

## SLIP – AP SCOTIABANK CON ASISTENCIA

- CONTRATANTE:** Personas Naturales que gocen de buen estado de salud y que tengan operaciones activas con el Banco Scotiabank.
- ASEGURADOS TITULAR:** Personas Naturales que gocen de buen estado de salud, y que sea el contratante del seguro.
- ASEGURADO ADICIONAL:** Personas Naturales mayores de edad que tenga relación directa y familiar con el Asegurado Titular.
- BENEFICIARIOS:** Se considera como beneficiarios a los herederos legales del asegurado.

### COBERTURAS:

#### Sumas aseguradas y Primas mensuales

COBERTURAS		SUMA ASEGURADA
<b>COBERTURA PRINCIPAL</b>		
Muerte por accidente		US\$ 20,000
<b>CLAUSULAS ADICIONALES</b>		
Invalidez total y permanente por Accidente o Enfermedad		US\$ 20,000
Renta Hospitalaria (*)		US\$ 30
Sepelio por Muerte Accidental		US\$ 1,000
Mapfre Asistencias (De acuerdo al cuadro adjunto)		
<b>Plan Titular</b>	<b>Prima Comercial Mensual (**)</b>	<b>US\$ 7.90</b>
<b>Titular + 1 Adicional</b>	<b>Prima Comercial Mensual (**)</b>	<b>US\$ 15.80</b>
<b>Titular + 2 Adicional</b>	<b>Prima Comercial Mensual (**)</b>	<b>US\$ 23.70</b>

(\*) La Cobertura de Renta Hospitalaria se brinda por un máximo de 30 días por año.

(\*\*) La prima mensual incluye IGV

### I. DEFINICIÓN DE LAS COBERTURAS

#### 1. MUERTE ACCIDENTAL:

Se entiende como tal, la que sobrevenga a consecuencia directa de un accidente y que cause el fallecimiento del asegurado, a más tardar, dentro del término de 6 (seis) meses a partir de la fecha en que ocurrió el accidente.

De producirse el fallecimiento por accidente del Asegurado, La Compañía procederá a indemnizar el monto contratado para esta cobertura en reemplazo de la suma establecida para el Contrato Principal.

Es de cargo de los BENEFICIARIOS, acreditar a La Compañía que el fallecimiento del Asegurado es consecuencia de un accidente amparado bajo esta póliza.

**Accidente:** Para los efectos de esta Póliza, se entiende por accidente todo suceso violento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión revelados por los exámenes correspondientes.

**Herederos Legales:** Se entiende por herederos legales a las personas directamente involucradas con el titular, sean estos (Esposa e Hijos).

En caso no hubiese herederos legales, estos serían los padres del titular y si en caso no existiesen las personas señaladas, les correspondería a los hermanos menores de edad la indemnización por muerte accidental

**2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:**

Se entiende por invalidez permanente total para todo trabajo, la situación física y mental irreversible y definitiva, que inhabilite por completo EL ASEGURADO para cualquier actividad laboral o profesional, por el resto de su vida y que se haya determinado médicamente estando la póliza en vigor.

La cobertura estará sujeta a que la invalidez derivada de un accidente o enfermedad ocurrido durante la vigencia del contrato.

Esta invalidez derivada de un accidente o enfermedad, deberá contar con un certificado y/o un Informe médico adicional que determine el menoscabo del Asegurado.

Independientemente de otras causales de invalidez permanente total para todo trabajo, se consideran expresamente las siguientes:

- Enajenación mental completa e incurable que haga imposible todo trabajo u ocupación.
- Paraplejía y cuadriplejía.
- Ceguera absoluta incurable y permanente
- Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.
- Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.
- Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.
- Pérdida completa de una mano y un pie o de un brazo y de un pie.

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

**Cobertura:** En caso EL ASEGURADO quedara inválido de forma permanente, total y definitiva, según se define anteriormente, La COMPAÑÍA procederá a pagar la indemnización indicada en la siguiente Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente Total por Accidente o Enfermedad.

**Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente Total por Accidente o Enfermedad**

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL: Porcentajes de indemnización		
1	Enajenación mental completa e incurable que haga imposible todo trabajo u ocupación	100%
2	Paraplejía y cuadriplejía	100%
3	Ceguera absoluta incurable y permanente	100%
4	Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos	100%
5	Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies	100%
6	Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna	100%
7	Pérdida completa de una mano y un pie o de un brazo y de un pie	100%

Deducible y Periodos de Carencia: No contempla

Si el ASEGURADO sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones fijadas por Invalidez Permanente Total no podrán exceder en conjunto del 100% de la suma asegurada por este concepto.

### **3. RENTA HOSPITALARIA:**

La Compañía pagará la renta hospitalaria señalada en las Condiciones Particulares para la presente cobertura, cuando a consecuencia de un accidente o una enfermedad, EL ASEGURADO deba ser internado necesariamente en un hospital o clínica por disposición de un médico. Esto se cumplirá siempre y cuando la causa de la hospitalización no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones.

En caso de hospitalización por enfermedad, se cubrirá cada evento transcurridos noventa (90) días del inicio de vigencia de la póliza y en caso de hospitalización por accidente, se cubrirá cada evento a partir del primer día de hospitalización.

El número máximo de días a indemnizar bajo esta cobertura, sea por hospitalización a causa de accidente o de enfermedad, se indica en las Condiciones Particulares.

#### **PERIODO DE CARENCIA**

**No procederá el pago de la cobertura de Renta Hospitalaria en caso la hospitalización se genere como consecuencia de una enfermedad y se produzca con anterioridad al fin del “Periodo de Carencia”. Los días del “Periodo de Carencia” se contabilizan desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.**

**No aplica el periodo de carencia en caso la hospitalización se genere como consecuencia de un accidente.**

#### **EXCLUSIONES**

**Además de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal, esta Cláusula Adicional excluye de su cobertura, las hospitalizaciones que se produjeran, directa o indirectamente, como consecuencia de:**

**El uso o adicción a drogas, estupefacientes o alcohol.**

- A. Embarazo y maternidad o tratamiento de infertilidad.**
- B. Obesidad o esterilización, cambio de sexo.**
- C. Enfermedades contagiosas epidémicas que requieren aislamiento.**
- D. Chequeos médicos o despistajes, cirugía estética o plástica con fines de embellecimiento, curas de reposo, estrés, enfermedades emocionales o psicológicas.**

### **4. SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL:**

En caso de fallecimiento de un asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, se procederá a cubrir los gastos incurridos por los siguientes conceptos: Ataúd, nicho perpetuo, capilla ardiente, carroza, carros para flores y cargadores.

**E. MAPFRE ASISTENCIA:**

ASISTENCIA MEDICA	DESCRIPCION
ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA	Horario de atención de lunes a viernes de 2 p.m. a 6 p.m. según el volumen de atenciones puede ampliarse el horario y ajustar la tarifa.
ORIENTACION MEDICA TELEFÓNICA	ILIMITADO
ORIENTACION DENTAL TELEFONICA	Horario de 8:30 a.m. a 8:30 p.m. si el paciente necesita una atención inmediata, el médico de turno lo citará a las instalaciones en coordinación con la central de asistencia.
EMERGENCIA DENTAL 1.- Extracción simple 2.- Radiografía Bite Wing 3.- Radiografía Periapical	3 EVENTOS AL AÑO
ATENCION DE EMERGENCIA DENTAL FUERA DE HORARIO	Este costo se aplica adicionalmente al tratamiento que requiera el paciente, si la atención se da en horarios de 8:30 p.m. a 8:30 a.m.
MEDICO A DOMICILIO (LIMA METROPOLITANA – LIMA CONOS - PROVINCIAS)	CO-PAGO S/. 35 (*) nuevos soles
TRASLADO EN AMBULANCIA (LIMA METROPOLITANA)	3 EVENTOS AL AÑO
TRASLADO EN AMBULANCIA (PROVINCIA)	3 EVENTOS AL AÑO
CHEQUEO COLESTEROL	1 EVENTOS AL AÑO
CHEQUEO GLUCOSA	1 EVENTOS AL AÑO
RED DE DESCUENTOS EN CLÍNICAS Y CENTROS ODONTOLÓGICOS	ILIMITADO

(\*) El precio del Co-Pago por la asistencia del médico a domicilio puede sufrir variaciones.

Todas las atenciones se realizan previa coordinación con nuestra central de asistencia al 51 (1) 2137302.

**MEDPHONE:** El asegurado contará con la asesoría médica especializada, al cual podrá contactar a través de la Central de Asistencia (Teléfonos: 51 (1) 2137302). Este servicio responderá las consultas presentadas por el asegurado las 24 horas del día durante los 365 días del año, dando las sugerencias de los lugares donde puede atenderse.

**ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA:** proporcionará al asegurado, la información y orientación necesaria con respecto a nutrición balanceada, alimentación saludable, calorías, proteínas, carbohidratos, grasas y todo lo concerniente a una sana alimentación de acuerdo al diagnóstico oncológico prescrito por su médico tratante. Este servicio se brindará sin límite de monto ni de evento.

**MEDICO A DOMICILIO:** Otorga al ASEGURADO atención médica a domicilio en las especialidades de Medicina General, por atenciones ambulatorias agudas de baja complejidad. Este servicio no se brinda para urgencias o emergencias accidentales y/o médicas, sólo se ofrece para citas médicas programadas de acuerdo a disponibilidad de los médicos.

Para dicho servicio el ASEGURADO deberá realizar un pago de deducible de S/.35.00 nuevos soles incluido IGV. Este servicio se brinda sin límite de eventos.

Este servicio se brindará tanto en Lima Metropolitana – Conos y en el caso de Provincias sólo en radio urbano: Arequipa, Chiclayo, Lambayeque, Puno, Juliaca/ San Roman, Cajamarca, Cusco, Ica, Huancayo, Trujillo, Piura, Huaraz, Tumbes, Moquegua/Ilo, Tarapoto, Pucallpa/Coronel Portillo, Barranca, Cañete.

**TRASLADO EN AMBULANCIA:** El asegurado podrá contar con el traslado en ambulancia ante una emergencia y la atención se dará tanto en Lima Metropolitana y Conos. Este servicio se brindara solo por 03 eventos al año.  
Zona Geográfica: Lima Metropolitana – Conos

- **Por el Norte:** Carabaylo, Comas, Independencia, los Olivos, Puente Piedra, San Martin de Porras, Ancón y Santa Rosa.
- **Por el Sur:** Chorrillos, Lurín, Pachacamac, Pucusana, Punta Hermosa, Punta Negra, San Bartolo, San Juan de Miraflores, Santa Maria del Mar, Villa el Salvador y Villa Maria del Triunfo.
- **Por el Este:** Ate, Cieneguilla, Chaclacayo, El Agustino, Lurigancho (Chosica), San Juan de Lurigancho, San Luis y Santa Anita.
- **Por el Oeste:** Callao (Cercado), Ventanilla, Mi Peru, Carmen de La Legua, Bellavista, La Perla y la Punta

**\*En caso de provincias solo en radio urbano:** Arequipa, Chiclayo, Lambayeque, Puno, Juliaca/ San Roman, Cajamarca, Cusco, Ica, Huancayo, Trujillo, Piura, Huaraz, Santa/Chimbote, Iquitos/Maynas, Tumbes, Huamanga, Huánuco, Tarapoto, Pucallpa/Coronel Portillo.

**MONEDA**

DOLARES

**LIMITES DE EDAD EN EL SEGURO**

Edades	Titular
Edad mínima de ingreso	18 años cumplidos
Edad máxima de Ingreso	70 años, 11 meses y 29 días
Edad máxima de Permanencia	74 años, 11 meses y 29 días

- Queda establecido que las coberturas de muerte accidental y la de Invalidez Total y Permanente por accidente son mutuamente excluyentes, y por tanto la responsabilidad de LA COMPAÑÍA se limitará al pago de una de ellas.

**II. OPERATIVA**

**1. Entrega de Póliza y Condiciones Particulares**

Se entregará la Póliza y las Condiciones particulares 15 días después de la venta de este, debidamente numerado, conteniendo un resumen de las coberturas, exclusiones y procedimientos para acceder a las indemnizaciones que otorga la póliza, además de los datos personales y dirección de cada Contratante.

**2. Emisión**

La venta se realizara por medio de un call center, que cada semana enviaran a los operadores de logística la información de las ventas, los cuales generaran el número único y devolverán la información al call center. A partir de esto, el call center generará las tramas universales y las enviaran a Mapfre para realizar la emisión de las pólizas.

**3. Cobranza**

La cobranza estará a cargo del **Banco Scotiabank**. La cobranza se realizará a través del cargo en tarjeta de crédito, una vez efectuada la cobranza, el **Banco** enviará la trama de recaudo a MAPFRE bajo la estructura acordada. La Compañía se encargará de enviar la liquidación, en ella se indicará el monto de la comisión que corresponde pagar al **Banco**. Una vez enviada la liquidación, el Banco enviará la factura correspondiente.

### III. EXCLUSIONES

Para la cobertura principal, LA COMPAÑÍA estará eximida de cualquier obligación en caso de fallecimiento de los asegurados debido a alguno de los siguientes supuestos en los que se encuentre de forma activa su participación:

- a) Cuando el ASEGURADO participe de forma activa en carreras de automóviles, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', esgrima o rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros, trapezio, equilibrismo; salto desde puentes, puenting'; halterofilia; o esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard'.
- b) Cualquier enfermedad corporal o mental o tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por el presente seguro, así como los denominados "Accidentes Médicos", como apoplejía, vértigos, infartos y ataques epilépticos.
- c) Fallecimiento a consecuencia de un accidente debido a actividades como piloto y/o asistente de vuelos, trabajos en minas, torres de alta tensión, comunicaciones.
- d) El riesgo de aviación, que comprende tripulación, personal en funciones de la aerolínea fabricante o proveedor del operador aéreo salvo que EL ASEGURADO esté viajando 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.
- e) Como consecuencia de hechos de guerra internacional (declarada o no) o civil, o servicio militar de cualquier clase.
- f) Suicidio o tentativa de suicidio u acto delictuoso provocado por cualquier persona que resultase favorecida con los alcances de este seguro.
- g) Los que tengan origen en actos de imprudencia temeraria o negligencia grave de EL ASEGURADO, así como los derivados de actos delictivos o infractorios de leyes y/o reglamentos.
- h) Accidentes sufridos en situación de enajenación mental o bajo los efectos de bebidas alcohólicas o de drogas y/o estupefacientes, así como por intoxicaciones por ingestión de alimentos o bebidas.
- i) A consecuencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas.
- j) Fallecimiento producido como consecuencia directa o indirecta de la reacción nuclear o contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
- k) Participación activa de EL ASEGURADO en hechos de carácter político o social, huelgas, alborotos o tumultos populares y terrorismo.

### IV. RECONOCIMIENTO DE LA COBERTURA

La aseguradora podrá solicitar los informes médicos adicionales y/o ampliatorios que considere necesarios. Se implementa el formato de Declaración Médica, mismo que deberá ser suscrita por el médico tratante y que podrá actuar en reemplazo de la copia de Historia Clínica, si la misma fuese suficiente para determinar la cobertura del

siniestro, a criterio de la compañía de seguros. Se podrá revisar cada seis meses las condiciones del contrato en función a la siniestralidad registrada.

V. **PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

**A) MUERTE ACCIDENTAL**

El BENEFICIARIO, para solicitar la cobertura por indemnización por muerte accidental, deberá comunicarlo a través de los medios establecidos a LA COMPAÑÍA, Dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o el beneficio.

Con posterioridad al aviso del siniestro EL BENEFICIARIO deberá presentar en las Oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias, los siguientes documentos:

- Copia simple del DNI del asegurado
- Certificado de Defunción, original o copia certificada
- Acta o Partida de Defunción, original o copia certificada
- Copia simple del parte o atestado policial según corresponda.
- Certificado y protocolo de necropsia según corresponda.
- Resultado de examen toxicológico según corresponda.
- Documentos oficiales de identificación de los Beneficiarios

**B) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD:**

Producido un accidente indemnizable en virtud de este Cláusula Adicional se deberán presentarse los documentos siguientes dentro de un plazo máximo de noventa (90) días de ocurrido el siniestro:

Asimismo, deberán presentarse en las Oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias, los documentos siguientes:

- Copia simple del DNI de EL ASEGURADO
- Certificado Médico expedido por una Clínica o Hospital, en el que se determine la fecha de ocurrencia del accidente y fecha en que se determina la invalidez permanente total.
- Copia simple del parte y atestado policial de ser requerido por LA COMPAÑÍA, en caso corresponda.
- Resultado de examen toxicológico de ser requerido por LA COMPAÑÍA, en caso corresponda.

**C) RENTA HOSPITALARIA**

EL Asegurado deberá solicitar a la Compañía la cobertura dentro de un plazo máximo de noventa (90) días, desde la fecha del alta de la hospitalización.

Para la solicitud de cobertura se deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Formato de Declaración de Siniestro proporcionado por la Compañía, debidamente llenado.
- b) Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- c) Original y/o copia legalizada de la orden de hospitalización firmada por el médico tratante.
- d) Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados.
- e) Comprobantes de pago legalmente emitidos por las instituciones hospitalarias.
- f) Original y/o copia legalizada del documento que acredite el alta o salida del Asegurado.

Adicional a los documentos antes indicados, en caso de Hospitalización por Accidente se deberá presentar:

- a) Original y/o copia legalizada del Atestado policial, en caso sea necesario o requerido por La Compañía.
- b) Resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, de haberse realizado.

La Compañía podrá solicitar mayor información sobre la hospitalización del Asegurado, la misma deberá ser solicitada dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) que tiene la Compañía para consentir o rechazar el pago de la renta diaria.

**D) SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL:**

En adición a la documentación requerida para la cobertura del Seguro Principal, para el pago de este beneficio, se deberá presentar la partida de defunción y las facturas originales de los gastos de sepelio por concepto de ataúd, salón velatorio, nicho perpetuo y carroza.

**Queda establecido que esta cobertura NO será de aplicación en caso los referidos gastos hubieran sido amparados por otro seguro. Sólo se cubrirá en estos casos el diferencial no cubierto por el otro seguro hasta el monto del plan elegido.**

**E) MAPFRE ASISTENCIA:**

**\*MEDICO A DOMICILIO**

- La solicitud de atención se debe realizar a través de la Central de Asistencia (Teléfonos: 51 (1) 2137302) indicando el nombre del ASEGURADO. Al momento de la atención se deberá presentar al médico tratante el documento de identidad (DNI o carne de extranjería).
- El médico prestará el servicio en un periodo de tiempo que será coordinado con el solicitante.
- Se cancelará el deducible indicado de S/.35.00.
- El horario de atención es de 8:30 a.m. a 8:30 p.m., de lunes a viernes de acuerdo a programación.

**\*TRASLADO EN AMBULANCIA**

- La solicitud de atención se debe realizar a través de la Central de la Central de Asistencia a los siguientes números (Teléfonos: 51 (1) 2137302) indicando el nombre del ASEGURADO. Al momento de la atención se deberá presentar al médico tratante el documento de identidad (DNI o carne de extranjería).
- El médico prestará el servicio en un periodo de tiempo que será coordinado con el solicitante.

**LA COMPAÑÍA se pronunciará respecto de la solicitud de cobertura del siniestro en un plazo máximo de 30 (treinta) días contados desde la recepción de la documentación e información completa y necesaria para la liquidación del siniestro o del vencimiento de la prórroga que se hubiese solicitado de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.**

**LA COMPAÑÍA podrá solicitar informes, declaraciones, certificados médicos o la historia clínica del ASEGURADO y requerir otros documentos adicionales referidos a la comprobación del siniestro dentro de los primeros 20 días de los 30 que tiene la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro o gestionarlos por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura. Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá exigir que los certificados se extiendan notarialmente legalizados.**

**LA COMPAÑÍA pagará el beneficio de la póliza en el plazo máximo de 30 (treinta) días contados desde la emisión de su pronunciamiento de aprobación de cobertura o desde que haya sido consentido el siniestro.**

**Los BENEFICIARIOS podrá(n) solicitar las coberturas del seguro dentro del plazo de prescripción dispuesto por el Código Civil, Ley del Contrato de Seguro y demás normas que resulten aplicables.**

**No son aplicables a este seguro, deducibles, franquicias, coaseguros y similares.**

**La relación de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias se encuentra detallada en la página web <http://www.mapfre.com.pe/contactanos>**

**VI. PLAZO DE RECLAMOS**

Los reclamos podrán ser presentados hasta 6 meses después de la fecha del fallecimiento del Asegurado. Presentado todos los documentos, la empresa aseguradora se compromete a pagar la indemnización en el plazo máximo de 15 días calendario.

#### **VII. REVISIÓN DE LA PRIMA, TÉRMINOS Y CONDICIONES DE PÓLIZA**

LA COMPAÑÍA queda facultada a modificar las primas y coberturas de este Seguro en función de la siniestralidad registrada o por incremento de los costos de los servicios prestados, previa comunicación por escrito con 30 días de anticipación.

#### **VIII. OPERATIVA EN CASO DE ANULACIÓN DEL CONTRATO**

En caso de que el acuerdo contractual entre LA COMPAÑÍA y el BANCO SCOTIABANK se llegue a resolver, el stock de las pólizas del producto AP Scotiabank será Gestionado por Mapfre Perú Vida, mientras que el recaudo de las primas seguirá estando a cargo del banco.