VIDA PLUS

Condiciones Generales Vida Plus

Código SBS N° VI0508000465

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias

Bienvenido a la Familia Rimac

Le sugerimos leer detenidamente la presente Póliza de Seguro. Esta Póliza de Seguro ha sido emitida tomando en cuenta las declaraciones del Asegurado para la debida evaluación del riesgo y que forma parte de la presente Póliza de Seguro. La exactitud de sus declaraciones es la base de este contrato y del cálculo de la prima de seguro.

Glosario de Términos:

- 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.
- Accidentes Médicos: Suceso médico imprevisto, fortuito y/u ocasional que obra súbitamente sobre la persona independientemente de su voluntad; sea por acto médico o por enfermedad de presentación súbita. Por ejemplo, accidente cerebro vascular, pérdida del conocimiento, vértigo, edemas agudos (cerebral, pulmonar, multivisceral), infarto de miocardio, trombosis, ataques convulsivos, cirugías y sus complicaciones.
- Asegurado: Persona natural cuyo nombre y demás datos de identificación constan en las Condiciones Particulares.
- Beneficiario: Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza. Si se designaron varios BENEFICIARIOS sin indicación de porcentajes de participación sobre la indemnización o beneficio, la repartición se hará en partes iguales. En caso no se designen BENEFICIARIOS, o por cualquier causa la designación se vuelva ineficaz o quede sin efecto, los BENEFICIARIOS serán los herederos declarados de acuerdo a ley, en caso corresponda. El CONTRATANTE tiene la potestad de modificar a los BENEFICIARIOS, salvo que haya cedido este derecho al ASEGURADO.
- Buena Salud: No adolecer de enfermedad preexistente.
- Comercializador: Persona natural o jurídica proveedora de bienes y servicios (incluido Entidades Financieras) que cuenten con establecimientos propios o de terceros, que realizan la oferta de los productos de seguros.
- Contratante: Persona natural o jurídica que firma este contrato de seguro con la COMPAÑÍA 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.
- 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”.
- Culpa Inexcusable: Quien por negligencia grave no ejecuta la obligación. Se presenta cuando no se toman las diligencias y los cuidados más elementales; El incumplimiento no es intencional.
- Declaración inexacta: Falta de exactitud, total o parcial, en la descripción o declaración de las características del riesgo, que el Contratante y/o Asegurado conoce
- Declaración personal de salud – DPS: Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el Asegurado sobre su estado de salud, en los formatos proporcionados por la COMPAÑÍA. La DPS forma parte de la póliza. La presentación de la DPS será obligatoria cuando así lo requiera la COMPAÑÍA.

- Dolo: Intención o voluntad de incumplir con una obligación o de cometer un acto prohibido.
- Interés Asegurable: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el interés que debe tener el Asegurado en obtener la cobertura para determinado riesgo, lo cual refleja su deseo sincero para que el siniestro no se produzca, ya que, en caso que se produzca, le generaría un perjuicio económico. Si este interés no existe, el contrato de seguro será nulo.
- La Compañía: 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 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 de Seguro: Documento conformado por la Solicitud de Seguro, sea física o virtual, Condiciones Particulares, Condiciones Generales, Resumen y Cláusulas Adicionales, en caso corresponda. Asimismo, forma parte de la Póliza de Seguro, la Declaración Personal de Salud y todo documento donde consten declaraciones del Asegurado.
- Reticencia: Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el Contratante y/o Asegurado.
- Sistemas de Comercialización a Distancia: Sistemas de telefonía, internet u otros análogos que le permiten a la COMPAÑÍA o a sus comercializadores, acceder de modo no presencial a los potenciales asegurados, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.

1.- Nuestro Compromiso

Nos comprometemos a indemnizar al (a los) Beneficiario(s) designado(s) en la Póliza de Seguro, en tanto el evento se haya producido durante su vigencia, tomando en consideración las coberturas contratadas, y siempre que dicho evento no se encuentre excluido. Tenga presente que nuestra responsabilidad se limita a las coberturas y beneficios que forman parte de su Póliza de Seguro.

2.- Tu Compromiso.

El Contratante debe estar al día en los pagos de su Póliza de Seguro, a fin de poder gozar de las coberturas y beneficios de la misma.

Mediante la contratación de la Póliza de Seguro, el Asegurado ha autorizado a la COMPAÑÍA para que pueda acceder a la información adicional que pudiera ser necesaria para verificar la veracidad y exactitud de la información consignada en la Declaración Personal de Salud (en caso corresponda), o de cualquier otra información. la COMPAÑÍA podrá acceder o solicitar copia de la Historia Clínica, e información médica, a clínicas, centros médicos, hospitales, y cualquier establecimiento de salud, así como al médico tratante o cualquier otro especialista de la salud.

3. Cobertura Principal: Fallecimiento

Si se produjera tu fallecimiento siempre que dicho evento no esté excluido en tu póliza de seguro, la COMPAÑÍA indemnizará al Beneficiario, de acuerdo a las condiciones, coberturas y límites contratados.

4. Qué hacer en caso de siniestro

Paso 1: Dar aviso a la COMPAÑÍA

Dar aviso dentro de los 07 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

Paso 2: Solicitar la Cobertura:

Para ello se deberán entregar a la COMPAÑÍA o a las oficinas del Comercializador:

En caso de Muerte Natural del Asegurado:

1. **Copia Certificada de la Partida de Defunción emitida por RENIEC.**
2. **Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción o, la reproducción original del mismo en caso se haya realizado a través del SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones).**
3. **Copia simple del Documento de Identidad (DNI) del Asegurado, en caso se cuente con este documento.**
4. **Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios. En caso de Beneficiarios menores de edad que no cuenten con DNI deberá presentar Copia Certificada de la Partida de Nacimiento emitida por RENIEC.**
5. **Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada por la institución de salud, siempre que el Asegurado, previo a su fallecimiento, haya sido atendido por una Institución de Salud.**

En caso de Muerte Accidental del Asegurado, adicionalmente a los documentos antes señalados deberán presentar:

6. **Copia Certificada del Protocolo de Necropsia completo emitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, este último en caso de haberse realizado.**
7. **Copia Certificada del Parte Policial y Atestado Policial completo, e Informe Final de la Fiscalía correspondiente, en caso de haberse realizado.**
8. **Original o Copia Certificada del Examen toxicológico emitido por la morgue, en caso de haberse realizado.**
9. **Original o Copia Certificada del Dosaje Etílico emitido por la morgue, en caso de accidente de tránsito, en caso de haberse realizado.**

En caso los beneficiarios sean los Herederos Legales, según lo establecido en las Condiciones Particulares, adicionalmente a los documentos antes indicados, deberán presentar:

- **Copia literal actualizada de la partida registral donde consta inscrita la sucesión intestada definitiva o el Testamento, según corresponda.**

En caso los beneficiarios sean definidos por Orden de Prelación, conforme el detalle siguiente: 1) Cónyuge o conviviente; 2) A falta de cónyuge o conviviente, será el hijo de mayor edad que tenga el asegurado (siempre que éste sea mayor de edad). En caso que el Asegurado no tenga algún hijo mayor de edad, el beneficio recaerá en el mayor de los hijos aún cuando sea éste menor de edad, en cuyo caso se pagará a Cuenta en custodia, deberán presentar:

- **Copia Certificada de la Partida de Matrimonio, en caso el solicitante de la cobertura sea el Cónyuge.**
- **Original o Certificación de Reproducción Notarial de la Resolución Judicial de Unión de Hecho o Testimonio original de la Escritura Pública de Reconocimiento de Unión de Hecho ante Notario Público, en caso el solicitante de la cobertura sea el Conviviente del Asegurado.**
- **Copia Certificada de la Partida de Nacimiento, en caso el solicitante de la cobertura sea un hijo del Asegurado, sea cualquiera el caso. Asimismo, se podrá solicitar copia simple del Documento de Identidad del hijo beneficiario, en caso cuente con dicho documento.**
- **Original o copia simple de la partida registral actualizada donde consta inscrita de manera definitiva la Sucesión Intestada del Asegurado en los Registros Públicos.**

A falta de beneficiarios bajo el orden de prelación, la indemnización se pagará a los herederos legales, previa presentación de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada del Asegurado,

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Asimismo, se deberá presentar la solicitud de cobertura y adjuntar todos los documentos que se tenga disponible, exceptuando la resolución judicial que confirma el fallecimiento. Cuando la resolución judicial de muerte presunta sea expedida, deberá ser presentada a La Aseguradora junto con la correspondiente partida de defunción.

Se entenderá que los documentos que acreditan la muerte presunta del Asegurado están completos, cuando los beneficiarios presenten el original o Certificación de Reproducción Notarial de la Resolución Judicial y la Copia Certificada de la Partida de Defunción, ambos indicados en el párrafo precedente, por lo que el pronunciamiento de La Aseguradora se encontrará suspendido hasta la recepción de dichos documentos.

Los documentos serán entregados en las Plataformas de LA COMPAÑÍA descritas en el Resumen de la Póliza de Seguro, o en las oficinas del 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. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

Paso 3: El pago de la Indemnización:

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya entregado toda la documentación y requisitos exigidos en el Paso 2 precedente para la cobertura solicitada, LA COMPAÑÍA evaluará y se pronunciará aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura).

Dentro de los primeros 20 días LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones sobre de la documentación e información presentada, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente, o podrá solicitar la prórroga del plazo original al Beneficiario, y en caso éste último no acepte la prórroga solicitada, podrá solicitarlo a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establecido en los Artículos 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros (Resolución SBS N° 3202-2013).

Para efectos de la evaluación de la documentación presentada, el ASEGURADO autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda entregar directamente cualquier información solicitada por LA COMPAÑÍA.

Si transcurre el plazo descrito en el primer párrafo precedente y LA COMPAÑÍA no se ha pronunciado respecto del siniestro, se entiende que este ha sido consentido.

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización dentro de los 30 días siguientes de haber consentido o aceptado la cobertura.

5. EXCLUSIONES GENERALES:

Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan como consecuencia de los siguientes eventos o circunstancias. Las coberturas adicionales podrán contener exclusiones específicas las cuales se añadirán a las presentes exclusiones generales.

a. **Enfermedades, lesiones y/o condiciones pre-existentes al inicio de la vigencia del presente seguro.**
b. **Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos años.**

c. **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.**
d. **Pena de Muerte o participación activa del asegurado en cualquier acto delictivo cometido o en actos violatorios de leyes o reglamentos, en duelo concertado; en peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participación activa en huelgas, motines, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.**
e. **Cuando el deceso sea consecuencia de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, estando el asegurado en campaña, así como por intervención en duelo concertado.**
f. **Por hacer uso de la aviación salvo cuando estés de viaje en calidad de pasajero en un transporte aéreo de servicio público autorizado y en itinerarios regulares.**
g. **Los siguientes fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario: inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.**
h. **Las lesiones que sufra el asegurado como consecuencia de la práctica temeraria y/o participación en competencias profesionales o no profesionales o en prácticas de entrenamiento de las siguientes actividades o deportes riesgosos: Carreras de automóviles, motocicletas, bicicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas, deportes hípicos; artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, ala delta, ultraligeros, paracaidismo, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, buzo, boxeo, caza de fieras, trabajos con explosivos o químicos.**
i. **Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). En caso de accidente de tránsito se presume la influencia de alcohol o drogas si el asegurado o beneficiario se niegan a someterse al examen toxicológico y/o de alcoholemia.**

j. **Por inhalación de gases o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.**
k. **Los siguientes accidentes médicos: apoplejías, síncopes, vértigos, edemas agudos, y ataques epilépticos, así como los accidentes médicos ocasionados por casos de negligencia o impericia médica.**
l. **Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.**
m. **Las complicaciones médicas de embarazos o partos.**

n. **Por participación como conductores o acompañantes en carreras de automóviles, bicicletas, lanchas a motor o avionetas, o en carreras de entrenamiento.**

6.- Vigencia de la Póliza de Seguro y procedimiento para modificar las condiciones a la renovación de la vigencia

La vigencia de la Póliza estará descrita en las Condiciones Particulares.

En caso de que en las Condiciones Particulares se haya indicado que la vigencia del seguro es con renovación automática, la COMPAÑÍA podrá proponer modificaciones al Contratante como mínimo con 45 días de anticipación a la fecha en que corresponda la renovación de la vigencia. El Contratante tendrá un plazo de 30 días calendarios previos al vencimiento del contrato de seguro a fin de aceptar o rechazar las modificaciones propuestas. En caso no se rechacen las modificaciones durante el período antes indicado, se entenderán por aceptadas las mismas por lo que se emitirá la Póliza destacando las modificaciones.

En caso que en las Condiciones Particulares se hayan indicado que la vigencia del seguro NO es con renovación automática, no procederá la renovación de la vigencia de la póliza.

Durante la vigencia de la Póliza, la COMPAÑÍA no podrá modificar las condiciones del seguro sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, por lo que éste último tiene derecho a analizar la propuesta de modificación que realice la COMPAÑÍA en un plazo de 30 días calendario desde que le fue comunicada. En caso que el Contratante no acepte la propuesta de modificación, no generará la resolución del seguro, y seguirán permaneciendo vigentes las condiciones de la Póliza de Seguro.

No obstante lo antes indicado, la vigencia de este seguro no podrá superar la fecha en la cual el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia.

7. Causas de Resolución de la Póliza de Seguro.

La Póliza de Seguro podrá ser resuelta en los siguientes casos. Una vez resuelta cesan todas las obligaciones de LA COMPAÑÍA:

7.1 Cuando el Contratante y/o Asegurado lo decida y sin necesidad de una justificación. Para ello deberá enviar una comunicación escrita a RIMAC o al Comercializador o solicitarlo por cualquiera de los medios usados para contratar la Póliza de Seguro, surtiendo efectos desde el día en que presente la solicitud de resolución.

7.2 En caso de agravación del riesgo, LA COMPAÑÍA podrá manifestar su voluntad de resolver la póliza, dentro de los 15 días siguientes de habérsele informado o haber tomado conocimiento de la agravación. En el mismo plazo, de ser el caso, LA COMPAÑÍA podrá proponer modificaciones o incrementos de prima para mantener vigente la póliza. En caso de que LA COMPAÑÍA opte por resolver la póliza, esta quedará resuelta en la fecha en que el Contratante reciba una comunicación de LA ASEGURADORA informándole sobre su decisión de resolver la póliza.

IMPORTANTE:

Los siniestros que se produzcan durante la agravación del riesgo no serán indemnizados si el Asegurado o Contratante no informó de la agravación antes de ello. Salvo que:

i. **La falta de aviso o la demora no sea consecuencia de culpa inexcusable.**
ii. **La agravación del riesgo no haya influido en la ocurrencia del siniestro, ni sobre la medida de la prestación a cargo de LA COMPAÑÍA.**
iii. **Dado el aviso LA COMPAÑÍA no haya manifestado su deseo de resolver o modificar la póliza en el plazo antes señalado.**
iv. **LA COMPAÑÍA ya hubiese conocido de la agravación al tiempo en que debió habérsele comunicado.**

En los supuestos indicados en los puntos i), ii) y iii) LA COMPAÑÍA tendrá derecho a descontar de la indemnización, la suma proporcional equivalente a la extra prima que te hubiera cobrado, en caso de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo.

7.3 En caso se presente una solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. LA COMPAÑÍA deberá remitir una comunicación escrita al Asegurado o Beneficiario. La póliza quedará resuelta a los 15 días de remitida dicha comunicación. No obstante lo indicado en el presente numeral, la aplicación de la presente causal no afecta el cumplimiento de los plazos para el rechazo del siniestro.

7.4 En caso de declaración inexacta o reticente que no sea producto de dolo o culpa inexcusable, LA COMPAÑÍA podrá resolver la póliza enviando una comunicación escrita dentro de los 30 días

posteriores a la fecha en que el Contratante rechace la propuesta de modificación y/o reajuste de primas. LA COMPAÑÍA te enviará la propuesta por escrito dentro de los 30 días siguientes de constatada la reticencia o declaración inexacta y el Contratante podrá aceptarla o rechazarla dentro de los 10 días posteriores. La póliza quedará resuelta en la fecha en que el Contratante reciba la comunicación de parte de LA COMPAÑIA.

7.5. Frente a la revocación del consentimiento para la contratación del seguro por parte del Asegurado, cuando sea persona distinta al Contratante.

Durante la vigencia de la Póliza, el CONTRATANTE o ASEGURADO podrá solicitar la resolución conforme al numeral 7.1. y 7.5 y LA COMPAÑÍA conforme al numeral 7.2, 7.3, y 7.4.

En caso que la resolución se haya producido por parte de LA COMPAÑÍA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por el CONTRATANTE de conformidad a lo establecido en el numeral 7.1, LA COMPAÑÍA procederá con la devolución de las primas correspondientes al periodo no corrido, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE presentó su solicitud de resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por el ASEGURADO de conformidad a lo establecido en el numeral 7.5, LA COMPAÑÍA procederá con la devolución de las primas correspondientes al periodo no corrido, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE presentó su solicitud de reembolso. En este último caso, la solicitud de reembolso y la solicitud de resolución podrán presentarse en un mismo acto.

8. Nulidad del Contrato de Seguro:

La nulidad deja sin efecto la Póliza de Seguro desde el inicio, por lo cual se considera que nunca tuvo efectos legales.

La Póliza de Seguro será nula:

8.1 Si la hubieras contratado sin contar con interés asegurable.

8.2 Si el siniestro se produjo o desapareció la posibilidad de que se produzca antes de contratar la póliza de seguro.

8.3 Por reticencia y/o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable, de circunstancias que de haber sido informadas oportunamente a LA COMPAÑÍA habrían motivado que rechace la contratación o proponga modificaciones. En este caso, LA COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad desde que conoce la reticencia o declaración inexacta.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

a. **No se tendrá derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con esta Póliza.**
b. **Si el Contratante / Asegurado / Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización bajo esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolverla a LA COMPAÑÍA.**
c. **LA COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas (sin intereses) al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que LA COMPAÑÍA comunique la nulidad, excepto en caso de reticencia o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable. En ese caso LA COMPAÑÍA conservará las primas pagadas correspondientes a los primeros 12 meses de vigencia.**

9. Reticencia y/o Declaración Inexacta:

9.1 Si el Asegurado realiza una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si **LA COMPAÑÍA** hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, se aplicará lo dispuesto en el numeral precedente.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante / Asegurado que fueron materia de una pregunta y respuesta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios. **LA COMPAÑÍA** cuenta con un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta, plazo que se calcula desde que **LA COMPAÑÍA** conoce la reticencia o declaración inexacta. La comunicación deberá ser remitida a través del mecanismo de envío de comunicaciones pactados en la Póliza de Seguro.

9.2 Si el Contratante / Asegurado realiza 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 COMPAÑÍA** seguirá el procedimiento indicado en el numeral 7.4 de las presentes Condiciones Generales. En caso la propuesta sea aceptada, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.
ii. Constatación DESPUES que se produzca el siniestro: **LA COMPAÑÍA** reducirá la indemnización a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida.

10. Incumplimiento de Pago de la Prima y sus consecuencias (Suspensión de Cobertura y Extinción de la Póliza)

10.1 Suspensión de Cobertura:

Ante el incumplimiento del pago de la prima, la COMPAÑÍA podrá suspender la cobertura del seguro, para lo cual remitirá una comunicación escrita al Contratante y/o Asegurado, según corresponda, informando acerca de la suspensión y el plazo que dispone para pagar la prima antes que se produzca la suspensión de la cobertura. La suspensión de cobertura se producirá transcurridos treinta (30) días desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima, y siempre que no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

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

10.2. Extinción del Contrato por incumplimiento de pago de la prima

No obstante lo antes indicado, e independientemente si es que la Compañía ejerció su facultad o no de suspender la cobertura del seguro conforme lo indicado en el numeral 10.1 precedente, este contrato de seguro se extinguirá si transcurren 90 días desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima. LA COMPAÑÍA conservará las primas correspondientes al período efectivamente cubierto. A partir de la fecha en que se produzca la extinción, LA COMPAÑÍA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

11. Solicitud de Cobertura Fraudulenta:

En caso las coberturas de esta Póliza sean solicitadas en forma fraudulenta, los Beneficiarios pierden el derecho a ser indemnizados.

Una solicitud de cobertura es fraudulenta cuando es apoyada total o parcialmente en declaraciones o documentos falsos o inexactos, o emplea medios falsos para probarlos, o exagera los daños producidos.

LA COMPAÑÍA está autorizada a realizar las investigaciones y solicitar la información necesaria para evaluar esta circunstancia.

No obstante lo indicado, la aplicación de lo establecido en el presente numeral, no afecta el cumplimiento de los plazos para el rechazo del siniestro.

12. Atención de Reclamos y Requerimientos:

Puedes realizar tus reclamos y/o requerimientos por teléfono, a través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro y por escrito presentando una comunicación dirigida a **LA COMPAÑÍA**, la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención o por correo electrónico, ambos indicados en el Resumen de la presente Póliza. Los reclamos y requerimientos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de su recepción.

13. Defensoría del Asegurado:

El Contratante y/o Asegurado o Beneficiario podrán acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9, San Isidro, Lima, Teléfono 01 421-0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan con **LA COMPAÑÍA**, 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 COMPAÑÍA**.

Debe interponerse previamente la solicitud de cobertura ante **LA COMPAÑÍA** para poder acudir a la Defensoría del Asegurado.

14. Indisputabilidad:

Para la cobertura principal de fallecimiento, si transcurren dos años desde la celebración del contrato, **LA COMPAÑÍA** no puede invocar la reticencia o falsa declaración del Contratante / Asegurado, excepto cuando es dolosa.

15. Domicilio, Validez, Avisos y Comunicaciones

Las partes intervinientes en esta Póliza establecen que todas las comunicaciones y/o avisos podrán remitirse a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro similar permitido por la normativa de la materia, salvo para aquellos casos en que la normativa vigente establezca el envío de esas comunicaciones por escrito. En la Póliza de Seguro se detallará el medio o medios a utilizar.

En caso de contratación a través de sistemas de comercialización a distancia, las comunicaciones podrán ser remitidas de la misma forma y por el mismo medio utilizado para la contratación del Seguro, o, de ser el caso, cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a la otra parte o una vez vencido el plazo allí señalado o el establecido en la Ley.

Deberás informar a **LA COMPAÑÍA**, la variación de tus datos de contacto con una anticipación no menor a 7 dias calendarios; en caso contrario, serán válidos los últimos datos de contacto señalados en la Solicitud de Seguro y/o en la Póliza contratada.

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

Sin perjuicio de lo antes indicado, el Contratante / Asegurado o Beneficiario podrán presentar su reclamo, consulta o denuncia ante la Defensoría del Asegurado, 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.

17. Prescripción Liberatoria:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro. En caso de la cobertura de fallecimiento la prescripción se computa desde que los Beneficiarios conocen la existencia del beneficio.

18. Tributos:

Todos los tributos que graven las Primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del Contratante / Asegurado o Beneficiario, salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de **LA COMPAÑÍA** y no puedan ser trasladados.

19. Derecho de Arrepentimiento

Si es que esta póliza de seguro ha sido adquirida a través de Comercializadores (inc. Bancaseguros) o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia (por ejemplo: web, telemarketing, entre otros), el Contratante puede arrepentirse de la contratación de la Póliza de Seguro, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha en que recibió este documento. El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado 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 el nombre del Contratante y el número del documento de identidad. Esta póliza de seguro se considerará resuelta (anulada) desde la fecha en que recibimos la comunicación y siempre que no se hayan hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. Resuelta la póliza de seguro procederemos a devolver la totalidad de la prima pagada al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, dentro del plazo de 30 días contados partir de la fecha en que se haya ejercido este derecho.