Condiciones Generales de Contratación

Sepelio Familiar

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I CONSIDERACIONES GENERALES

1. DEFINICIONES
2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA
3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO
4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO
5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA.
6. CAUSALES DE TÉRMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
7. RESOLUCION CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA)
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO
9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA
10. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO
11. REHABILITACION DE LA COBERTURA
12. COMPROBACION DE LA EDAD
13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA
14. 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

22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO
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, La cobertura de la presente Póliza está sujeta a que la ASEGURADORA haya aprobado la Solicitud de Seguro y el CONTRATANTE haya cumplido con pagar la Prima o firmado el Convenio de Pago obligándose a pagarla.

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

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

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

- **Buena Salud:** No adolecer de enfermedad preexistente.

- **Carencia:**Tiempo comprendido entre el momento en que se inicia la vigencia de una Póliza y una fecha posterior determinada en la misma, durante el cual no surten efectos las coberturas ni beneficios establecidos en la Póliza.

- **Certificado de Seguro:** Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos vinculado a una Póliza de seguro determinada.

- **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:** Persona natural o jurídica 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 al ASEGURADO.

- **Convenio de Pagos o Cronograma de Pago:** Documento en el que consta el compromiso del CONTRATANTE de Pagar la Prima en la forma y plazos pactados con la ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular o del Certificado 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 y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza de Seguros, entre otros. También se les conoce como "Broker" o "Agente de seguros".

- **Culpa Inexcusable:** Quien por negligencia grave no ejecuta la obligación. Se presenta cuando no se toman las diligencias y los cuidados más elementales; no es intencional el no cumplir.

- **Declaración inexacta:** Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.

- **Declaración personal de salud - DPS:** Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud y del estado de salud de sus DEPENDIENTES. La Declaración Personal de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por la ASEGURADORA, pudiendo encontrarse como parte de la Solicitud de Seguro.

- **Días:** Días calendario.

- **Dolo:** Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar.
  Tiene el mismo efecto que la Culpa inexcusable.

- **Endoso:** Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del CONTRATANTE, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la ASEGURADORA y el CONTRATANTE, según corresponda.

- **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por el seguro. Las exclusiones se encuentran expresamente indicadas en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales de Contratación.

- **Indemnización, Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al/los BENEFICIARIO(S) en caso que ocurra un siniestro, siempre y cuando cuente con cobertura bajo los términos de la Póliza.

- **Interés Asegurable:** Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el deseo que debe tener el Contratante para obtener la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca, ya que, en caso que se produzca, le generaría un perjuicio económico.

- **La ASEGURADORA:** 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 de contratación 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 o ASEGURADO, 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 ASEGURADO, Beneficiario de acuerdo con las condiciones de la póliza.

ARTÍCULO 3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO:

- El CONTRATANTE se compromete a pagar la prima.

- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.

- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a brindar a la ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso corresponda, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de la ASEGURADORA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.

- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.

- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.

- La póliza se basa en la información ofrecida por el asegurado o contratante en la solicitud de seguro y en cualquier otra comunicación escrita con la ASEGURADORA.

- El ASEGURADO se compromete a facilitar a la ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la ASEGURADORA.

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

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

El inicio de la cobertura se encontrará condicionado al pago de la prima convenida o al momento de la ocurrencia del siniestro (antes de que ocurra el pago) lo que ocurra primero.

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

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

A. Solicitud de Modificación de la Póliza formulada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

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

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 ASEGURADO y/o CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas.

En caso que, la ASEGURADORA no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el CONTRATANTE tiene

el derecho de resolver el Contrato de Seguro.

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

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

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

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

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

C. Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:

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

D. Renovación Automática de la Póliza:

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

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

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

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

ARTICULO 6. CAUSALES DE TÉRMINO 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 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, siempre que no sea renovada.**
c) **En caso corresponda, a la fecha en que el ASEGURADO haya cumplido la edad máxima de permanencia, que será señalada en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales.**

d) **Si el interés 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.

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, 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. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.**

b) **Por falta de pago de la Prima en el caso que la ASEGURADORA decida resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.**

c) **Si al momento de la celebración del contrato, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no conocía que se produciría su cambio de actividad, este contrato de seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada.**
En caso que luego de la contratación de la póliza se produjese un cambio de actividad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, cualquiera de estos últimos deberá comunicar a La ASEGURADORA la agravación del riesgo ni bien estos conocen su ocurrencia, en cuyo caso la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los 15 (quince) días en que fue debidamente comunicada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO. Le corresponde a La ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

i) **El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren en la falta de comunicación (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) **La ASEGURADORA no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.**

iv) **La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.**

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

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 las situaciones descritas en los literales d), la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que se efectúe la resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

- **El CONTRATANTE y/o ASEGURADO, 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 d) precedentes.**

Una vez resuelto el contrato, La ASEGURADORA queda liberada de su prestación.

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, pierde la totalidad de sus efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

a) **Hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.**

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

c) **Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso que no medie dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, el contrato seguirá vigente.**

Para el caso descrito en el 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.

La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO acarrea la nulidad del contrato de seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la Póliza para asumir el riesgo. En este caso, se procederá a la devolución de la Prima pagada.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

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

- **La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses), excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por La ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.**

ARTICULO 9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

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

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

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

(i) Constatación ANTES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días.
En caso la propuesta sea aceptada el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.

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

(ii) Constatación DESPUES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA reducirá la 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 y forma establecidas en las Condiciones Particulares o del Certificado de Seguro.

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

10.3 El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contario 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 o en el Certificado de Seguro.

10.5 La ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o Beneficiario en caso de siniestro.

10.6 Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.

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

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

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 y supletoriamente aplica lo siguiente:

(i) Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos.

(ii) Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el período de cobertura.

(iii) Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del Seguro el CONTRATANTE deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de conformidad con lo detallado en el Convenio de Pago, inclusive en caso de pago diferido.

(iv) En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas se aplicará la suspensión y resolución conforme a lo que establece el presente artículo.

(v) La ASEGURADORA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado, o en su defecto, el interés legal.

10.10 El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.

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

EFECTOS 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 al CONTRATANTE, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

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

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

En caso que la presente Póliza contemple el Derecho de Reducción, y este sea ejercido, la suspensión de cobertura no procederá en caso hayan transcurrido dos (02) años o menos, según se haya pactado en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro.

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

LA ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación 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 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 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.
Si se comprueba la inexactitud en la edad del ASEGURADO, se aplicarán las siguientes reglas:

a) Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la Prima anual percibida por la ASEGURADORA.

b) Si es menor, se rectificarán las Primas en el futuro y se devolverá el exceso de Primas percibidas sin intereses.

ARTICULO 13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

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 CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario bajo su complicidad o consentimiento.

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

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

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

ARTICULO 14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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 y/o ASEGURADO 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 y/o ASEGURADO 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 y/o EL ASEGURADO 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 o en el certificado de seguro según corresponda.

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 y/o ASEGURADO 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 o en el Certificado.
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 o en el Certificado.

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 ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) BENEFICIARIOS, 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 y/o ASEGURADO, excepto cuando es dolosa.

ARTICULO 18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los Beneficiarios y la ASEGURADORA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o en el Certificado de Seguro.

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

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

primero.

En caso de contratación a través de sistemas de comercialización a distancia, 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/o Certificado de Seguro, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos.

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

Para los efectos del presente Contrato la ASEGURADORA, el CONTRATANTE y el ASEGURADO señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

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 y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo 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 diez (10) años desde que ocurrió el siniestro.

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 y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la ASEGURADORA y no puedan ser trasladados.

CAPITULO II
CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTICULO 22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

- **Edad mínima de ingreso a la póliza para el titular:** 18 años.
- **Edad máxima de ingreso a la póliza para el titular:** 64 años y 364 días.

ARTICULO 23. COBERTURAS:

Indemnización por Gastos Funerarios y de Sepelio en caso de Fallecimiento del ASEGURADO: Sólo en caso de fallecimiento del ASEGURADO, la ASEGURADORA entregará al o los Beneficiarios, y a falta de estos a los Herederos Legales, la Suma Asegurada correspondiente según el plan escogido de los planes detallados en las Condiciones Particulares de la presente Póliza por concepto de Gastos Funerarios y de Sepelio.

ARTICULO 24. EXCLUSIONES:

Esta póliza NO cubrirá la indemnización por fallecimiento del ASEGURADO, si este hecho fuere causado por, o sea, consecuencia de:

a) Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos (2) años.

b) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participando activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.

c) Acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero legal, dejando a salvo el derecho a recibir la indemnización correspondiente a los restantes beneficiarios o herederos legales, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.

d) 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 o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.

e) 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.

f) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.

g) 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.

h) Realización de una actividad o deporte: 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.

i) La práctica o el desempeño de alguna profesión u oficio: bomberos, mineros, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, miembros de las Fuerzas Armadas o funciones policiales.

j) Situación o enfermedad preexistente. Se define como Preexistencia a las enfermedades, dolencias, síntomas o signos conocidos o no por el ASEGURADO, que figuren en su Historia Clínica o se evidencien en los resultados de exámenes auxiliares diagnósticos sean estos de laboratorio, radiológicos o de otra índole, antes de la fecha de inicio de vigencia de la presente Póliza o de la solicitud de seguro.

k) Los accidentes que se produzcan como consecuencia de la ingesta de alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo. Para efectos de esta exclusión, se entiende que una persona se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si se niega a practicarse el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.

l) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.

m) Los llamados «Accidentes Médicos», que son situaciones médicas, súbitas, involuntarias, producidas por causa natural: síncopes, accidente cerebro vascular, infarto de miocardio, trombosis, convulsiones, edema agudo de pulmón, etc. u ocasionadas en un acto médico tales como negligencia o impericia, que dejen o no secuelas orgánicas y/o de discapacidad en la persona.

n) Las complicaciones médicas de embarazos o partos.

ARTICULO 25. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, 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 o certificado de seguro, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a La ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, descritos en el numeral siguiente.

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 o certificado de seguros) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

a) **Documento de identidad del Asegurado.**

b) **Certificado de defunción del Asegurado.**

c) **Acta o partida de defunción del Asegurado.**

d) **Historia clínica completa del Asegurado, foliada y fedateada.**

e) **Documento de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad que carezcan de DNI.**

f) **Certificado o declaración jurada domiciliaria (en caso de Beneficiarios menores de edad).**

g) **En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.**

h) **Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales.**

i) **Protocolo de Necropsia.**

j) **Resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito.**

k) **Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas.**

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.

<u>Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:</u>

- **No serán procedentes las solicitudes de devolución de documentos sea que se apruebe o rechace la 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, 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 BENEFICIARIO, 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 91º establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al BENEFICIARIO dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo.
Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al BENEFICIARIO 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.