

Seguro de Accidentes Personales "Plan Familiar" - Dólares

Condiciones Generales

Código de Registro: AE0506100307

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I CONSIDERACIONES GENERALES

1. DEFINICIONES
2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA
3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE 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

ANEXO A, TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE

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 y Asegurado es verdadera.

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

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.

- **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, según corresponda, y cuya integridad física se asegura en la presente Póliza, para lo cual debe cumplir con los requisitos de edad y condiciones de asegurabilidad establecidos en esta. La calidad de Asegurado puede recaer en el Contratante.

- **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 ASEGURADO tiene la potestad de modificar a sus BENEFICIARIOS.

- **Buena Salud:** No adolecer de enfermedad preexistente.
- **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. La calidad de Contratante podrá recaer en el 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.
- **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; El incumplimiento no es intencional.
- **Declaración inexacta:** Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE y 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, salvo las excepciones previstas normativamente.

- **Endoso:** Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del CONTRATANTE, 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.
- **Hijos:** Son los Hijos reconocidos del Asegurado Titular y/o Cónyuge (debiendo ser ambos Asegurados bajo la presente póliza) declarados en la Solicitud de Seguro.
- **Indemnización, Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares, 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 de quien desee contar con 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 Accidental:** Fin de la vida del ASEGURADO, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.
- **Póliza:** Es el documento emitido por la ASEGURADORA en el que consta el contrato de seguro. Está conformado por las presentes Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones especiales, si las hubiere entre las que se encuentran las cláusulas adicionales de haberlas; Solicitud; sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda. En caso de producirse discrepancias entre las condiciones de esta Póliza, queda convenido que las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales. En las presentes Condiciones Generales y en los demás

documentos que formen parte de la Póliza, se podrá hacer referencia indistintamente a Póliza de Seguro o a Contrato de Seguro.

- **Prima o Prima Comercial.** Es el precio del Seguro determinado por la ASEGURADORA, la cual debe ser pagada bajo la forma y plazo establecida en la Póliza. Este precio incluye la Prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la ASEGURADORA.
- **Prima Neta.** Es la Prima Pura de Riesgo más los cargos de evaluación, administración, producción y redistribución del riesgo.
- **Prima Pura de Riesgo:** Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro.
- **Reticencia:** Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE 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, siempre que el marco regulatorio lo permita.
- **Sonambulismo:** Estado de una persona que mientras está dormida tiene cierta aptitud para ejecutar algunas funciones correspondientes a la vida de relación exterior, como las de levantarse, andar y hablar.
- **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.

· **Transporte Público Autorizado:** Persona jurídica autorizada por la Autoridad Competente para prestar servicio permanente de transporte de personas, a los que, previo pago del pasaje o boleto, acceden las personas para movilizarse regularmente, a efectos del desarrollo de sus actividades profesionales o personales.

Dichos servicios deben observar itinerarios fijos y regulares y desarrollarse entre lugares de origen y destino señalados en la respectiva autorización.

ARTÍCULO 2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

La ASEGURADORA se compromete a indemnizar al ASEGURADO, Beneficiarios o Herederos, según corresponda, 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 se obliga a llenar y completar debidamente la Solicitud de Seguro y el ASEGURADO a llenar y completar 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, en tanto el marco regulatorio lo permita, el ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.
- El CONTRATANTE y ASEGURADO se comprometen a brindar a la ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, según 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 ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- El CONTRATANTE y 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 CONTRATANTE y ASEGURADO, 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 ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.

- La póliza se basa en la información ofrecida por el CONTRATANTE y ASEGURADO 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 y está supeditada a las particularidades señaladas en el Capítulo II del presente documento.

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

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

ARTÍCULO 5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE 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.

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

D. Renovación Automática de la Póliza:

Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el período anterior, salvo que la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, para lo cual, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE 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, quien emitirá la Póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones realizadas.

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

En 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 cuando ocurra cualquiera de los siguientes supuestos:

- a. Se produzca un siniestro que dé lugar al pago del cien por ciento (100 %) de la Suma Asegurada de la cobertura de Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente respecto de cualquier ASEGURADO que se encuentre bajo el amparo de la presente Póliza siempre que cuente con dichas coberturas.**

- b. Cuando el ASEGURADO TITULAR haya cumplido la edad máxima de permanencia, que será señalada en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales.
- c. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

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

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:

1. 7.1 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. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
1. 7.2 Por falta de pago de la prima, por lo cual la ASEGURADORA podrá optar por resolver la Póliza de Seguro, durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. La Póliza de Seguro se considerará resuelta en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación por escrito 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.
1. 7.3 Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA por escrito en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato de Seguro tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el Contrato de Seguro

podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra prima o de modificar las condiciones contractuales.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a LA ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Contrato y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE 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 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 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.

1. 7.4 Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro, en caso el ASEGURADO presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución; ello sin perjuicio de la atención de la solicitud de cobertura presentada, la cual será atendida por la ASEGURADORA dentro del plazo de ley. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el período efectivamente cubierto, debiendo LA ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

7.5 Si el CONTRATANTE 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) de la póliza. La propuesta de revisión deberá ser presentada al CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La ASEGURADORA podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, 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. La resolución del contrato se producirá luego de recibida la comunicación con la decisión de la ASEGURADORA, correspondiéndole a ésta la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

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

- a) El CONTRATANTE en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1. y 7.6. precedentes
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.3., 7.4, y 7.5. precedentes.

Producida la resolución del Contrato de Seguro por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la ASEGURADORA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución.

En caso que la resolución haya sido ejercida por EL CONTRATANTE, de conformidad a lo establecido en el numeral 7.1, la ASEGURADORA procederá con el reembolso de la prima en función al periodo no transcurrido, dentro del plazo de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya presentado la solicitud de resolución. Si la resolución hubiera sido invocada por el CONTRATANTE en base al numeral 7.6, éste deberá presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de las

plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el Resumen de la presente Póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. En dicho caso, el plazo con que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que se haya presentado la solicitud de reembolso.

Para los efectos del reembolso de prima, en caso corresponda, no aplicará penalidades u otro cobro de naturaleza similar.

Sin perjuicio de lo antes mencionado en el presente artículo, si el CONTRATANTE y el ASEGURADO fueran personas distintas, se requerirá del consentimiento del ASEGURADO, quien podrá revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento. En dicho caso, la ASEGURADORA desde la recepción de dicho documento, cesa en la cobertura del riesgo y el CONTRATANTE del seguro tiene derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

ARTICULO 8. 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:

1. 8.1 Si el CONTRATANTE hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
2. 8.2 Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
3. 8.3 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.

Para el caso descrito en el numeral 8.3 precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que se iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro. Asimismo, dicho pronunciamiento deberá ser notificado por medio fehaciente.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a. **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 la suma percibida.**
- b. **La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro 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 este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato por

razón de la reticencia y/o declaración inexacta, ya sea el reajuste de primas y/o coberturas o la resolución del contrato.

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 indemnización a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida.

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

PAGO DE PRIMA:

10.1 Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en la fecha de pago y forma establecidas en las Condiciones Particulares.

10.2 La prima es debida por el CONTRATANTE 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 contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.

10.4 Previo acuerdo que constará mediante Endoso que formará parte de la Póliza, la ASEGURADORA podrá modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la Póliza, salvo que se haya pactado el diferimiento del pago de la última cuota, en cuyo caso el plazo para el pago de la misma no podrá exceder de treinta (30) días siguientes a la fecha de fin de vigencia. En caso de fraccionamiento de la prima o que exista un cronograma de cuotas de la prima, que incluya intereses, la Tasa de Costo efectivo Anual aplicable (TCEA) se indicará en las Condiciones Particulares.

10.5 La ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE 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 Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago y se aplicará lo siguiente:

1.
 1.
 - 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.

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

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

EFFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

i. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-

El incumplimiento de pago origina la suspensión 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 plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica de manera cierta, a través de los medios de comunicación pactados en el condicionado general o particular de la presente póliza, al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, 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.

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 por escrito 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 y gastos debidamente justificados. 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 a pedido de la ASEGURADORA, 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 FRAUDULENTE:

Se considera fraudulento:

1. 13.1 La presentación de una solicitud de cobertura engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
1. 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:

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a distancia, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho(s) canal(es) de comercialización, 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.

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 y Reclamos descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro.

15.2 Por escrito: Mediante carta dirigida a la ASEGURADORA la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención al Cliente o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el Resumen de la presente Póliza.

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

ARTICULO 16. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) BENEFICIARIO(S), 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, como consecuencia de la negativa de 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.

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 el Resumen o en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

Las coberturas provisionales, prorrogas y cualquier documento de extensión de cobertura suscritos por las personas autorizadas por la ASEGURADORA tienen valor hasta la fecha de vencimiento indicada en dichos documentos o 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 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.

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 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, consulta 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.

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

ARTICULO 21. TRIBUTOS:

Todos los tributos presentes que graven las Primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo de quien corresponda según las normas legales aplicables.

CAPITULO II

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTICULO 22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Para Asegurado Titular y Cónyuge

Edad mínima de ingreso = 18 años
Edad máxima de ingreso = 64 años y 364 días
Edad máxima de permanencia = 69 años y 364 días

Para los Hijos del Asegurado Titular y/o Cónyuge (debiendo ser ambos Asegurados) declarados en la Solicitud de Seguro, se considera un máximo de cuatro (4) Hijos

Edad mínima de ingreso = 16 años para la cobertura de Muerte Accidental.
Edad mínima de ingreso = No aplica (cero años) para la cobertura de Invalidez parcial permanente (desmembramiento) por accidente.
Edad máxima de permanencia = 24 años y 364 días

El Asegurado Titular, su Cónyuge e Hijos deberán cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que establezca la póliza de suscripción de la Aseguradora.

Se retirará automáticamente de la póliza a quienes alcancen la edad máxima de permanencia.

No pueden ser aseguradas, las personas afectadas de una Incapacidad Permanente Total, entendiéndose por aquella incapacidad que inhabilita a la persona para la realización de todas o de sus fundamentales tareas.

ARTICULO 23. COBERTURAS:

Esta Póliza cubre contra los siguientes riesgos:

A) MUERTE ACCIDENTAL:

Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su fallecimiento dentro de los noventa (90) días calendarios contados desde la fecha del accidente, y el médico tratante, a través de la información contenida en la Historia Clínica, confirma que dicho fallecimiento se produjo como consecuencia directa y única del accidente amparado por la póliza, la ASEGURADORA pagará a los Beneficiarios, el Capital Asegurado por Muerte Accidental detallado en las Condiciones Particulares. En caso que la causa directa y única difiera de la causa adecuada, prevalecerá la causa adecuada.

B) INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE O INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE (DESMEMBRAMIENTO) POR ACCIDENTE:

Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE, siempre que la causa directa y única de dicha invalidez fuera un accidente amparado por la póliza, la ASEGURADORA pagará al ASEGURADO, en base a lo establecido en el Anexo A - Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente, el Capital Asegurado por Invalidez Total Permanente detallado en las Condiciones Particulares.

La Invalidez Total Permanente por Accidente será determinada por: Comisión Médica de las AFP (COMAF) o Comisión Médica de la SBS (COMEC) o Ministerio de Salud (MINS) o Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) o la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas. En caso no exista dicho dictamen, se conformará una Comisión Médica compuesta por un médico elegido por el ASEGURADO, otro elegido por la ASEGURADORA y un tercero designado por los dos previamente nombrados.

Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE, siempre que la causa directa y única de dicha invalidez fuera un accidente amparado por la póliza, la ASEGURADORA pagará al ASEGURADO la suma correspondiente al grado de Invalidez Permanente, con base a lo establecido en el Anexo A - Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente.

La Invalidez Parcial Permanente por Accidente será determinada por: Comisión Médica compuesta por un médico elegido por el ASEGURADO, otro elegido por la ASEGURADORA y un tercero designado por los dos previamente nombrados.

Si el ASEGURADO sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, el pago de las sumas correspondientes por Invalidez Parcial Permanente, de acuerdo a lo establecido en el Anexo A - Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente, no podrán exceder en conjunto del cien por ciento (100%) del Capital Asegurado previsto por este concepto en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a pago de beneficios por Muerte, Invalidez Total Permanente e Invalidez Parcial Permanente (Desmembramiento). Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Parcial Permanente o Desmembramiento, la ASEGURADORA deducirá del capital asegurado por Muerte el beneficio pagado por Invalidez Parcial Permanente o Desmembramiento.

C) RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

Se entiende por Renta Hospitalaria al seguro mediante el cual el ASEGURADO recibe un beneficio por día de hospitalización en cualquier Institución Hospitalaria, hasta por un máximo de días al año y siempre que la causa de la hospitalización sea un accidente cubierto por la Póliza. La suma asegurada y los días máximos se indican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Se entiende por Institución Hospitalaria, el hospital, clínica o establecimiento legalmente establecido para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, unidades de cuidados intensivos, sala de operaciones, equipos de rayos X, servicios de enfermería a tiempo completo y personal profesional especializado y debidamente calificado.

La cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente brinda el beneficio al Asegurado titular y/o su cónyuge por día de hospitalización hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) al año.

Las sumas aseguradas varían según cada plan y se detallan en las Condiciones Particulares de la póliza según el plan elegido.

La ASEGURADORA cubrirá hasta el 100% de la suma asegurada por cada día que el ASEGURADO se encuentre hospitalizado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza; siempre y cuando la hospitalización supere las veinticuatro (24) horas, se realice en una Institución Hospitalaria legalmente constituida y sea justificado de acuerdo a los parámetros médicos vigentes de la ASEGURADORA.

ARTICULO 24. EXCLUSIONES:

Son exclusiones del presente contrato:

Queda excluido de la cobertura de esta Póliza el fallecimiento del ASEGURADO o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

1.

1.

1. Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hayan transcurrido dos años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro, o, en su defecto, desde la fecha en que se rehabilitó la cobertura del presente Seguro.
2. 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.
3. Acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero quien no recibirá indemnización alguna, dejando a salvo el derecho de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, de recibir la indemnización que corresponde, así como su derecho de acrecer.
4. 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.
5. 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.

6. Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
7. 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; siempre que esta situación sea acto generador del siniestro.
8. La realización de las siguientes actividades riesgosas y/o deportes riesgosos: Carreras de automóviles, motocicletas, trimotos, cuatrimotos, todo terreno, carrera de lancha a motor, motonetas incluyendo las de agua, así como carreras de bicicletas, concursos o prácticas hípcas, equitación, rodeo, polo, hípica, deportes a caballo, rugby, triatlón, maratón, yamakasi, yate de tierra, base jumping, salto base, criquet, físico culturismo, luchador, boxeo, karate, judo, esquí acuático y sobre nieve, surf, veleros, yates, aviación deportiva, paramotor, parapente, parasailing, bicicross, escalada, paracaidismo, ala delta, ultraligeros, puenting, cacería de fieras, canyoning, apnoe diving, apnea, inmersión libre, kayaking en mar, motoacuática, motonáutica, navegación, canotaje, piragüismo kayak, SCAD diving, inmersión o caza submarina, buzo, pesca en alta mar; pesas, alpinismo o andinismo, caminatas en alta montaña y espeleología salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro al momento de contratar el seguro o durante su vigencia por el ASEGURADO y aceptados por la ASEGURADORA.
9. Los accidentes provenientes de la práctica o desempeño de las siguientes profesiones u oficios claramente riesgosos: Trabajadores de lugares nocturnos (bares, cantinas o centros nocturnos), trabajadores de construcción, trabajadores de la industria maderera, trabajos con sustancias radioactivas, corrosivas y/o patológicas, trabajadores de la industria petrolera y gas, ganaderos, electricistas, trabajadores de la minería, médico y/o técnico radiólogo, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, hípica, tripulantes y/o pasajeros de helicópteros, aviación deportiva, fumigador, exhibiciones acrobáticas, trabajadores de calderas, cobradores, trasportistas de sustancias tóxicas, carga pesada, ganado, sustancias inflamables, misioneros, expedicionistas científicos, estibadores, manipulación de sustancias, explosivos y/o demolición, trabajadores de drenajes y dragas, trabajadores de espectáculos circenses, fotógrafos en zonas de conflicto, guardabosques, guardavidas, salvavidas, insecticidas, trabajadores en altura, instaladores de antenas, investigadores privados, operadores de maquinaria pesada, personal de aduana o frontera, pirotecnia y juegos pirotécnicos, políticos, servicios de carga y descarga, servicios de salvamento y tripulación submarina, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, periodistas corresponsales de guerra.
10. Bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente de tránsito y en tanto sea el conductor del vehículo) y/o drogas o en estado de sonambulismo y esta situación sea acto generador del siniestro.
11. Los llamados 'Accidentes Médicos': apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos; así como los casos de negligencia o impericia médica.

12. 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.
13. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
14. Las lesiones preexistentes al momento de contratar este Seguro.
15. Las complicaciones médicas de embarazos o partos.
16. Las hernias, enredamientos intestinales, así como de insolaciones.

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 y por los mecanismos de comunicación descritos en el segundo párrafo del Artículo 18° de las presentes Condiciones Generales.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la ASEGURADORA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la ASEGURADORA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

25.2 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 de las presentes Condiciones Generales):

En el caso de la cobertura de Muerte Accidental:

- a. Copia simple del Documento de identidad del Asegurado, en caso que cuenten con el mismo.
- b. Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción del Asegurado.
- c. Copia Certificada del Acta de Defunción del Asegurado.
- d. Copia fedateada de la Historia clínica completa del Asegurado.
- e. Copia simple de los Documentos de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o Copia Certificada de la Partida de nacimiento de los Beneficiarios, en caso que estos sean menores de edad.
- f. En caso los Beneficiarios sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la declaratoria de herederos en Registros Públicos.
- g. Copia Certificada del Atestado o del Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se haya realizado.
- h. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.
- i. Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; en caso de accidentes de tránsito.
- j. Copia Certificada del resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso se haya realizado.

En caso de la cobertura de Invalidez Total Permanente o Invalidez Parcial Permanente (Desmembramiento) por Accidente:

- a. Copia simple del Documento de identidad del ASEGURADO.
- b. Copia fedateada con una antigüedad no mayor a 3 meses de la Historia Clínica del ASEGURADO, en caso corresponda.
- c. Original o Copia Fedateada con una antigüedad no mayor a 3 meses del Informe Médico completo del ASEGURADO, en caso corresponda.
- d. Copia Certificada del Atestado Policial completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado.
- e. Copia Certificada del resultado del del Dosaje etílico del ASEGURADO, en caso de accidente de tránsito.
- f. Original del Dictamen de Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD, COMAFP, COMEC, o EPS.
- g. En caso de invalidez de los Hijos del Asegurado Titular y/o Cónyuge (debiendo ser ambos Asegurados) declarados en la Solicitud de Seguro, se deberá presentar la Copia Certificada de la Partida de Nacimiento de los Asegurados menores de edad

En caso de solicitud de cobertura de Renta Hospitalaria diaria se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses de expedidos:

- a. Comprobante de pago del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del paciente hospitalizado, el periodo y el motivo de la hospitalización.
- b. Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados.
- c. Documento Nacional de Identidad del asegurado.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de requerir la siguiente información adicional en caso las circunstancias específicas lo ameriten (todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses de expedidos):

- a. Resultado de pruebas y exámenes realizados (tomografías, resonancias, radiografías, patologías entre otros).
- b. Informe médico ampliatorio.

En caso la ASEGURADORA requiera la información adicional antes indicada, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días del plazo del que dispone para pronunciarse sobre el siniestro.

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.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES, o encontrarse debidamente apostillado. 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 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 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 ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la ASEGURADORA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo al procedimiento 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al 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 aprobado o consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

En caso LA ASEGURADORA no cumpla con el pago del siniestro en el plazo de 30 días, deberá pagar al ASEGURADO y/o al BENEFICIARIO un interés moratorio anual equivalente a 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas, de acuerdo a la moneda pactada en el contrato de seguro por todo el tiempo de mora.

El CONTRATANTE, aun cuando esté en posesión de la póliza, no puede cobrar la indemnización, sin expreso consentimiento del ASEGURADO, salvo que la póliza esté endosada a su favor.

ANEXO A

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura Incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente	100%
Pérdida total de los ojos	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie	100%

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL	
CABEZA	
Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

MIEMBROS SUPERIORES	DER.	IZQ.
Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	6%

Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar de la mano	20%	18%
Pérdida del dedo índice	16%	14%
Pérdida del dedo medio	12%	10%
Pérdida del dedo anular	10%	8%
Pérdida del dedo meñique	6%	4%

MIEMBROS INFERIORES

Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%
Pérdida de un pie	35%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms	8%
Pérdida del dedo gordo del pie	10%
Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie	4%

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionados.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de la pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectados.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido, por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte, cada falange, si se tratare de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdidos, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% del Capital Asegurado.

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones, constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del ASEGURADO.

En caso de constar en la solicitud que el ASEGURADO ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de la indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.