

Seguro de Sepelio - Soles

Condiciones Generales

Código de Registro: VI0508110195

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I CONSIDERACIONES GENERALES

1. DEFINICIONES
2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA
3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO
4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO
5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA
6. CAUSALES DE TÉRMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO
7. RESOLUCION CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA)
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO
9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA
10. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO
11. REHABILITACION DE LA COBERTURA
12. COMPROBACION DE LA EDAD
13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA
14. ATENCION DE RECLAMOS Y REQUERIMIENTOS
15. DEFENSORIA DEL ASEGURADO
16. INDISPUTABILIDAD
17. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES
18. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS
19. PRESCRIPCION LIBERATORIA

20. TRIBUTOS

CAPITULO II CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

21. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

22. COBERTURAS

23. EXCLUSIONES

24. AVISO DE SINIESTRO; PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO Y PAGO DE SINIESTRO

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

El presente contrato 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 Ley N° 29355.

LA ASEGURADORA se compromete a proteger al ASEGURADO contra los riesgos que se especifican en la presente Póliza, si la información proporcionada por el CONTRATANTE o ASEGURADO es verdadera.

La Póliza y sus eventuales endosos debidamente firmados son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

No se podrá contratar un seguro para caso de muerte sobre menores de dieciséis (16) años de edad o personas declaradas judicialmente incapaces. Se exceptúan de esta prohibición, los contratos de seguros en los que la cobertura de muerte resulte inferior o igual a la Prima satisfecha por la Póliza o al valor de rescate según lo indicado en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES:

- **Accidente:** Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.
- **Asegurado:** Persona natural cuyo nombre y demás datos de identificación constan en las Condiciones Particulares, y cuya vida se asegura en la presente Póliza, para lo cual debe cumplir con los requisitos de edad y condiciones de asegurabilidad establecidos en esta. Se refiere al ASEGURADO TITULAR y ASEGURADOS DEPENDIENTES.
- **Asegurado titular:** Es la persona detallada en el Condicionado Particular del contrato de seguros. Es el CONTRATANTE de la presente Póliza y el obligado al pago de las primas.
- **Asegurado Dependiente:** Es el ASEGURADO que es Cónyuge/Conviviente y/o hijos menores de veintinueve (29) años de edad y/o los integrantes adicionales menores de cincuenta y seis (56) años de edad que cumplan con los requisitos de asegurabilidad.
- **Integrante Adicional:** Es el familiar en primer o segundo grado consanguíneo del ASEGURADO TITULAR y/o cónyuge o conviviente, siempre y cuando el cónyuge y/o conviviente se encuentren declarados como ASEGURADOS de la póliza de Seguro.

Donde:

- Familiar en primer grado consanguíneo: RELACION PADRE – HIJO
- Familiar en segundo grado consanguíneo: RELACION ABUELO - NIETO y HERMANO - HERMANO
- **Beneficiario:** Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza. Si se designaron varios BENEFICIARIOS sin indicación de porcentajes de participación sobre la indemnización o beneficio, la repartición se hará en partes iguales. En caso no se designen BENEFICIARIOS, o por cualquier causa la designación se vuelva ineficaz o quede sin efecto, los BENEFICIARIOS serán los herederos declarados de acuerdo a ley, en caso corresponda. El CONTRATANTE tiene la potestad de modificar a los BENEFICIARIOS, salvo que haya cedido este derecho al ASEGURADO.

- **Buena Salud:** No adolecer de enfermedad preexistente.
- **Comercializador:** Persona natural o jurídica proveedora de bienes y servicios (incluido Entidades Financieras) que cuenten con establecimientos propios o de terceros, que realizan la oferta de los productos de seguros, mostrando los beneficios que brindan y las ventajas de su contratación.
- **Contratante:** Es el ASEGURADO TITULAR, persona natural que firma este contrato de seguro con LA ASEGURADORA y quien es el responsable del pago de las Primas, salvo pacto en contrario.
- **Convenio de Pagos o Cronograma de Pago:** Documento en el que consta el compromiso del CONTRATANTE de Pagar la Prima en la forma y plazos pactados con LA ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular.
- **Corredor de Seguros:** Es la persona que realiza la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Entre sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza de Seguros, entre otros. También se les conoce como “Broker” o “Agente de seguros”.
- **Culpa Inexcusable:** Quien por negligencia grave no ejecuta la obligación. Se presenta cuando no se toman las diligencias y los cuidados más elementales; no es intencional el no cumplir.
- **Declaración inexacta:** Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.
- **Declaración personal de salud – DPS:** Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud y del estado de salud de sus DEPENDIENTES. La Declaración Personal de Salud, deberá

realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por LA ASEGURADORA, pudiendo encontrarse como parte de la Solicitud de Seguro.

- **Días:** Días calendario.
- **Dolo:** Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar.

Tiene el mismo efecto que la Culpa Inexcusable, salvo las excepciones previstas normativamente.

- **Endoso:** Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del CONTRATANTE, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por LA ASEGURADORA y el CONTRATANTE, según corresponda.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por el seguro. Las exclusiones se encuentran expresamente indicadas en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales.
- **Indemnización, Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares y que será pagado por LA ASEGURADORA al/los BENEFICIARIO(S) en caso que ocurra un siniestro, siempre y cuando cuente con cobertura bajo los términos de la Póliza.
- **Interés Asegurable:** Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el deseo que debe tener el CONTRATANTE para obtener la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca, ya que, en caso que se produzca, le generaría un perjuicio económico.
- **La Aseguradora:** Es RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS. Es la empresa que emite la presente Póliza, y que otorgará la Indemnización, Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada, en caso se produzca un siniestro que cuente con cobertura bajo los términos de la presente Póliza.

- **Muerte Natural:** Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado en el caso de muerte accidental.
- **Muerte Accidental:** Fin de la vida del ASEGURADO, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

· **Póliza:** Es el documento emitido por la ASEGURADORA en el que consta el contrato de seguro. Está conformado por las presentes Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, si las hubiere entre las que se encuentran las cláusulas adicionales de haberlas; Solicitud; sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda. En caso de producirse discrepancias entre las condiciones de esta Póliza, queda convenido que las condiciones especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares y éstas prevalecen sobre las generales. En las presentes Condiciones Generales y en los demás documentos que formen parte de la Póliza, se podrá hacer referencia indistintamente a Póliza de Seguro o a Contrato de Seguro.

- **Prima o Prima Comercial.** Es el precio del Seguro determinado por LA ASEGURADORA, la cual debe ser pagada bajo la forma y plazo establecida en la Póliza. Este precio incluye la Prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de LA ASEGURADORA.
- **Prima Neta.** Es la Prima comercial sin incluir el Gasto de Emisión.
- **Prima Pura de Riesgo:** Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro.
- **Reticencia:** Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO.

- **Siniestro:** Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.
- **Sistemas de Comercialización a Distancia:** Sistemas de telefonía, internet u otros análogos que le permiten a LA ASEGURADORA de manera propia o a través de entidades financieras, acceder de modo no presencial a los potenciales asegurados, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.
- **Tasa de costo efectivo anual (TCEA):** Tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el usuario, con el monto por concepto de Prima comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de trescientos sesenta (360) días.
- **Tasa interna de retorno (TIR):** Tasa que permite igualar el monto que se ha otorgado como componente de ahorro o inversión con el valor actual del monto que efectivamente se recibe al vencimiento del plazo, calculada a un año de trescientos sesenta (360) días.

ARTÍCULO 2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

LA ASEGURADORA se compromete a indemnizar al ASEGURADO o BENEFICIARIO de acuerdo con las condiciones de la póliza.

ARTÍCULO 3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO:

- El CONTRATANTE/ASEGURADO TITULAR se compromete a pagar la prima.
- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR se obliga a llenar y completar debidamente la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre LA ASEGURADORA cuando corresponda. En caso la normativa vigente permita la contratación de este tipo de seguro mediante mecanismos de comercialización a distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.

- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a brindar a LA ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso corresponda, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de LA ASEGURADORA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.
- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y LA ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.
- La póliza se basa en la información ofrecida por el ASEGURADO o CONTRATANTE en la Solicitud de Seguro y en cualquier otra comunicación escrita con LA ASEGURADORA.
- El ASEGURADO se compromete a facilitar a LA ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera LA ASEGURADORA.

ARTICULO 4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO:

La presente póliza tiene vigencia desde las doce del mediodía (12:00 m.) hasta las doce del mediodía (12:00 m.) de las fechas señaladas en las Condiciones Particulares y está supeditada a las particularidades señaladas en el Capítulo II del presente documento.

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

La Póliza de Seguro se renueva automáticamente, en las mismas condiciones vigentes en el período anterior, salvo que LA ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, conforme al procedimiento descrito en el literal D del artículo quinto del presente documento.

ARTÍCULO 5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA

A. Solicitud de modificación de la Póliza formulada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO (rectificación por errores o inconsistencias materiales)

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE pueden solicitar -por escrito- la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendario posteriores a su recepción.

La solicitud de modificación a la que se refiere el primer párrafo del presente artículo, obliga a LA ASEGURADORA solo desde que esta comunique al ASEGURADO y/o CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso que LA ASEGURADORA no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el CONTRATANTE tiene el derecho de resolver el Contrato de Seguro.

B. Observación de diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza:

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta y/u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE, si no reclama dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la Póliza.

No obstante, la aceptación indicada en el párrafo precedente, se presume solo cuando LA ASEGURADORA haya advertido al CONTRATANTE en forma detallada, mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por LA ASEGURADORA, se tendrán las diferencias como no escritas, excepto cuando estas sean favorables para el ASEGURADO.

Para producir efectos antes de los treinta (30) días, la aceptación de las diferencias por parte del CONTRATANTE deberá ser expresa.

Cuando existan diferencias entre los términos y condiciones del seguro ofrecidas mediante sistemas de publicidad y el contenido de la Póliza, relativas al mismo Seguro, prevalecen las condiciones más favorables para el ASEGURADO.

C. Cambio de condiciones contractuales durante la vigencia de la Póliza:

LA ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por LA ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

D. Renovación automática de la Póliza:

Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el período anterior, salvo que LA ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, para lo cual, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia de la Póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA ASEGURADORA, quién emitirá la Póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones realizadas.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA ASEGURADORA sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

En el caso que el CONTRATANTE, no desee la renovación de la Póliza, deberá comunicarlo a LA ASEGURADORA en un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

La renovación automática solo procederá siempre que, la prima de la presente Póliza haya sido completamente cancelada antes del término de la vigencia y en el caso de fraccionamiento de la prima que no existan cuotas impagas; caso contrario, la Póliza solo se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

ARTICULO 6. CAUSALES DE TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO:

El contrato de seguro terminará en la primera de las siguientes fechas o lo que ocurra primero, sin necesidad de aviso previo, simultáneo o posterior por parte de LA ASEGURADORA:

- a. **Se produzca un siniestro en el ASEGURADO TITULAR que de lugar al pago del cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada de la cobertura de la presente Póliza.**

- b. **Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.**

- c. **En caso corresponda, al término de la anualidad correspondiente a la fecha en que el ASEGURADO TITULAR haya cumplido la edad máxima de permanencia, que será señalada en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales.**

- d. **Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.**

En caso se produzca la terminación contractual, LA ASEGURADORA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. Asimismo, procederá a devolver al CONTRATANTE, el importe de la prima correspondiente al período de vigencia no transcurrido, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se produjo al terminación.

ARTICULO 7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA):

La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a. **Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, surtiendo efectos inmediatos desde la fecha en que la ASEGURADORA recibió dicha comunicación. Sin perjuicio de ello, la resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.**
- b. **Por falta de pago de la Prima en el caso que LA ASEGURADORA decida resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación de LA ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.**
- c. **Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a LA ASEGURADORA por escrito en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; LA ASEGURADORA podrá manifestar su**

voluntad de resolver el Contrato de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación, y surtirá efectos una vez que el CONTRATANTE haya recibido por parte de la ASEGURADORA, la correspondiente comunicación de resolución. Si LA ASEGURADORA opta por resolver el Contrato de Seguro tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si LA ASEGURADORA opta por continuar con el Contrato de Seguro podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra prima o de modificar las condiciones contractuales.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a LA ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Contrato y percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE o ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo, LA ASEGURADORA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i. El CONTRATANTE o ASEGURADO incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.**
- ii. Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de LA ASEGURADORA.**
- iii. Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.**
- iv. LA ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.**

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, LA ASEGURADORA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización, la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al CONTRATANTE, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

La presente Póliza de Seguro no podrá ser modificada o dejada sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del ASEGURADO, siempre que éste no conociera dicho cambio, al momento de la contratación de la presente Póliza.

- d. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En caso de incurrirse en la presente causal el (los) ASEGURADO(S) o el (los) BENEFICIARIO(S) o el (los) heredero(s) legal(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s). En este supuesto, la indemnización que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al beneficio. En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actué, contando con los poderes legales suficientes, en nombre y representación de los demás ASEGURADOS, BENEFICIARIOS o herederos legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados.**

En la situación descrita en el literal d) anterior, LA ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que se efectúe la resolución. Le corresponde a LA ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. Sin perjuicio de lo antes indicado, LA ASEGURADORA procederá a responder la solicitud de cobertura (rechazo) dentro de los plazos establecidos por la norma.

- e. En caso de declaración inexacta o reticente que no sea producto de dolo o culpa inexcusable, RIMAC podrá resolver la póliza enviando una comunicación dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que el Contratante rechace la propuesta de modificación y/o reajuste de primas, la misma que surtirá efectos inmediatos una vez que el CONTRATANTE haya recibido dicha comunicación. RIMAC te enviará la propuesta dentro de los 30 días siguientes de constatada la reticencia o declaración inexacta y el Contratante podrá aceptarla o rechazarla dentro de los 10 días posteriores.**

- f. En caso que el Asegurado, cuando es persona distinta al Contratante, manifiesta su voluntad de revocar su consentimiento a ser asegurado, la misma que surtirá efectos inmediatos una vez que la ASEGURADORA haya recibido dicha comunicación.**

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por:

- **El CONTRATANTE, a su sola decisión y sin motivo alguno, conforme al literal a) precedente, o en caso que el ASEGURADO sea persona distinta al CONTRATANTE, conforme al literal f) precedente.**
- **LA ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b) al e) precedentes.**

Producida la resolución del Contrato de Seguro, por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, LA ASEGURADORA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

En caso que la resolución se haya producido por parte de LA ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, LA ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por el CONTRATANTE, el plazo con el que cuenta LA ASEGURADORA para realizar el reembolso a favor del CONTRATANTE es de treinta (30) días contados desde la fecha en que se haya presentado la solicitud de resolución. No resultan aplicables al reembolso de las primas penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

LA ASEGURADORA se libera de responsabilidad por los siniestros que se produzcan con posterioridad a la fecha de resolución del Contrato de Seguro. Por tanto, LA ASEGURADORA no brindará cobertura alguna por gastos incurridos después de la terminación del Seguro o resolución del Contrato.

ARTICULO 8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro desde el inicio de vigencia, debido a que existía una causal al momento de su celebración que hubiera impedido su celebración o modificado sus condiciones, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo:

- a. **Si el CONTRATANTE hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.**

- b. **Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.**

- c. **Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si LA ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso que no medie dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, el contrato seguirá vigente. Para el caso descrito en el presente literal, LA ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que LA ASEGURADORA conoce de la reticencia o declaración inexacta, se haya producido o no el siniestro. La comunicación por la cual se invoca la nulidad debe ser fehaciente.**
- d. **La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO acarrea la nulidad del contrato de seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la Póliza para asumir el riesgo. En este caso, se procederá a la devolución de la Prima pagada.**

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- **El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a LA ASEGURADORA el importe total de la suma recibida.**

- **LA ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se comunicó la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por LA ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio. La ASEGURADORA procederá a devolver el exceso de las primas dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se notificó la nulidad.**

ARTICULO 9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

9.1 Si el CONTRATANTE y/ o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO que fueron materia de una pregunta y respuesta expresa en la Solicitud de Seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

9.2 Si el CONTRATANTE y/ o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:

- i. Constatación ANTES que se produzca el siniestro: LA ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso la propuesta sea aceptada, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del CONTRATANTE, LA ASEGURADORA podrá resolver la Póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal. Corresponden a LA ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- ii. Constatación DESPUES que se produzca el siniestro: LA ASEGURADORA reducirá la indemnización a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida.

ARTICULO 10. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

PAGO DE LA PRIMA:

10.1 Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en la fecha de pago y forma establecidas en las Condiciones Particulares.

10.2 La prima es debida por el CONTRATANTE a LA ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el BENEFICIARIO.

10.3 El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.

10.4 Previo acuerdo que constará mediante Endoso que formará parte de la Póliza, LA ASEGURADORA podrá modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la Póliza, salvo que se haya pactado el diferimiento del pago de la última cuota, en cuyo caso el plazo para el pago de la misma no podrá exceder de treinta (30) días siguientes a la fecha de fin de vigencia. En caso de fraccionamiento de la prima o que exista un cronograma de cuotas de la prima, que incluya intereses, la Tasa de Costo efectivo Anual aplicable (TCEA) se indicará en las Condiciones Particulares.

10.5 LA ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO por la presente Póliza, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o BENEFICIARIO en caso de siniestro, bajo la presente Póliza.

10.6 Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de LA ASEGURADORA provenientes de

siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con LA ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de LA ASEGURADORA.

10.7 En caso de Siniestro Total que deba ser indemnizado en virtud de la presente Póliza, la Prima calculada para cubrir el riesgo se entenderá totalmente utilizada, debiendo LA ASEGURADORA descontarla del pago de la indemnización correspondiente.

10.8 En caso corresponda, LA ASEGURADORA realizará una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la Prima, la cual constará en las Condiciones Particulares.

10.9 Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago aplicándosele las siguientes condiciones:

1.
 1.
 - i. Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos.
 - ii. Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el período de cobertura.
 - iii. Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del Seguro el CONTRATANTE deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de conformidad con lo detallado en el Convenio de Pago, inclusive en caso de pago diferido.
 - iv. En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas se aplicará la suspensión y resolución conforme a lo que establece el presente artículo.
 - v. LA ASEGURADORA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado, o en su defecto, el interés legal.

10.10 El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que LA ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o

documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.

10.11 Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de LA ASEGURADORA. Cualquier pago realizado al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.

EFFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

i. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA. -

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, LA ASEGURADORA comunica de manera cierta al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro.

LA ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

ii. RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA (FINALIZACIÓN ANTICIPADA). -

LA ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de LA ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

iii. EXTINCION DEL CONTRATO DE SEGURO. -

Se deja expresa constancia que si LA ASEGURADORA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo originalmente pactado para el pago de la prima en la Póliza de Seguro o en el Convenio de Pago respectivo, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a LA ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

ARTICULO 11. REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA:

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que LA ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro o el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, **no siendo LA ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.**

ARTICULO 12. COMPROBACIÓN DE LA EDAD:

Para determinar la Prima correspondiente a la presente Póliza, se considerará la edad que tenga el ASEGURADO al primer día de vigencia de la Póliza, indicada en las Condiciones Particulares.

La comprobación y/o acreditación de la edad declarada por el ASEGURADO podrá efectuarse durante la vigencia en cualquier momento, mediante la presentación del documento oficial de identidad.

Si se comprueba la inexactitud en la edad del ASEGURADO, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la Prima anual percibida por LA ASEGURADORA.
- b. Si es menor, se rectificarán las Primas en el futuro y se devolverá el exceso de Primas percibidas sin intereses, dentro de los 30 días calendarios siguientes a la fecha en que se comprobó la declaración inexacta.

ARTICULO 13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

Se considera fraudulento:

1. 13.1 La presentación de una solicitud de cobertura engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
1. 13.2 Emplear medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
1. 13.3 Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO bajo su complicidad o consentimiento.

El(los) ASEGURADO(S) o el(los) BENEFICIARIO(S) o el (los) heredero(s) legal(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s). En este supuesto, la indemnización que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al beneficio.

En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actué, contando con los poderes legales requeridos para ello, en nombre y representación de los demás ASEGURADOS, BENEFICIARIOS o herederos legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados.

LA ASEGURADORA está autorizada a realizar las investigaciones que fueran necesarias y solicitar la información correspondiente para comprobar las situaciones antes señaladas.

ARTICULO 14. ATENCION DE RECLAMOS Y REQUERIMIENTOS:

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar un reclamo o requerimiento de manera gratuita, bajo cualquier modalidad detallada a continuación:

14.1 Por vía telefónica: A través de la Central de Consultas y Reclamos descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro.

14.2 Por escrito: Mediante carta dirigida a LA ASEGURADORA la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención al Cliente o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el Resumen de la presente Póliza.

Los reclamos y requerimientos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de su recepción.

ARTICULO 15. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) BENEFICIARIOS, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna 307, piso 9, San Isidro, Lima, teléfono (01) 421-0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y LA ASEGURADORA sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para LA ASEGURADORA.

Debe interponerse previamente el reclamo ante LA ASEGURADORA para poder acudir a la Defensoría del Asegurado.

ARTICULO 16. INDISPUTABILIDAD:

Si transcurren dos (2) años desde la celebración del contrato, LA ASEGURADORA no puede invocar la reticencia o falsa declaración del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, excepto cuando es dolosa.

ARTICULO 17. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los BENEFICIARIOS y LA ASEGURADORA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes podrán remitirse a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia.

Las coberturas provisionales, prorrogas y cualquier documento de extensión de cobertura suscritos por las personas autorizadas por LA ASEGURADORA tienen valor hasta la fecha de vencimiento indicada en dichos documentos o hasta tanto se emitan y suscriban los documentos definitivos que corresponda, lo que ocurra primero.

En caso de contratación a través de sistemas de comercialización a distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este tipo de seguro bajo dicho sistema de comercialización, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del Seguro o cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de los mecanismos de comunicación acordados en el Contrato de Seguro, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos.

El CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán informar a LA ASEGURADORA la variación de sus datos de contacto, en caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio carecerá de valor y efecto para el presente Contrato.

Para los efectos del presente Contrato LA ASEGURADORA, el CONTRATANTE y el ASEGURADO señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 18. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda, de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo, consulta o denuncia ante la Defensoría del ASEGURADO, Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros, según corresponda.

ARTICULO 19. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurre el siniestro, o, en caso de fallecimiento del Asegurado, desde la fecha en que el Beneficiario tome conocimiento del beneficio, según corresponda, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

ARTICULO 20. TRIBUTOS:

Todos los tributos presentes que graven las Primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de LA ASEGURADORA y no puedan ser trasladados.

CAPITULO II

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTICULO 21. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Podrán asegurarse bajo la presente modalidad de seguro las personas naturales que cumplan con las siguientes condiciones:

- a. Hayan respondido en forma negativa todas las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) o cuyas solicitudes de Seguro hayan sido aceptadas por LA ASEGURADORA, según corresponda.
- b. Que el ASEGURADO TITULAR perciba una remuneración o pensión mensual de la empresa donde actualmente labora, o laboró, según corresponda, y que a dicha suma pueda cargarse el costo de la prima del presente Seguro.
- c. La empresa donde actualmente labora o laboró el ASEGURADO TITULAR, según corresponda, haya aceptado realizar bajo autorización de éste último, el descuento respectivo del pago de su remuneración mensual o pensión percibida, para cumplir con el pago de la prima correspondiente al Plan de Seguro elegido por éste y de sus dependientes, si fuera el caso.
- d. **El ASEGURADO TITULAR y su Grupo Asegurado según la siguiente descripción. El número máximo de ASEGURADOS por póliza de seguro dependerá de la Alternativa contratada por el ASEGURADO TITULAR y que figura en las Condiciones Particulares de la presente póliza.**
 - **Alternativa 1:** Permite asegurar al ASEGURADO TITULAR y hasta cinco (5) personas adicionales que pueden ser su cónyuge o conviviente, hijos menores de veintinueve (29) años de edad o integrantes adicionales menores de cincuenta y seis (56) años.
 - **Alternativa 2:** Permite asegurar al ASEGURADO TITULAR y hasta seis (6) personas adicionales que pueden ser su cónyuge o conviviente, hijos menores de veintinueve (29) años de edad o integrantes adicionales menores de cincuenta y seis (56) años.

Características del Grupo Asegurado:

· **Titular y cónyuge (o conviviente) que al inicio del seguro tengan menos de sesenta y seis (66) años de edad.**

· **Hijos menores de veintinueve (29) años de edad, siempre que vivan en el mismo domicilio y sean económicamente dependientes del ASEGURADO TITULAR y/o cónyuge o conviviente. Para determinar a los hijos que son asegurados mediante la presente Póliza de Seguro, es obligatorio que su padre o madre se encuentren declarados como ASEGURADOS en la presente póliza de Seguro.**

· **Integrantes adicionales menores de cincuenta y seis (56) años de edad al contratar el seguro siempre que vivan en el mismo domicilio y que sean económicamente dependientes del ASEGURADO TITULAR y/o cónyuge o conviviente.**

· **Los integrantes adicionales menores de cincuenta y seis (56) años de edad son familiares en primer o segundo grado consanguíneo del ASEGURADO TITULAR y/o cónyuge o conviviente siempre y cuando el cónyuge y/o conviviente se encuentren declarados como ASEGURADOS de la póliza de Seguro.**

Donde:

- **Familiar en primer grado consanguíneo: RELACION PADRE – HIJO.**
- **Familiar en segundo grado consanguíneo: RELACION ABUELO - NIETO y HERMANO – HERMANO.**

Luego de iniciada la vigencia de la póliza, la permanencia en el seguro es sin límite de edad para todos los integrantes del Grupo Asegurado.

ARTICULO 22. COBERTURAS:

Las coberturas de la presente póliza solo podrán ser utilizados por el ASEGURADO TITULAR, sus dependientes y/o integrantes del Grupo Asegurado luego de transcurridos treinta (30) días de iniciada la vigencia del seguro en el caso de muerte natural.

Sin perjuicio de lo señalado en el párrafo precedente y en el Artículo 4 de las presentes Condiciones Generales, para el caso de muerte accidental la atención es inmediata a las cuarenta y ocho (48) horas desde la firma de la Solicitud de Seguro.

Adicionalmente, los nuevos ASEGURADOS DEPENDIENTES Y/O INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO que se inscriban después de entrar en vigencia el seguro, quedarán asegurados a partir del primer día del mes siguiente al que se solicite la inscripción o a partir del pago de la prima correspondiente, previa aceptación de LA ASEGURADORA. El periodo de carencia señalado en el primer párrafo también rige para estos nuevos ASEGURADOS, los treinta (30) días serán contados a partir de su efectiva incorporación a la Póliza.

LA ASEGURADORA se obliga por la vigencia de la presente póliza a cubrir los gastos funerarios del ASEGURADO TITULAR y LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES y/o INTEGRANTES ASEGURADOS así como a pagar al(los) BENEFICIARIO(S) designado(s), la Suma Asegurada que se estipulan en las Condiciones Particulares, no pudiendo reclamar los BENEFICIARIOS un importe superior a éste.

Las coberturas son las siguientes:

22.1 Cobertura de Sepelio: En caso de fallecimiento del ASEGURADO TITULAR o de los ASEGURADOS DEPENDIENTES, la cobertura de Sepelio se activará de las siguientes formas:

22.1.1 Servicio de Sepelio: El servicio de sepelio es otorgado por LA ASEGURADORA a través de la funeraria afiliada ofreciendo lo detallado en las Condiciones Particulares. Este servicio a través de la funeraria afiliada sólo se hará efectivo a nivel nacional. En caso de fallecimiento en el extranjero serán pagados por LA ASEGURADORA mediante la modalidad de Pago por Indemnización al presentar todos los documentos en caso de siniestro y de encontrarlos LA ASEGURADORA conformes.

Las alternativas de sepultura y ataúdes varían según el plan escogido por el ASEGURADO TITULAR e indicado en las Condiciones Particulares.

Importante:

- Se ofrece la opción de cremación para ambos planes en Lima.
- Se ofrece el servicio de sepultura solo en Lima.
- El Servicio de Sepelio se brindará considerando la Suma Asegurada máxima del plan elegido y según disponibilidad y radio de acción de la Funeraria. En las ciudades en donde la Funeraria no pueda brindar el Servicio de Sepelio, el ASEGURADO deberá proceder a reclamar la Suma Asegurada mediante las modalidades de reembolso o indemnización.

Plan Especial	Plan Tradicional
<p>Servicios Profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sepultura individual en Campo Fe Huachipa (Lima) o a elección de la familia. (Hasta S/ 2,110) • Ataúd en madera al duco modelo "Amadeus" • Adornos en bronce para el ataúd. • Capilla Ardiente de Lujo. • Carroza de Lujo. • Carro porta flores. • Trámites e instalación del servicio. • Conducción del féretro al velatorio, domicilio o cementerio destino. • Asistencia de Director Funerario. • Preparación Tanatológica. • Partida de Defunción Original <p>Dos servicios adicionales a escoger por la familia, entre la lista que se detalla a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cargadores. • Vehículo de Acompañamiento para veinticuatro (24) personas. 	<p>Servicios Profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sepultura individual en Campo Fe Norte (Lima) o a elección de la familia. (Hasta S/ 1,760) • Ataúd en madera al duco modelo "Esperanza". • Adornos en bronce para el ataúd. • Capilla Ardiente de Lujo. • Carroza de Lujo. • Carro porta flores. • Trámites e instalación del servicio. • Conducción del féretro al velatorio, domicilio o cementerio destino. • Asistencia de Director Funerario. • Preparación Tanatológica. • Partida de Defunción Original.

<ul style="list-style-type: none">• Aviso de Defunción tamaño 2x1 en diario “El Comercio”.• Arreglo Floral (Corona de Flores).• Salón Velatorio.	
---	--

22.1.2 Pago por Reembolso: Si la prestación del servicio de sepelio no se realizara a través de la funeraria afiliada, LA ASEGURADORA reembolsará el importe de los gastos de sepelio hasta el monto establecido en el plan contratado y especificado en las Condiciones Particulares. Este se otorgará a la persona que demuestre haber realizado dicho gasto mediante presentación de factura o boleta originales sujetos a verificación, las cuales de ser adulteradas o falsificadas, liberará a LA ASEGURADORA de toda responsabilidad de cobertura del siniestro.

22.1.3 Pago por Indemnización: Si la prestación del servicio de sepelio no se realizara a través de la funeraria afiliada, LA ASEGURADORA entregará a los BENEFICIARIOS el monto total establecido en el Plan Contratado y especificado en las Condiciones Particulares presentando los mismos documentos requeridos para la solicitud de cobertura bajo la modalidad de reembolso, a excepción de las boletas o facturas originales de los gastos de sepelio efectuados, de acuerdo a lo señalado en el numeral 24.2.3

22.2 Cobertura de Traslado: LA ASEGURADORA reembolsará los gastos de transporte efectuados por los deudos para el traslado del ASEGURADO fallecido hasta el lugar de inhumación escogido por cualquier medio de transporte dentro del territorio nacional y hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de acuerdo al plan contratado.

22.3 Cobertura de Luto: Al fallecimiento del titular y/o cónyuge o conviviente, LA ASEGURADORA entregará a los BENEFICIARIOS y a falta de estos a los herederos legales el beneficio correspondiente señalado en las Condiciones Particulares. En ningún caso se entregará este beneficio a causa del fallecimiento de otro miembro del Grupo Asegurado.

22.4 Cobertura adicional de Luto por Accidente: Al fallecimiento del titular y/o cónyuge o conviviente u otro miembro del Grupo Asegurado a

causa de un accidente, LA ASEGURADORA entregará a los BENEFICIARIOS y a falta de estos a los herederos legales el beneficio correspondiente señalado en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 23. EXCLUSIONES:

Este seguro no cubre:

1.
 - a. **Suicidio, auto mutilación o auto lesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años desde la fecha de contratación del seguro.**
 - b. **Diabetes mellitus, tuberculosis, cáncer y SIDA. Los siniestros ocurridos por estas enfermedades estarán excluidos durante el primer año de vigencia.**
 - c. **El fallecimiento del Asegurado ocasionado como consecuencia de guerra civil o internacional (declarada o no).**
 - d. **El fallecimiento del Asegurado como consecuencia de tumulto popular y/o terrorismo con características catastróficas.**
 - e. **El fallecimiento del Asegurado como consecuencia de participación del ASEGURADO como conductor o acompañante en carreras o ensayos de velocidad o resistencia de bicicletas, automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.**
 - f. **El fallecimiento del Asegurado cuando éste participó en actos delictivos o infractorios de leyes y/o reglamentos, huelgas o actos de vandalismo y que hayan constituido la causa del siniestro.**
 - g. **Eventos Catastróficos de la naturaleza como terremoto, inundación, aluvión, huayco y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.**
 - h. **Cuando el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol o drogas no legales, y esta situación sea acto generador del siniestro. Se toma como límite para efectos de este seguro el indicado en el reglamento de tránsito.**

ARTICULO 24. AVISO DE SINIESTRO; PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO, Y PAGO DE SINIESTRO:

24.1 AVISO DE SINIESTRO:

El siniestro será comunicado a LA ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las Condiciones Particulares del presente

documento, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización del presente producto bajo dicho canal de comercialización, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a LA ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos para la atención del siniestro descritos en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado, en caso de culpa leve, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo LA ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a LA ASEGURADORA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que LA ASEGURADORA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

24.2 PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO:

24.2.1 Para la atención a través del Servicio de Sepelio deberá comunicarse a la Central de Emergencias Aló Rímac al (01) 411-1111 (Lima) y 0800-41111 (Provincias) para reportar el siniestro. En caso que se elija la opción para que el Servicio de Sepelio sea otorgado por una Funeraria Afiliada, LA ASEGURADORA coordinará el otorgamiento del Servicio de Sepelio con la Funeraria Afiliada, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha de reporte del siniestro, a fin de pronunciarse sobre el otorgamiento del Servicio de Sepelio.

Una vez recibida la autorización por parte de LA ASEGURADORA, la Funeraria Afiliada se comunicará con los familiares del ASEGURADO fallecido a fin de coordinar los detalles del otorgamiento del Servicio de Sepelio. Para recibir el Servicio de Sepelio por parte de la Funeraria Afiliada, los familiares del ASEGURADO fallecido deberán presentar a ésta, los documentos que se detallan a continuación:

24.2.1.1 Documento de identidad original y copia simple del ASEGURADO fallecido. En caso de que no se pueda presentar este documento para mayores o menores de edad, se deberá presentar una Declaración Jurada firmada indicando el motivo por el cual no pueden presentarlo. El encargado de firmar este documento será:

- a. El ASEGURADO TITULAR del Seguro en caso del fallecimiento de uno de los ASEGURADOS DEPENDIENTES.**
- b. Uno de los ASEGURADOS DEPENDIENTES mayores de edad en caso del fallecimiento del ASEGURADO TITULAR.**
- c. Un familiar en primer grado consanguíneo en caso del fallecimiento del ASEGURADO TITULAR y de no haber ASEGURADOS DEPENDIENTES.**

24.2.1.2 Original y copia simple del Certificado Médico de Defunción.

En caso de muerte accidental además deberán presentarse:

24.2.1.3 Copia Certificada de la Denuncia policial, en caso de muerte por accidente.

24.2.1.4 Copia Certificado del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.

24.2.2 Para hacer efectivo el pago por reembolso de la Cobertura de Sepelio (si no se utilizó el servicio de la funeraria afiliada) se deberá entregar a LA ASEGURADORA, en cualquiera de sus Plataformas de Atención al Cliente en

lima o provincias (canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura) los siguientes documentos:

24.2.2.1 Los documentos mencionados en el punto 24.2.1 (según corresponda ya sea para el caso de muerte natural o muerte accidental), excepto el original del Documento de Identidad del ASEGURADO, para el cual, en este caso, se aceptará copia simple, de contar con el mismo.

24.2.2.2 Copia Certificada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) de la Partida de Defunción del ASEGURADO.

24.2.2.3 Facturas y/o comprobantes de pago originales de los gastos del sepelio efectuados. Los documentos deben haber sido emitidos a nombre de la persona que efectuó los gastos de sepelio.

En caso de muerte accidental además deberán presentarse:

24.2.2.4 Copia Certificada del Atestado policial completo o diligencias fiscales, en caso se haya realizado.

24.2.2.5 Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.

24.2.2.6 Copia Certificada del Análisis Toxicológico, en caso se haya realizado.

24.2.2.7 Resultado del Dosaje Etílico, en caso se haya realizado, y en caso de accidente de tránsito siempre que el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo.

24.2.3 Para hacer efectivo el pago por Indemnización de la Cobertura de Sepelio (si no se utilizó el servicio de la funeraria afiliada) se deberá presentar en cualquiera de sus Plataformas de Atención al Cliente en Lima o provincias (canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura), todos los documentos del punto 24.2.2 excepto las facturas y/o comprobantes originales o en Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de los gastos del sepelio efectuados.

24.2.4 Para solicitar las coberturas de Traslado, Luto y Luto por Accidente, se deberá presentar en las oficinas de LA ASEGURADORA, los siguientes documentos:

24.2.4.1 Para la cobertura de Traslado: Facturas o comprobantes originales o en Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de los gastos efectuados, se ofrece cobertura solo si el siniestro ocurriera fuera del departamento de Lima y dentro del territorio nacional. Los documentos deben haber sido emitidos indicando en el detalle el nombre del ASEGURADO fallecido.

24.2.4.2 Para la cobertura de Luto: Los documentos mencionados en el inciso 24.2.2, excepto las facturas y/o comprobantes originales o en Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de los gastos del sepelio efectuados.

24.2.4.3 Para la cobertura Adicional de Luto por Accidente: Los documentos mencionados en el inciso 24.2.2, excepto las facturas y/o comprobantes originales o en Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) de los gastos del sepelio efectuados.

Se otorgarán los montos de indemnización por los diferentes conceptos mencionados hasta el límite del monto establecido según el plan escogido y especificado en las Condiciones Particulares.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a LA ASEGURADORA, copia certificada o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento

de LA ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

24.3 PAGO DE SINIESTRO (EN CASO NO SE HAYAN SOLICITADO LOS SERVICIOS DE LA FUNERARIA AFILIADA) APLICABLE PARA EL CASO DE SOLICITUDES DE COBERTURAS DE “REEMBOLSO DE COBERTURA DE SEPELIO”, “INDEMNIZACIÓN DE LA COBERTURA POR SEPELIO”, “TRASLADO”, “LUTO” y “LUTO POR ACCIDENTE”:

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, LA ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento (aprobación) o rechazo del Siniestro.

En caso LA ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse sobre la procedencia del siniestro, hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso que LA ASEGURADORA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta LA ASEGURADORA para consentir o rechazar el siniestro.

Cuando LA ASEGURADORA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada

determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al BENEFICIARIO o Heredero, según corresponda, la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, LA ASEGURADORA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al BENEFICIARIO o Heredero, según corresponda, dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al BENEFICIARIO o Heredero, según corresponda, en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que LA ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro, LA ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago de la indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.