente quedará sin efecto alguno.

Asimismo, solo se tendrá esta cobertura si es que las primas del seguro se han pagado completamente durante el periodo de vigencia inicialmente pactado.

Definiciones

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 consideran como Accidentes los llamados "accidentes médicos" tales como infarto de miocardio, edema agudo, trombosis, ataque epiléptico, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, accidente cerebro vascular; así como los casos de negligencia o impericia médica. Tampoco será considerado como Accidente aquellos sucesos originados como repercusión o como consecuencia de eventos, episodios o crisis de estos llamados "accidentes médicos".**

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.

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

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.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una Enfermedad 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.

Prima Neta: Importe cobrado al ASEGURADO por el seguro sin considerar impuestos y gastos de emisión (esto último equivalente al 3%). Para tales efectos se considera la formulación siguiente: $\text{Prima Neta} \times (1 + 3\%) \times (1 + 18\%) = \text{Prima Bruta}$.

Saldo Deudor: Es el capital que el ASEGURADO adeuda al CONTRATANTE. También llamado Saldo Insoluto. Salvo estipulación en contrario, **no incluye intereses compensatorios, moratorios ni portes ni comisiones u otros gastos.**

Prima Comercial y Forma de Pago

Tasa Comercial Mensual por Crédito

Tasa Neta Mensual: 0.182%.

Tasa Bruta Mensual: 0.221%.

Cálculo de la Prima Comercial:

Prima Comercial = {Monto Inicial del Crédito x Tasa Bruta Mensual x [(Fecha Fin – Fecha Inicio) + 1] x (Factor de Financiamiento – Factor de Descuento) + Factor de Financiamiento x 30} / 1.18

Prima Comercial + IGV = {Monto Inicial del Crédito x Tasa Bruta Mensual x [(Fecha Fin – Fecha Inicio) + 1] x (Factor de Financiamiento – Factor de Descuento) + Factor de Financiamiento x 30}

- Fecha Fin: es la fecha de finalización del cronograma de pagos inicial.
- Fecha Inicio: es la fecha de inicio del cronograma de pagos inicial.
- Factor de Financiamiento: es 0.020223 y corresponde al factor diario generado por el financiamiento del seguro.
- Factor de Descuento: es 0.000015225 y corresponde al descuento al optar por el seguro financiado.

Periodicidad de Pago: Pago Único Adelantado

La prima comercial incluye:

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

Medios de Comunicación Pactados

Comunicaciones físicas, electrónicas o telefónicas, salvo que la norma disponga un medio de comunicación específico.

Derecho de Resolver el Contrato sin Expresión de Causa

De acuerdo con el Artículo 18° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida, el ASEGURADO puede resolver el contrato de manera unilateral y sin expresión de causa mediante comunicación escrita cursada con no menos treinta (30) días calendario de anticipación.

Derecho del Contratante de aceptar o no modificaciones a las Condiciones Contractuales 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 a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado, por escrito. 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 mantendrá vigente en los términos originales, hasta su vencimiento.

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

Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar Cobertura

- 1) **Aviso del siniestro:** EL CONTRATANTE y/o los Beneficiarios o Herederos Legales deberá(n) dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario desde el conocimiento del mismo, o de conocido el 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 numeral 20.11 del artículo 20° de las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida.

- 2) **Documentos:** Posteriormente, para la Solicitud de Cobertura, deberá(n) presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA o COMERCIALIZADOR los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada):

En caso de Muerte Natural:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder.
- b) Acta o Partida de Defunción;
- c) Certificado Médico de Defunción completo;
- d) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.

En caso Muerte Accidental, adicionalmente se deberá presentar:

- a) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, según corresponda;
- b) Protocolo de Necropsia completo, según corresponda;
- c) Resultado de Dosaje Etilíco y/o Resultado de Análisis Toxicológico; según corresponda.

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

En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO y/o solicitante, según corresponda;
- b) 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 Enfermedad;
- c) Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante;
- d) 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); y
- e) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a) Documento de identidad del ASEGURADO, en caso lo tenga en su poder.
- b) Copia Certificada del Atestado Policial Completo, según corresponda;
- c) Resultado de Análisis Toxicológico; según corresponda.
- d) 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.
- e) Formato de Declaración Médica suscrita por el médico tratante;
- f) 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);
- g) Estado de Cuenta del préstamo a la fecha de ocurrencia del siniestro, emitido por EL CONTRATANTE.

Para la cobertura de Sobrevivencia:

- a) Declaración Jurada del CONTRATANTE o ASEGURADO que realiza la solicitud, precisando que no se ha producido siniestro alguno durante la vigencia del seguro; debidamente firmada;
- b) Documento de identidad del CONTRATANTE o ASEGURADO que realiza la solicitud.
- c) Cronograma inicial de pagos del crédito emitido por el CONTRATANTE.

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 COMPAÑÍA 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.

El CONTRATANTE/Beneficiarios/Herederos Legales podrá(n) presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente.

Lugares autorizados por la COMPAÑÍA para solicitar la cobertura del Seguro

En las oficinas de la COMPAÑÍA o del CONTRATANTE, cuya dirección se encuentra detallada en la parte introductoria de la Solicitud-Certificado.

Medios Habilitados para presentar Consultas o Reclamos

El CONTRATANTE/ASEGURADO/Beneficiarios/Herederos Legales pueden hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

a. 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(*).

b. 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 www.chubb.com/pe opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.

c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono (51-1) 417-5000(*).

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 treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

(*). 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: Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional, Lima; Telefax: 01 421-0614; Web: www.defaseg.com.pe
- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP: Plataforma de Atención al Usuario: Dirección: Av. Dos de Mayo N°1475, San Isidro, Lima; Teléfono: (51-1) 200-1930 en Lima o 0-800-10840 (llamada gratuita a nivel nacional); Web: www.sbs.gob.pe
- INDECOPI: Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima; Teléfono:(51-1) 2247 7777; Web: www.indecopi.gob.pe

Solución de Controversias

Todas las desavenencias o controversias que pudieran derivarse de la ejecución o interpretación de esta Póliza y de los demás documentos o Endosos que formen parte del Contrato de Seguro, inclusive las que pudieran estar referidas a su nulidad o invalidez, serán resueltas ante el Poder Judicial. También podrá acudir a las instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias, precedentemente señaladas.

Importante

1. 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.
2. El ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro colectivo a LA COMPAÑÍA o al CONTRATANTE, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario contados desde la recepción de la solicitud presentada por el ASEGURADO.
3. Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE, ASEGURADO, sus Beneficiarios o Herederos Legales al COMERCIALIZADOR sobre aspectos relacionados con el Seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA.
4. Los pagos efectuados por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al COMERCIALIZADOR, se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.
5. **En caso se realice el pago anticipado total o parcial de la operación crediticia asociada al presente seguro, EL ASEGURADO tiene derecho a solicitar a la COMPAÑÍA, según corresponda, la devolución de la prima no devengada.**

