

Condiciones Generales del Seguro de Vida Préstamo Seguro

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 / ASEGURADO TITULAR
4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO
5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR; 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. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO
15. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS
16. DEFENSORIA DEL ASEGURADO
17. INDISPUTABILIDAD
18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES
19. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS
20. PRESCRIPCION LIBERATORIA
21. TRIBUTOS

CAPITULO II CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO (A SER COMPLETADO POR LA UNIDAD DE NEGOCIOS)

22. CONDICIONES PARA SER CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR
23. COBERTURAS
24. EXCLUSIONES
25. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA 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.

Asimismo, conforme a 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 y sus eventuales endosos debidamente firmados son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

La presente póliza será emitida en favor de un CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR.

No se podrá contratar un seguro para caso de muerte sobre menores de dieciséis 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.

- **Beneficiario:**

Persona natural o jurídica que recibirá la indemnización, suma asegurada o cobertura, en caso de fallecimiento del ASEGURADO TITULAR. En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO TITULAR, la calidad de Beneficiario recae sobre él mismo.

- **Buena Salud:** No adolecer de enfermedad preexistente.
- **Fuerza de Ventas:** Promotores de Seguros o Comercializadores, que realizan la oferta de los productos de seguros, mostrando los beneficios que brindan y las ventajas de su contratación.
- **Contratante / Asegurado Titular:** Persona natural cuyo nombre y demás datos de identificación constan en las Condiciones Particulares. En el presente seguro existe coincidencia entre el Contratante y el Asegurado Titular.
- **Convenio de Pagos o Cronograma de Pago:** Documento en el que consta el compromiso del Contratante / Asegurado Titular de pagar la prima en la forma y plazos pactados con la ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante de la Póliza de Seguro.
- **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 / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR conozca.
- **Declaración personal de salud – DPS:** Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, 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 de los términos y condiciones originales de la Póliza de Seguro.

- **Enfermedad Preexistente.**- Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud
- **Entidad Financiera:** Empresa del Sistema Financiero quien ha otorgado el crédito al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR.
- **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 / ASEGURADO TITULAR 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:** 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.
- **Modalidad de aseguramiento:** Seguro que cubre el saldo insoluto del crédito contraído con la ENTIDAD FINANCIERA.
- **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 Pura de Riesgo más los cargos de evaluación, administración, producción y redistribución del riesgo.

- **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 /ASEGURADO TITULAR , que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.
- **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 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 360 días.

ARTÍCULO 2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

La ASEGURADORA se compromete a indemnizar al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, Beneficiario de acuerdo con las condiciones de la póliza.

ARTÍCULO 3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR:

- El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR se compromete a pagar la prima.
- El CONTRATANTE / 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 la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la

comercialización de este producto por dicho canal de comercialización, el **CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR** también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.

- **EL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR** 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 / ASEGURADO TITULAR** se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- **EL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR** 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 **CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR**, 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 / ASEGURADO TITULAR**, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.
- La póliza se basa en la información ofrecida por el **CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR** en la solicitud de seguro y en cualquier otra comunicación escrita con la **ASEGURADORA**.
- **EL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR** 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:

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 40 de la Ley No29946, 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.

ARTÍCULO 5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR; 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 / ASEGURADO TITULAR:

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

Transcurrido el plazo antes indicado sin que medie observación, se tendrá por aceptada la Póliza emitida.

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 CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, 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 / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR, 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 / ASEGURADO TITULAR 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 CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR.

Para producir efectos antes de los treinta (30) días, la aceptación de las diferencias por parte del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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 CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR.

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 / ASEGURADO TITULAR, 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 / ASEGURADO TITULAR 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.

En este supuesto, el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

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 / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR 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.

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

En caso que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, no desee la renovación de la Póliza, deberá comunicarlo bajo los mecanismos de comunicación establecidos en el segundo párrafo del Artículo 18 de las presentes Condiciones Generales, 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 TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO:

El contrato de seguro terminará una vez que se produzca cualquiera de los eventos que se detallan a continuación, el que ocurra primero, sin necesidad de aviso previo, simultáneo o posterior por parte de la ASEGURADORA:

- a) Se produzca un siniestro que dé 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.**
- c) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.**
- d) Al finalizar el mes calendario en el cual el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR alcanza la edad límite o máxima de permanencia.**

En caso se produzca la terminación contractual, la ASEGURADORA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

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

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:

- 7.1. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.**
- 7.2. Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por 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 contados a partir del día en que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR recibe una comunicación escrita 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.**
- 7.3. Por agravación del riesgo del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR la cual debe ser comunicada de manera escrita a la ASEGURADORA en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA**

podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el contrato, 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. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE /ASEGURADO TITULAR 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 /ASEGURADO TITULAR incurren 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 / ASEGURADO TITULAR, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

7.4. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas:

7.4.1 LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

7.4.2 Una vez producido el siniestro, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo en caso de presentación de solicitud de cobertura fraudulenta realizada por los BENEFICIARIOS.

Para que opere la resolución indicada en el numeral 7.4.1, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el

período efectivamente cubierto, debiendo LA ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

7.5 Si el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La Aseguradora presentará al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la póliza. La propuesta de revisión presentada al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La Aseguradora podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR dé respuesta a la revisión propuesta. Corresponden a La Aseguradora las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.6 En caso el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A del presente Condicionado, tendrá derecho a resolver la misma en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. Corresponden a La Aseguradora las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En este supuesto, El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para solicitar la resolución de la presente póliza, en virtud de lo señalado en el presente numeral.

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

- a) El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1. y 7.6. precedentes**
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2. al 7.5. 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.

Si como consecuencia de la resolución del contrato, por las causales señaladas en los numerales 7.1. y 7.6, corresponderá el reembolso de prima a favor del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, para lo cual

éste deberá presentar su solicitud en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente póliza. La ASEGURADORA deberá proceder al reembolso de la prima por el período no devengado, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes contados desde la fecha de presentación de la solicitud citada.

Si como consecuencia de la resolución del contrato por las causales señaladas en los numerales 7.2. al 7.5, la ASEGURADORA procederá al reembolso de la prima por el período no devengado, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes contados desde la fecha en que surtió efectos la resolución.

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 / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR– 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 / ASEGURADO TITULAR, el contrato seguirá vigente.

Para el caso descrito en el literal c) precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, mediante comunicación fehaciente, conforme a los medios pactados, plazo que iniciará desde que la ASEGURADORA conoce de la reticencia o declaración inexacta, se haya producido o no el siniestro.

La declaración inexacta de la edad del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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:

- **EI CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y/o BENEFICIARIO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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), excepto cuando el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR realicen una declaración inexacta o reticente, si media dolo o culpa inexcusable, 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. Las primas que superen el plazo antes indicado se devolverán previa solicitud del ASEGURADO mediante comunicación escrita. La devolución de primas que corresponda se realizará en un plazo no mayor a treinta (30) calendarios, sin intereses.**

ARTICULO 9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

9.1 Si el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR, la ASEGURADORA podrá resolver la Póliza, mediante una comunicación dirigida al

CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, 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 en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido al real estado del riesgo.

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

PAGO DE 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 establecida en las Condiciones Particulares.
- 10.2.** La prima es debida por el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO TITULAR o Beneficiario en caso de siniestro.
- 10.6.** Asimismo, el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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 /

ASEGURADO TITULAR con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.

- 10.7.** En caso de siniestro 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.** Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago aplicando las siguientes reglas:
- 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 / ASEGURADO TITULAR** 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.
- 10.9.** 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.
- 10.10.** 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 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 plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE /

ASEGURADO TITULAR, de manera cierta: i) que se producirá la suspensión 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 / ASEGURADO TITULAR 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 / ASEGURADO TITULAR 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.

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 de pago de la prima, 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 / ASEGURADO TITULAR podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos. 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 CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR al primer día de vigencia de la Póliza, indicada en las condiciones particulares.

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

Si se comprueba la inexactitud en la edad del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, 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.

ARTICULO 13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

Se considera fraudulenta:

- 13.1. La presentación de una solicitud de cobertura engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
- 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.
- 13.3 Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y/o Beneficiario bajo su complicidad.

Los BENEFICIARIOS 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 CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, o de los BENEFICIARIOS o de los 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. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho canal de comercialización, el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR podrá resolver el Contrato de

Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la Aseguradora procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro

ARTICULO 15. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS:

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

- 15.1 Por vía telefónica:** A través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro.
- 15.2 Por escrito:** Mediante carta dirigida a la ASEGURADORA la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el Resumen de la presente Póliza.

Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

ARTICULO 16. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y el(los) BENEFICIARIO(S), tienen el derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, 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 17. INDISPUTABILIDAD:

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

ARTICULO 18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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 en 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 producto por dicho canal 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 /ASEGURADO TITULAR 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/ASEGURADO TITULAR señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 19. 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 TITULAR 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/ASEGURADO TITULAR y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia, consulta o reclamo, según corresponda, ante la 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 20. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

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

ARTICULO 21. TRIBUTOS:

Todos los tributos presentes que graven las Primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del CONTRATANTE /ASEGURADO TITULAR 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 22. CONDICIONES PARA SER CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR:

Podrá asegurarse la persona natural que cumpla con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango de edad que se establecerá en el Condicionado Particular de la presente Póliza

ARTICULO 23. COBERTURAS:

a) **Fallecimiento.**

Fin de la vida del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR por cualquier causa, a excepción de lo indicado en el Artículo 24° EXCLUSIONES.

b) **Invalidez total y permanente por accidente:**

Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Accidente, el hecho que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual de naturaleza permanente y que le genere un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo (no se considera factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones para determinar el menoscabo) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Accidente. Se considerará configurada la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente cuando se

presente alguna de las situaciones previstas: (a) Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, (b) Lesión incurable de la médula espinal que determinase la invalidez total y permanente, (c) Pérdida total de la visión bilateral, (d) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de los dos brazos o de ambas manos, (e) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de las dos piernas o de ambos pies, (f) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna y (g) Pérdida completa por amputación o pérdida completa de la función de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionados. La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en los literales "a al g", constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR ni otros factores complementarios utilizados por comisiones médicas específicas del Sistema Privado de Pensiones.

En caso de invalidez total y permanente por accidente, se considerará la fecha de ocurrencia del accidente como fecha de configuración del siniestro.

c) Invalidez total y permanente por enfermedad

Se considera Invalidez Total y Permanente causada por Enfermedad, el hecho que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR antes de cumplir la edad límite de permanencia, sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual (no se considera factores complementarios utilizados en el Sistema Privado de Pensiones) que le produzca una Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

En caso de invalidez total y permanente por enfermedad se considerará como la fecha de configuración del siniestro, a la fecha del Dictamen de Invalidez solicitado como documento en caso de siniestros.

Determinación de la invalidez: Corresponde al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR dar pruebas de su invalidez, debiendo presentar a la ASEGURADORA los antecedentes que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la ASEGURADORA podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

Todas las coberturas son excluyentes entre sí.

En los términos de este Contrato de Seguro, el Capital Asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la presente Póliza será pagado por la ASEGURADORA a los Beneficiarios establecidos en la presente Póliza, después del fallecimiento o invalidez total y permanente por accidente o enfermedad, según se especifique en cada caso en las Condiciones Particulares, de cualquiera de los CONTRATANTE / ASEGURADO TITULARES, o en caso se hayan cedido los derechos indemnizatorios de esta Póliza de Seguro a favor de una Entidad Financiera, la indemnización servirá para cancelar el saldo de crédito que corresponda al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR que aparezca en los listados que la ENTIDAD FINANCIERA proporciona mensualmente.

ARTICULO 24. EXCLUSIONES:

Las siguientes exclusiones aplican a todas las coberturas indicadas en el Artículo COBERTURAS de la presente Póliza de seguro, y siempre y cuando sean causa del siniestro.

- A. Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro, o si es que se interrumpió antes del plazo antes indicado, se contará desde la fecha en que se rehabilitó la cobertura.**
- B. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos (incluye la faltas tipificadas en el reglamento de tránsito); duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.**
- C. Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.**
- D. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- E. Viajes aéreos que haga el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos..**
- F. Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras, de automóviles, bicicletas, motocicletas,**

motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos..

- G. Realización de las siguientes actividades o deportes: artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras..**
- H. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**
- I. Cuando el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gr/lt. a más), drogas, o sonambulismo y esta situación sea acto generador del siniestro.**
- J. La ASEGURADORA no otorgará cobertura al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR en los casos que el siniestro se produzca, directa o indirectamente por las actividades y/u oficios y/o profesiones que se detallan a continuación: tripulante, piloto de vuelos comerciales y no comerciales, marino mercante, chofer de camiones, tráiler, volquete y maquinarias pesadas, ingeniero civil, obreros de construcción, trabajadores de minas, ingeniero electricista, policía, serenazgo, jefe de seguridad, ingeniero petrolero, mecánico, militar, arqueólogo, operador de planta de gas, miembro de las fuerzas armadas o que realice actividades militares, reportero periodista, carpintero, técnico radiólogo, ingeniero químico, bombero, guardaespaldas, buzo, corredor de vehículos motorizados, guía de turismo en rutas desconocidas, escaladas, alpinismo y montañismo, actividades en general con uso de explosivos; salvo que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR las hubiese declarado a la ASEGURADORA en el momento de la contratación, y ésta última haya decidido aceptar el riesgo por medio de una comunicación escrita en la cual se detallará si corresponde una sobreprima.**
- K. Enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio del seguro o cualquiera de sus rehabilitaciones o a consecuencia de enfermedades infecto contagiosas con características de plagas o epidemias que sean materia de aislamiento o cuarentena.**
- L. Personas afectadas de incapacidad física anterior al inicio de la cobertura de este seguro. La incapacidad física a la que se refiere esta exclusión comprende: ceguera, sordera, parálisis, apoplejía u otras incapacidades físicas que impidan al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR desarrollar sus actividades normales.**

Exclusiones aplicables a Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

- 1) Abuso de alcohol o de drogas que traigan como consecuencia la configuración de la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.**

- 2) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos, que traigan como consecuencia la configuración de la Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.
- 3) A consecuencia de los riesgos comprendidos en el Artículo EXCLUSIONES.

Exclusiones aplicables a Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- 1) A consecuencia de los riesgos comprendidos en el Artículo EXCLUSIONES.

ARTICULO 25. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO:

25.1 AVISO DE SINIESTRO:

Conforme a los medios establecidos en el Artículo 18° de las presentes Condiciones Generales, 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.

El incumplimiento del plazo antes señalado, 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.

25.2 SOLICITUD DE COBERTURA:

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

FALLECIMIENTO:

- Acta de defunción.
- Certificado de defunción.
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro, en caso esta Póliza de Seguro haya sido endosada a favor de una Entidad Financiera.

En caso el fallecimiento sea a consecuencia de un accidente, se deberán presentar, adicionalmente, estos documentos a los detallados precedentemente:

- Atestado policial completo o diligencias fiscales, según corresponda.
- Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda.
- Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso corresponda.
- Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito, en caso corresponda.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, 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.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD:

- Copia del documento de identidad del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR
- Dictamen de Invalidez emitidos por la Comisión Médica de Essalud o el Ministerio de Salud (MINSA) o EPS o la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas o Policiales si corresponde.
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada de todos los centros médicos donde se atendió antes y durante la enfermedad que generó la Invalidez Permanente Total.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro, en caso esta Póliza de Seguro haya sido endosada a favor de una Entidad Financiera.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:

- Copia del documento de identidad del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR.
- Historia Clínica foliada y fedateada de todos los centros médicos de atención a consecuencia del accidente que generó la Invalidez Permanente Total e Informes Médicos sobre atenciones y/o tratamientos relacionados al accidente y estado de Invalidez.
- Atestado policial o diligencias fiscales según corresponda, Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas y el Dosaje etílico en caso de tratarse de accidente de tránsito.

- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro, en caso esta Póliza de Seguro haya sido endosada a favor de una Entidad Financiera.

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.

La ASEGURADORA podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y/o Beneficiarios, dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza.

25.3 PAGO DE SINIESTRO:

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación para que se produzca la liquidación del Siniestro, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y/o Beneficiarios, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago 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 ASEGURADO 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 CONTRATANTE / ASEGURADO

TITULAR 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 CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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 del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, de acuerdo a la moneda pactada en el contrato de seguro por todo el tiempo de mora.