

# **PROTECCION FAMILIAR (SEGURO DE VIDA) - SOLES**

## **Condiciones Generales De Seguros de Vida Protección Familiar - Soles**

### **INDICE**

#### **INTRODUCCIÓN.**

#### **CAPÍTULO I CONSIDERACIONES GENERALES:**

- 1. DEFINICIONES**
  - 2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA**
  - 3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR Y/O ASEGURADOS DEPENDIENTES**
  - 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 FRAUDULENTO**
  - 14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**
  - 15. ATENCION DE RECLAMOS Y REQUERIMIENTOS**
  - 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**
- 22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO**
  - 23. COBERTURAS**
  - 24. EXCLUSIONES**
  - 25. 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 / Asegurado Titular es verdadera.

La Póliza y sus eventuales endosos 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 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. Cuando en el tenor de la Póliza se refiera de manera general a "ASEGURADO" se deberá entender que se refiere al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y ASEGURADOS DEPENDIENTES.
- **Asegurados dependientes:** Puede ser el Cónyuge/Conviviente y/o hijos y/o padres y/o hermanos del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad.
- **Beneficiario:** Persona 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 / ASEGURADO TITULAR tiene la potestad de modificar a los BENEFICIARIOS, salvo que haya cedido este derecho a los ASEGURADOS DEPENDIENTES.
- **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 / Asegurado Titular:** Es la 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. Él designará a los BENEFICIARIOS o podrá ceder esta facultad a los Asegurados Dependientes.
- **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 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 / ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADOS DEPENDIENTES 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 los ASEGURADOS 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 / ASEGURADO TITULAR, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la ASEGURADORA y el 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.

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

- Siniestro: Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.

- 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 ASEGURADO o 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.

- El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADO DEPENDIENTE 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 y los ASEGURADOS DEPENDIENTES 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. Asimismo, el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR declara que conoce el real estado de salud de los Asegurados Dependientes, por lo que realiza la declaración en nombre de ellos.

#### **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 / 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 puede 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 ASEGURADO.

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 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 / 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.

#### D. Renovación Automática de la Póliza:

Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el periodo 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, quien 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 caso que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, no desee la renovación de la Póliza, deberá comunicarlo a la ASEGURADORA, mediante los mecanismos de comunicación establecidos en el Artículo 18° de las presentes Condiciones Generales, 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 TERMINO 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 sobre el ASEGURADO TITULAR que dé lugar al pago del cien por ciento (100 %) de la Suma Asegurada de la cobertura de Fallecimiento, Indemnización adicional por Fallecimiento Accidental o Invalidez Permanente Total por Accidente hasta la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.
- b) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- c) En caso corresponda, a la culminación del mes en la que el CONTRATANTE / 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, a través del mismo medio utilizado para el pago de la prima, el importe de la prima correspondiente al período de vigencia no transcurrido, dentro de los treinta (30) días siguientes de producida la terminación contractual.

En el caso de que la terminación del contrato de seguro se produzca por la causal indicada en el literal c) precedente, la ASEGURADORA, en el mes en que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, tendrá derecho a percibir solamente la prima correspondiente a los días en que se mantuvo vigente la póliza.

## **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 / ASEGURADO TITULAR. La resolución opera de manera inmediata y surte efectos desde el día de la solicitud de resolución. Para ejercerla, el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR deberá acudir en forma presencial a cualquiera de las oficinas de la ASEGURADORA descritas en el Resumen de la presente Póliza de Seguro a fin de presentar su solicitud, o en su defecto, presentar una comunicación escrita. Sin perjuicio de lo anterior, la resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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 / 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.
- c) Por agravación del riesgo del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR 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. La póliza quedará resuelta a los treinta (30) días siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR reciba la comunicación de parte de la ASEGURADORA informándole sobre su decisión de resolver el Contrato de Seguro. 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. 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 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 / ASEGURADO TITULAR, 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 CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, 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 / ASEGURADO TITULAR, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que se efectúe la resolución. Ello sin perjuicio de la respuesta a la solicitud de cobertura presentada, la cual será brindada por la ASEGURADORA dentro del plazo de ley. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

e) Por reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable, solo en caso que la propuesta presentada por la ASEGURADORA sea rechazada o por falta de pronunciamiento del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, en cuyo caso, la ASEGURADORA deberá remitir una comunicación dirigida al CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días descrito en el Artículo 9° de las presentes Condiciones Generales. De ser el caso, el Contrato quedará resuelto en la fecha en que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR reciba la comunicación de la ASEGURADORA. Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por:

- El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, a su sola decisión y sin motivo alguno, conforme al literal a) precedente.
- La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b) al e) precedentes.

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR, 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 / ASEGURADO TITULAR, la ASEGURADORA procederá con la devolución de las primas correspondientes al periodo no corrido, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR presentó su solicitud de resolución.

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 de Seguro.

#### **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.
- d) Por declaración inexacta de la edad del ASEGURADO, si su verdadera edad, en el momento de la entrada en vigencia de la Póliza de Seguro, excedía los límites de edad descritos en el Artículo 22° de las presentes Condiciones Generales.

Para el caso descrito en el literal c) precedente, 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.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- El CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADOS DEPENDIENTES y/o BENEFICIARIOS no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADOS DEPENDIENTES y/o BENEFICIARIOS 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 / ASEGURADO TITULAR, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se comunique la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR realice 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.

#### **ARTICULO 9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA**

9.1 Si el CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR realiza 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 suma asegurada 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 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 / 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, el ASEGURADO DEPENDIENTE 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 o Beneficiario en caso de siniestro correspondiente a la póliza respectiva.

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 Fallecimiento o Invalidez por Accidente que represente el pago de la cobertura del 100% conforme a la tabla descrita para dicha cobertura, , la Prima calculada para cubrir el riesgo se entenderá totalmente devengada, 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:

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.

10.10. 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 / ASEGURADO TITULAR, 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 / ASEGURADO TITULAR ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al periodo 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.

##### **iii) EXTINCIÓN DE LA PÓLIZA 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 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. 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 documento oficial de identidad, a solicitud de la ASEGURADORA.

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 proporción a la prima 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 fraudulento:

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 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. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

**En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado mediante comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE 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 haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas y/o beneficios contenidas en la misma.**

El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado por el CONTRATANTE a través de un correo electrónico dirigido a [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe) (con el asunto “Derecho de arrepentimiento”) o a través del mismo mecanismo de comunicación utilizado para la contratación de la póliza de seguro, indicando nombres, apellidos completos y el número del DNI del CONTRATANTE.

La póliza de seguro quedará resuelta (anulada) desde la fecha de recepción de la solicitud de derecho de arrepentimiento y LA ASEGURADORA procederá a devolver la totalidad de la prima pagada. La devolución de lo pagado se realizará al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, dentro del plazo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud del derecho de arrepentimiento.

## **ARTICULO 15. ATENCION DE RECLAMOS Y REQUERIMIENTOS**

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, el ASEGURADO y/o Beneficiario podrán presentar un reclamo o requerimiento 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.

Los reclamos y requerimientos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días hábiles.

## **ARTICULO 16. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO**

El ASEGURADO, y el(los) BENEFICIARIOS, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307 Piso 9 San Isidro, Lima, Teléfono 01-421-0614, y página web [www.defaseg.com.pe](http://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 o en tanto se emitan y suscriban los documentos definitivos que corresponda, lo que ocurra primero.

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 señala como su domicilio el que aparece registrado 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 / ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADO DEPENDIENTE 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 / ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADO DEPENDIENTE y/o BENEFICIARIO, según corresponda podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del ASEGURADO; su reclamo o denuncia 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. Para el caso de la cobertura de fallecimiento, el plazo es contabilizado desde la fecha en que el Beneficiario tome conocimiento del beneficio, 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 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) Los asegurados titulares y dependientes cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

- Edad mínima de ingreso a la póliza: 18 años.
- Edad máxima de ingreso a la póliza: 65 años y 364 días.
- Edad máxima de permanencia en la póliza siempre y cuando el Asegurado Titular perciba una remuneración (salario o pensión): 70 años y 364 días.
- Edad máxima de permanencia en la póliza en caso que el ASEGURADO TITULAR no perciba remuneración o pensión alguna, de la empresa en la cual laboró y bajo la cual contrató el presente seguro: 65 años y 364 días.

e) Podrán ser ASEGURADOS DEPENDIENTES, el Cónyuge/Conviviente y/o hijos y/o padres y/o hermanos del ASEGURADO TITULAR siempre que se cumplan con las condiciones señaladas en los puntos anteriores.

En los casos que el ASEGURADO TITULAR cumpla la edad límite de permanencia, el término de la vigencia de la póliza se producirá en forma automática, sin necesidad de aviso previo, simultáneo o posterior por parte de la ASEGURADORA.

### **ARTICULO 23. COBERTURAS:**

Sin perjuicio de lo señalado en el Artículo 4 de las presentes Condiciones Generales, en caso de que la muerte accidental del ASEGURADO se produzca luego de que hayan transcurrido cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la suscripción de la Solicitud de Seguro y aún se encuentre pendiente el inicio de vigencia de la presente póliza, única y exclusivamente se brindará la cobertura principal de fallecimiento. El hecho de que La ASEGURADORA otorgue la cobertura antes citada, no implica la activación de ninguna otra cobertura de la presente Póliza de Seguro.

#### **COBERTURA DE FALLECIMIENTO:**

En caso de fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia de la póliza, La ASEGURADORA pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones establecidas en el Artículo 24° de Exclusiones.

En caso el ASEGURADO sobreviva a la fecha de vencimiento de la Póliza, no habrá derecho a indemnización alguna.

#### **COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL**

Si antes de cumplir sesenta (60) años de edad y durante la vigencia de la póliza, el ASEGURADO sufre un accidente indemnizable, La ASEGURADORA pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada señalada

en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de ésta.

Para tener derecho a la indemnización adicional, se requiere que el fallecimiento se produzca dentro de los noventa (90) días de la fecha en la que hubiere ocurrido el accidente.

Asimismo, se entiende que rigen las exclusiones establecidas en el Artículo 24° de Exclusiones.

#### COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL POR ACCIDENTE (PERDIDA DE MIEMBROS POR ACCIDENTE)

Si antes de cumplir sesenta (60) años de edad, el ASEGURADO sufre un accidente indemnizable que le produjere cualquier pérdida prevista más abajo, la ASEGURADORA pagará al ASEGURADO, un porcentaje del capital asegurado por la misma, de acuerdo con la escala inserta a continuación:

Por pérdida de ambas manos, ambos pies o de la vista de ambos ojos. 100%

Por amputación de un brazo arriba del codo..... 50%

Por amputación de un brazo arriba de la muñeca..... 40%

Por amputación de una pierna arriba de la rodilla..... 40%

Por la amputación de un pie arriba del tobillo..... 30%

Por pérdida completa de la visión de un ojo..... 20%

En caso no se configure pérdida o amputación de los órganos o miembros descritos en la tabla precedente, pero se compruebe su Inhabilitación Funcional Total y Definitiva del órgano o miembro lesionado, se considerará que se ha configurado el siniestro y se aplicará el porcentaje que le corresponda conforme lo establecido en la tabla anterior. Inhabilitación Funcional Total y Definitiva de un órgano o miembro significa que, físicamente no se ha perdido el mismo pero que este no cumple sus funciones y no será reversible dicha situación.

En ningún caso la ASEGURADORA indemnizará más de una pérdida. Si se produjeren varias, sólo se indemnizará la mayor; pero si se agravaren las consecuencias de un accidente ya indemnizado y dentro de los noventa (90) días de haberse producido motivaren una pérdida mayor, la ASEGURADORA abonará la diferencia de indemnización.

Asimismo, queda expresamente convenido que al indemnizar La ASEGURADORA cualquier pérdida, queda automáticamente sin amparo cualquier invalidez o desmembramiento posterior contemplado bajo esta cobertura.

Asimismo, se entiende que rigen las exclusiones establecidas en el Artículo 24° de Exclusiones.

Esta cobertura incluye la invalidez permanente total o parcial que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

#### COBERTURA DE DESAMPARO FAMILIAR SUBITO

Si durante la vigencia de la póliza el Contratante / Asegurado Titular y su Cónyuge o Conviviente, ambos menores de setenta y uno (71) años de edad, fallecen a consecuencia de un mismo accidente, adicionalmente se indemnizará a los hijos menores de edad o a los menores de 25 años si cursan estudios

superiores, con un monto establecido de acuerdo a la Suma Asegurada escogida. Asimismo, se entiende que rigen las exclusiones establecidas en el Artículo 24° de Exclusiones.

#### COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO

En caso de fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia de la póliza, La ASEGURADORA indemnizará a los Beneficiarios la Suma Asegurada correspondiente a los gastos de Sepelio señalada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza sin necesidad de presentar Facturas para el Reembolso y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de ésta.

Asimismo, se entienden que rigen para esta cobertura, las exclusiones establecidas en el Artículo 24° de Exclusiones, sin considerar aquellos aplicables a la cobertura de INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.

#### COBERTURA DE RENTA FAMILIAR MENSUAL

En caso de fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia de la póliza, la ASEGURADORA pagará una indemnización mensual de S/. 1,000.00 por doce (12) meses de acuerdo a la Suma Asegurada contratada a los Beneficiarios detallados en la póliza.

Asimismo, se entienden que rigen para esta cobertura, las exclusiones establecidas en el Artículo 24° de Exclusiones, sin considerar aquellos aplicables a la cobertura de INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.

#### COBERTURA DE ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES QUE SE ENCUENTREN EN ESTADO TERMINAL

La ASEGURADORA pagará al ASEGURADO el anticipo señalado en las Condiciones Particulares, del capital asegurado por fallecimiento en la póliza, si este se ve afectado durante el período de vigencia de esta cobertura y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad, por alguna de las siguientes enfermedades y un cuerpo médico certifique que producto de la enfermedad el ASEGURADO se encuentre en etapa terminal.

La Suma Asegurada indemnizada al ASEGURADO bajo esta cobertura es a cuenta del Capital Asegurado en la cobertura de fallecimiento, el saldo es pagadero a los Beneficiarios designados al ocurrir el fallecimiento del ASEGURADO.

Asimismo, queda expresamente convenido que al indemnizar La ASEGURADORA cualquiera de las coberturas contenidas a continuación, queda automáticamente sin amparo cualquier diagnóstico y/o intervención quirúrgica posterior contemplada bajo esta coberturas.

Adicionalmente, se entienden que rigen para esta cobertura, las exclusiones establecidas en el Artículo 24° de Exclusiones.

Enfermedades Cubiertas:

A) Infarto del Miocardio

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área afectada.

B) Derrame Cerebral

La muerte de una parte del tejido cerebral como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis, por embolia, o hemorragia masiva intracraneal.

#### C) Cáncer

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado de células malignas, así como la invasión local y destrucción directa de tejidos o metástasis; y la existencia de un gran número de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, Incluyendo entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfática crónica), los linfomas y la enfermedad de Hodgkin.

#### D) Insuficiencia Renal

En caso se sufra de insuficiencia crónica irreversible de ambos riñones que exija la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal y hemodiálisis o trasplante renal.

#### COBERTURA DE PAGO DE DEUDA CON EL EMPLEADOR

En caso de que el ASEGURADO TITULAR tenga un préstamo con su Empleador y al momento de su fallecimiento o de su Invalidez Total y Permanente por Accidente debidamente certificado mediante Dictamen expedido por la COMAFP o COMEC, la deuda originada se mantuviera, la ASEGURADORA indemnizará al Empleador con el monto correspondiente al saldo de la deuda a la fecha de fallecimiento o a la fecha de expedido el Dictamen de Invalidez Permanente Total por Accidente por la COMAFP o COMEC; considerando como límite máximo el Capital ASEGURADO para esta Cobertura.

En caso de fallecimiento o de Invalidez Permanente Total por Accidente del ASEGURADO TITULAR, la presente cobertura surtirá efecto, siempre y cuando la deuda se hubiere contraído con anterioridad al diagnóstico de la enfermedad que dé origen al fallecimiento, o con anterioridad a la fecha en que se produzca la Invalidez Permanente Total por Accidente.

Si el saldo insoluto de la deuda fuese menor al Capital Asegurado, La ASEGURADORA sólo pagará al Empleador dicho monto sin que la diferencia pueda ser reclamada por éste o por algún Beneficiario o heredero del ASEGURADO.

La activación de esta cobertura queda supeditada a la activación de la Cobertura Principal de Fallecimiento o a que se produzca el estado de invalidez Permanente Total por Accidente acreditada conforme lo antes citado, así como que el EMPLEADOR presente el estado de cuenta del cliente que documente el saldo deudor a la fecha del siniestro.

Asimismo, se entienden que rigen para esta cobertura, las exclusiones establecidas en el Artículo 24° de Exclusiones.

#### COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍAS SEGÚN CONDICIONES

La Aseguradora pagará al ASEGURADO la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares si es que durante el período de vigencia de la póliza y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad, el ASEGURADO haya recibido alguno de los siguientes tratamientos quirúrgicos (apertura de cavidad, también se considera la cirugía laparoscópica), que hayan requerido no menos de cinco días de hospitalización, siempre y cuando dicho tratamiento quirúrgico se haya practicado como consecuencia de una enfermedad y/o accidente ocurrido dentro del período de vigencia de la presente Póliza:

- Cirugía Cerebral

- Cirugía Cardíaca
- Cirugía Pulmonar
- Cirugía Gástrica
- Cirugía Hepática
- Cirugía de Bazo
- Cirugía Traumatológica que implique colocación de prótesis permanentes.

Asimismo, queda expresamente convenido que al indemnizar La ASEGURADORA cualquier cirugía definida en esta cobertura, queda automáticamente sin amparo cualquier cirugía posterior contemplada bajo esta cobertura.

Asimismo, se entienden que rigen para esta cobertura, las exclusiones establecidas en el Artículo 24° de Exclusiones.

Adicionalmente a lo indicado en el párrafo precedente, los nuevos ASEGURADOS DEPENDIENTES 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, siempre y cuando medie previa aceptación de la ASEGURADORA. Para todos los efectos de la presente póliza deberá entenderse como ASEGURADO DEPENDIENTE a los indicados en el literal e) del Artículo 22.

#### **ARTICULO 24. EXCLUSIONES:**

**Este seguro no cubre.**

**a) Las consecuencias provocadas por una enfermedad pre-existente no declarada al momento de afiliarse al presente Seguro.**

**b) El suicidio o intento de suicidio del ASEGURADO, antes de haber completado dos (2) años desde la fecha de inicio de vigencia del seguro o desde la fecha de SU inclusión como tal, en la presente Póliza de Seguro.**

**c) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**

**d) Cuando el fallecimiento sea consecuencia de la participación activa en actos delictuosos o terroristas.**

**e) Como consecuencia de fisión o fusión nuclear o radioactividad sean en forma directa o indirecta.**

**f) Cuando sea consecuencia de actos de Guerra Civil o Internacional, declarada o no, o servicio militar obligatorio.**

**g) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice por un beneficiario o quien pudiera reclamar la cantidad asegurada a la indemnización. Esta exclusión aplica al homicidio calificado y al beneficiario implicado.**

**Adicionalmente, en el caso de la cobertura de INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL, INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL POR ACCIDENTE (PÉRDIDA DE**

**MIEMBROS POR ACCIDENTE), DESAMPARO FAMILIAR SÚBITO, este seguro no cubre al ASEGURADO:**

h) Cuando se participe como conductor o acompañante en carreras de bicicletas, automóviles, motocicletas, lanchas a motor, avionetas.

i) Cuando participe en los siguientes deportes peligrosos: escalamiento de montaña, ala delta, sky, caza submarina o similares.

j) Cuando el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol ó 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.

k) En un accidente aéreo, salvo cuando el ASEGURADO viaje en calidad de pasajero, con boleto pagado, en aviones de líneas comerciales debidamente autorizadas para el tráfico de pasajeros y que se trate de vuelo entre aeropuertos establecidos.

l) Por las enfermedades, infecciones y el suicidio o tentativa de suicidio, antes de haber completado dos (02) años de participación en el presente Seguro, o por lesiones inferidas al ASEGURADO por sí mismo o por terceros con su consentimiento.

m) Por los accidentes producidos por actos de guerra, insurrecciones, tumultos o peleas.

n) Por inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza.

o) Por disparo de arma de fuego por acto propio del ASEGURADO o por culpa grave del mismo.

p) Por violación de cualquier Ley, en la medida que sea la causa del siniestro.

q) Cuando el accidentes sea a consecuencia de fenómenos sísmicos o volcánicos.

Adicionalmente, en el caso de la cobertura de ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES QUE SE ENCUENTREN EN ESTADO TERMINAL, este seguro no cubre al ASEGURADO, si la enfermedad diagnosticada presenta las siguientes características:

#### **Infarto de Miocardio**

r) Infarto de miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T.

s) Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable).

#### **Derrame Cerebral**

t) Accidente isquémico transitorio (TIA)

u) Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).

#### **Cáncer**

v) Cáncer a la piel, excepto melanomas malignos.

#### **Insuficiencia Renal**

w) Periodos temporales de diálisis y los casos que afecten a un solo riñón.

Adicionalmente, en caso de la cobertura de INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍAS, este seguro no cubre al ASEGURADO:

x) Cirugía como consecuencia de una enfermedad cuya fecha de origen esté fuera del período de vigencia de la presente Póliza de Seguro, o accidente que haya ocurrido fuera del período de vigencia de la presente Póliza.

y) Cirugía derivadas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

## **ARTICULO 25. AVISO DE SINIESTRO; PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO, Y PAGO DE SINIESTRO:**

### **25.1 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 su comercialización por dicho canal, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a La ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, detallados en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, 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 PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO:**

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 (canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado) los siguientes documentos:

En caso de fallecimiento:

a) Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, en caso se cuente con el mismo.

b) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado emitido por el médico tratante.

c) Copia Certificada del Acta o Partida de defunción del Asegurado emitida por RENIEC.

d) Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica completa del Asegurado emitida por el establecimiento de salud respectivo.

e) Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. En caso que hayan Beneficiarios menores de edad que no cuenten con Documento de Identidad, deberán presentar el original de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.

f) En caso los Beneficiarios sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, además de copia literal de la partida donde conste inscrito definitivamente dicho acto en Registros Públicos. En caso que la Sucesión Intestada se haya realizado por vía judicial, será necesario que presenten la copia Literal de la partida donde conste la inscripción definitiva en Registros Públicos.

En caso que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, adicionalmente a los documentos antes mencionados (con excepción del indicado en el literal d. precedente), se deberán presentar los siguientes:

a) Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado, emitidos por la dependencia policial o fiscal respectiva.

b) Copia Certificada del Resultado de Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado, emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

c) Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo, emitido por la dependencia policial respectiva.

d) Copia Certificada del Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso se haya realizado, emitido por la dependencia policial respectiva.

Para solicitar la cobertura de Desamparo Familiar Súbito, se deberán presentar los siguientes documentos:

a) Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado y su cónyuge o conviviente, en caso se cuenten con dichos documentos.

b) Copia Certificada del Acta de Matrimonio o Resolución Judicial o Reconocimiento Notarial de Unión de Hecho, según corresponda, emitido por RENIEC o por el Poder Judicial según corresponda.

c) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado y su cónyuge o conviviente, emitida por el médico tratante.

d) Copia Certificada del Acta o Partida de defunción del Asegurado y de su cónyuge o conviviente, emitida por RENIEC.

e) Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. En caso que hayan Beneficiarios menores de edad que no cuenten con Documento de Identidad, deberán presentar el original de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.

f) En caso los Beneficiarios sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, además de copia literal de la partida donde conste inscrita definitivamente dicho acto en Registros Públicos. En caso que la Sucesión Intestada se haya

realizado por vía judicial, será necesario que presenten la copia Literal de la partida donde conste la inscripción definitiva en Registros Públicos.

g) Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado, emitidos por la dependencia policial o fiscal respectiva.

h) Copia Certificado del resultado de Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado, emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

i) Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; solo en caso de accidente de tránsito y siempre que el asegurado haya estado conduciendo el vehículo, emitido por la dependencia policial respectiva.

j) Copia Certificada del resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso se haya realizado, emitido por la dependencia policial respectiva.

Para solicitar la cobertura de GASTOS DE SEPELIO y RENTA FAMILIAR MENSUAL, los Beneficiarios, deberán presentar los documentos indicados para la cobertura de FALLECIMIENTO.

En caso de Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente, se deberán presentar los siguientes documentos:

a) Copia simple del Documento de identidad del Asegurado.

b) Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se haya realizado, emitidos por la dependencia policial o fiscal respectiva.

c) Original de informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (en caso que el accidente se haya producido en horas de trabajo).

d) Copia Certificada del Resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito y siempre que el Asegurado haya estado conduciendo el vehículo, emitido por la dependencia policial respectiva.

e) Copia fedateada y foliada de la Historia Clínica Completa, en cuyo contenido se precise el diagnóstico del Asegurado, emitido por el establecimiento médico respectivo.

f) Original del Dictamen debidamente certificado por la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, COMAFP y COMEC.

En caso de solicitud de la cobertura de ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES QUE SE ENCUENTREN EN ESTADO TERMINAL, se deberá presentar Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica emitida por el establecimiento médico respectivo en cuyo contenido se acredite el diagnóstico de la enfermedad cubierta, firmado por un especialista médico colegiado.

Adicionalmente para las siguientes enfermedades el diagnóstico deberá contener:

**Infarto de Miocardio:**

Para esta enfermedad, se deberá presentar Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica que acredite el diagnóstico, emitida por el establecimiento médico respectivo, el cual deberá haberse basado en los siguientes criterios:

- a) Historia del dolor torácico de presentación súbita y sugerente de infarto al miocardio.
- b) Cambios recientes y confirmatorios en el electrocardiograma.
- c) Elevación de enzimas cardíacas, específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

#### **Derrame Cerebral**

a) Se debe presentar Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica emitida por el establecimiento médico respectivo que acredite la existencia de deficiencia neurológica durante al menos tres (3) meses contados a partir del diagnóstico. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos, y por resultados de tomografía axial computada de cerebro o por resonancia magnética de cerebro.

#### **Cáncer**

a) Se debe presentar Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica u original del Informe Anatómico Patológico, emitida por el establecimiento médico respectivo, que acredite la presencia y/o existencia de esta enfermedad, incluyendo necesariamente la histología claramente definida.

En caso de solicitud de la cobertura de PAGO DE DEUDA CON EL EMPLEADOR, el Empleador deberá cumplir con presentar una Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del contrato de préstamo y de cualquier documentación que demuestre el desembolso del mismo (voucher de abono en cuenta del Asegurado o presentando copia del Cheque de Gerencia girado a favor del Asegurado Titular) además del estado de cuenta que acredite el saldo insoluto respectivo.

En caso de solicitud de la cobertura de INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍAS, se deberán presentar la constatación del tratamiento médico quirúrgico mediante la presentación de la Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica respectiva, emitida por el establecimiento médico correspondiente.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, copia simple de la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente Copia Certificada del Acta de Defunción expedido por RENIEC. 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.

#### **25.3 PAGO DE SINIESTRO:**

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 o rechazo del Siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS, según

corresponda, 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 y/o BENEFICIARIOS, 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 ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS, 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 ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS, 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 o aprobado 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.