

Seguro de Accidentes con Devolución

Condiciones Generales

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, creado mediante Ley 29355. La Aseguradora emite al contratante la presente póliza sobre la vida del Asegurado. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente contrato de seguro son los siguientes:

1. DEFINICIONES:

- a. **Asegurado:** Titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro. Puede ser también el contratante del seguro.
- b. **Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares de la póliza y que será pagado por la Aseguradora a los beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro, bajo los términos de la póliza.
- c. **Beneficiario:** Persona natural o jurídica, designada en la póliza como titular del derecho a percibir la indemnización, beneficio, capital o suma asegurada que se derive de la presente póliza. Si se designaron varios beneficiarios sin indicación de porcentajes, 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, se entiende que comprende a los herederos instituidos de acuerdo a ley. El Contratante tiene la potestad de modificar a los Beneficiarios, salvo que haya cedido este derecho al Asegurado.
- d. **Buena salud:** No adolecer de enfermedad o dolencia preexistente.
- e. **Contratante:** Persona natural o jurídica que suscribe este contrato de seguros con la Aseguradora y a quien corresponde el pago de las primas, salvo pacto en contrario. Tiene la atribución de designar a los beneficiarios o ceder y/o delegar esta facultad en el Asegurado.
- f. **Días:** Días calendario.
- g. **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.
- h. **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro y que se encuentran expresamente indicadas en el presente Condicionado General.
- i. **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 de que se produzca, le generaría un perjuicio económico.
- j. **La Aseguradora:** Es la empresa autorizada por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP que emite la presente póliza, asume los riesgos derivados y otorga las prestaciones según lo pactado.
- k. **Póliza:** Es el documento emitido por la Aseguradora en el que consta el contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza: los endosos; las condiciones especiales si las hubiere entre las que se encuentran las cláusulas adicionales de haberlas; las condiciones particulares; las

condiciones generales; la solicitud de seguro; el resumen; sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda. Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales.

- l. **Prima:** Es el valor determinado por la Aseguradora como contraprestación o precio por las coberturas de seguro contratadas, que debe ser pagada con la periodicidad establecida en el condicionado particular, a efectos de mantener vigente la presente póliza.
- m. **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.
- n. **Siniestro:** Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.
- o. **Agravación del riesgo:** Situación que se produce cuando, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del Asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista. Para efectos de esta Póliza se entiende por agravación del riesgo cuando el Asegurado realice o desempeñe alguna de las siguientes actividades u oficios notoriamente peligrosos: miembros de las fuerzas armadas y policiales, bomberos, buzos de oficio, salvavidas, rescatistas, personal de seguridad y vigilancia, y personal que labora en minas o explosivos.

2. OBJETO DEL SEGURO:

El presente Contrato tiene como objeto otorgar las coberturas y sumas aseguradas establecidas en las presentes condiciones generales, en las condiciones particulares, cláusulas adicionales y especiales, si las hubiere; a favor del Asegurado o Beneficiarios, según corresponda; y por su parte, el Contratante se obliga al pago de la prima convenida.

Los importes de las coberturas de este seguro y el monto de la prima están detallados en las condiciones particulares que forman parte integrante de la presente Póliza.

3. BASES DEL CONTRATO:

La presente Póliza ha sido emitida sobre la base de la información proporcionada por el Contratante y/o el Asegurado en la solicitud, sus documentos accesorios o complementarios y en la Declaración Personal de salud, en caso haberla y/u ocupación del Asegurado.

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. La Aseguradora suscribe la presente póliza bajo el entendido que el Asegurado goza de buena salud al inicio del seguro.

La Póliza y sus eventuales endosos, debidamente consensuados entre las partes, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones entre estas.

En caso la presente póliza se origine como consecuencia de una propuesta u oferta realizada por la Aseguradora, y el contenido de esta póliza difiera de dicha propuesta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el Contratante si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando la Aseguradora advierte al Contratante, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la póliza, que existen estas 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, salvo que sean más beneficiosas para el Asegurado.

4. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO BAJO LA PÓLIZA:

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:** 18 años.
- **Edad máxima de ingreso a la póliza:** 64 años y 364 días.
- **Edad máxima de permanencia en la póliza:** 76 años y 364 días.

5. COBERTURAS:

COBERTURA DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL:

En caso de fallecimiento accidental 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 de la póliza.

Se entiende que el fallecimiento es accidental cuando la causa del deceso se produce como consecuencia de un accidente. Se entiende por accidente cualquier acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria que produce daños en las personas o en las cosas.

COBERTURA DE SOBREVIVENCIA:

En caso la vigencia de la presente Póliza de Seguro culmine, y no se haya producido el fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora otorgará como cobertura de sobrevivencia al Asegurado, el porcentaje de la totalidad de las primas pagadas (descontando los impuestos en caso aplique), señalado en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

En caso de que el Asegurado fuese persona natural distinta del Contratante, el beneficio de la cobertura de sobrevivencia se realizará a favor de este último.

La presente cobertura se otorgará siempre y cuando concurren los requisitos detallados a continuación:

- a. La Póliza se mantenga vigente hasta la fecha de vencimiento de vigencia prevista en las Condiciones Particulares;
- b. El Asegurado se encuentre con vida a dicha fecha;
- c. Sólo se tendrá esta cobertura si es que la Póliza de Seguro se ha pagado completamente durante el período de vigencia inicialmente pactado.

6. EXCLUSIONES:

La presente póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia directa o indirecta de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- a. **Suicidio consciente y voluntario, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del Seguro.**
- b. **Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país, así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.**
- c. **Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho a recibir la indemnización correspondiente a los restantes beneficiarios o herederos, 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, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- e. Cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol, drogas, o sonambulismo y esta situación sea acto generador del siniestro. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el Asegurado se encuentra bajo la influencia de alcohol o drogas, si el Asegurado se negara a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
 - f. Situación o enfermedad preexistente, entendiéndose por tales cualquier lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración del estado de salud del Asegurado, diagnosticadas por un profesional médico, conocidas por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Solicitud de Seguro.
 - g. Las personas que realicen o desempeñen las siguientes actividades u oficios notoriamente peligrosos: miembros de las fuerzas armadas y policiales, bomberos, buzos, salvavidas, rescatistas, personal de seguridad y vigilancia, personal que labora en minas o con explosivos, no estarán cubiertos bajo esta póliza si su fallecimiento se origina durante o a consecuencia del desempeño de dichas actividades.

7. INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

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 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.

8. CAUSALES DE TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO:

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

- a. La ocurrencia de un evento que dé lugar al pago del cien por ciento (100 %) de la Suma Asegurada de la cobertura de la presente Póliza.
- b. El vencimiento del plazo de vigencia de la póliza.
- c. A la fecha que el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia, descrita en las presentes Condiciones Generales.

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.

9. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL:

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 calendario a la fecha en que surtirá efectos la resolución del contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el Contratante empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que

uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la Aseguradora la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

b. Por falta de pago de la prima en caso de que la Aseguradora opte por resolver la póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días 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, hasta el momento en que se otorgó cobertura.

c. Por la presentación de una solicitud de cobertura fraudulenta, de conformidad a lo establecido en el artículo 17 del Condicionado General.

d. Por agravación del riesgo comunicada a la Aseguradora. La Aseguradora podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los quince (15) días en que le fue debidamente comunicada, quedando resuelta la póliza a partir de que el Contratante y/o Asegurado recibe una comunicación en dicho sentido de parte de la Aseguradora. Le corresponde a la Aseguradora la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

e. Por agravación del riesgo no comunicada por escrito a la Aseguradora ni bien el Contratante y/o Asegurado conocen su ocurrencia.

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 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 literal c) precedente.
- 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.

Lo indicado en los literales d) y e) precedentes, no será aplicable para el caso contemplado en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.

f. Si el Contratante y/o Asegurado realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora presentará al Contratante una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la póliza. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, 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 para que el Contratante de respuesta a la revisión propuesta. Corresponden a la Aseguradora las primas devengadas 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 en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme al literal a) precedente.
- La Aseguradora en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b) al g) precedentes.

Una vez resuelto el contrato, la Aseguradora queda liberada de su prestación.

En caso corresponda, producto de la resolución ejercida por el Contratante, el reembolso de la prima será efectuado dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la solicitud de resolución por parte del Contratante en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la Aseguradora en Lima o provincias, detalladas en el Resumen de la Póliza. En caso la resolución haya sido ejercida por la Aseguradora, se procederá con la devolución de la prima no devengada a favor del Contratante dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de resolución, a través del mismo medio utilizado para el pago de las primas.

10. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir desde el inicio, 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 se 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.
- d. La declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea la nulidad del contrato de seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo. En este caso, se procederá a la devolución de la prima pagada.

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 la reticencia o declaración inexacta.

En caso de nulidad:

- No se tendrá derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la Aseguradora la suma percibida.
- Dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes de producirse la nulidad del contrato de seguro, la Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) a través del mismo medio utilizado para realizar el pago de las primas, excepto cuando el Contratante o el Asegurado proceda con reticencia o realice una declaración inexacta, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Aseguradora, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

11. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

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.

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, según sea constatada antes o después de producido el siniestro:

- i. Si es constatada antes de 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 sea aceptada la revisión de la póliza, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, **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 párrafo precedente. Corresponden a la Aseguradora las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.**
- ii. Si la constatación de la declaración inexacta o reticente es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la póliza, **la Aseguradora reducirá la suma asegurada a pagar en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. En este sentido, la suma asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. 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.**

12. PRIMA:

Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura del Asegurado durante el plazo de vigencia de la póliza, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares.

Efectos del Incumplimiento de Pago de prima:

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 que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo, indicará 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.

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de cobertura antes indicada, la prima adeudada por el Contratante será descontada del beneficio correspondiente.

Resolución de la Póliza.-

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

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.

13. REHABILITACION LEGAL DE LA PÓLIZA

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, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de la póliza previo pago de todas las primas impagas. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 0:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, **no siendo responsable la Aseguradora por siniestro alguno ocurrido durante la suspensión.**

14. MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES:

Durante la vigencia del contrato, la Aseguradora no podrá modificar los términos contractuales pactados 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. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se debe respetar los términos pactados originalmente.

15. 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 en cualquier momento a solicitud de la Aseguradora, mediante la presentación del documento oficial de identidad.

Sin perjuicio de lo indicado en la Cláusula Décima del presente documento, si se comprueba la inexactitud en la edad del Asegurado, se aplicarán las siguientes normas:

- 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 rectificaran las primas en el futuro y se devolverá el exceso de primas percibidas sin intereses.

16. AVISO DE SINIESTRO, PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO:

16.1 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 en cualquiera de las Plataformas de Atención del Cliente descritas en el Resumen de la presente póliza, así como por vía telefónica o al correo electrónico señalado en dicho resumen.

En caso de culpa leve, el incumplimiento del plazo antes señalado no constituye causal del rechazo del siniestro, pero 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 a 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.

16.2 PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:

COBERTURA DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL.-

Para atender las solicitudes de cobertura en caso de fallecimiento se deberá entregar a la Aseguradora, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (detalladas en el Resumen de la Póliza) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- a) Solicitud de cobertura debidamente llena proporcionada por la Aseguradora para tales efectos.
- b) Documento de identidad del Asegurado, en caso se cuente con este.
- c) Certificado de defunción del Asegurado, emitido por el médico tratante.
- d) Acta o partida de defunción del Asegurado, emitida por RENIEC.
- 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) 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.
- g) Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales.
- h) Protocolo de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- i) Resultado del Dosaje Etílico emitido por la Morgue; sólo en caso de accidente de tránsito siempre que el accidente sea consecuencia directa de esos estados y esta situación sea acto generador del siniestro.
- j) Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, emitido por la Morgue, en caso de haberse realizado.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente, adjuntando debidamente completa la solicitud de cobertura proporcionada por la Aseguradora para tales efectos. Cuando la resolución judicial de muerte presunta sea expedida, deberá ser presentada en original a la Aseguradora junto con la correspondiente Partida de Defunción emitida por RENIEC en original o copia certificada.

El pronunciamiento de la Aseguradora se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

COBERTURA DE SOBREVIVENCIA.-

Para atender las solicitudes de cobertura en caso de Supervivencia se deberá entregar a la Aseguradora, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (detalladas en el Resumen de la Póliza) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- a) Solicitud proporcionada por la Aseguradora, firmada por el Contratante.
- b) Documento de identidad del Contratante.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

El listado anterior muestra la documentación que debe ser presentada para solicitar la cobertura en caso de siniestro. La solicitud de cobertura puede ser presentada ante la Aseguradora o ante el Comercializador.

- 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 o encontrarse debidamente apostillado. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

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

Cuando la Aseguradora requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al Asegurado la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la Aseguradora solicitará a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP 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 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 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.

17. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

Se considera fraudulento:

17.1 La presentación de una solicitud de cobertura engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.

17.2 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.

17.3 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). Ello sin perjuicio de la atención de la solicitud de cobertura presentada, cuya evaluación se realizará dentro del plazo establecido en la normativa vigente.

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.

18. AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA:

El Contratante y el Asegurado, mediante la suscripción de la póliza, autorizan expresamente a la Aseguradora, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

19. QUEJAS Y RECLAMOS:

El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios podrán presentar sus quejas y/o reclamos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

20. 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 307, Piso 9 - San Isidro, Lima, Teléfono 01-421-0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y la Aseguradora sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para La Aseguradora.

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

21. INDISPUTABILIDAD:

Esta póliza será indisputable una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contados a partir de la fecha de su celebración, a no ser que medie actuación dolosa del Contratante y/o Asegurado.

22. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Todas las comunicaciones entre la Aseguradora y el Contratante deberán realizarse a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia. Las del

Contratante deberán ser dirigidas al domicilio de la Aseguradora y las de ésta serán válidas siempre que se dirijan al último domicilio señalado por el Contratante.

Para los efectos del presente contrato la Aseguradora y el Contratante señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las condiciones particulares, en donde se notificaran válidamente los avisos y comunicaciones en general. Si el Contratante cambiara de domicilio deberá comunicar tal hecho a la Aseguradora por escrito. Todo cambio de domicilio que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

23. 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, 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.

24. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, 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 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 (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 en caso no se haya hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. 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.

25. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurre el siniestro.

En el caso de las coberturas de muerte, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.