

Condiciones Generales Seguros de Accidentes Personales Colectivos

PRODUCTO: SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVOS

**CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506110069 (SOLES)
 AE0506120070 (DÓLARES)**

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; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; Y, CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
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 CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO.
11. REHABILITACION DE LA COBERTURA.
12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO.
13. INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS.
14. SUBROGACIÓN.
15. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS.
16. DEFENSORIA DEL ASEGURADO.
17. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES.
18. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS.
19. PRESCRIPCION LIBERATORIA.
20. TRIBUTOS.

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

21. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO.
22. PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN.
23. BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO.
24. COBERTURAS.
25. EXTENSIÓN DEL SEGURO.
26. PAGO DE BENEFICIOS A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE
27. PAGO DE BENEFICIOS EN CASO DE ACCIDENTES SUCESIVOS
28. EXCLUSIONES.
29. DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

30. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.
31. PAGO DEL SINIESTRO

INTRODUCCION

La ASEGURADORA se compromete a proteger al ASEGURADO contra los riesgos que se especifican en la presente Póliza, siempre que la información proporcionada por el CONTRATANTE o ASEGURADO sea verdadera. Asimismo, la cobertura de la presente Póliza está sujeta a que la ASEGURADORA haya aprobado la Solicitud de Seguro y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya cumplido con pagar la Prima o firmado el Convenio de Pago obligándose a pagarla, o ante la ocurrencia del siniestro, en caso que este se produzca antes del vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima.

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

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES:

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

ACCIDENTE:

Toda lesión corporal producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Para los efectos de esta Póliza, el 'accidente' comprende el accidente o la serie de accidentes que provengan directamente de un solo evento.

ASEGURADO: Persona natural cuyo nombre y demás datos de identificación constan en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, 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.

ASEGURADORA: Rímac Seguros y Reaseguros.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza.

CARTA DE GARANTIA: Es el documento de autorización de cobertura al ASEGURADO tramitado por proveedor de servicios en salud y emitido por la ASEGURADORA, quien es la encargada de su aprobación. Los procedimientos no contemplados en la Carta de Garantía serán pagados por el ASEGURADO.

CERTIFICADO DE SEGURO: Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos vinculado a una Póliza de seguro determinada. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Certificado de Seguro en calidad de Anexo.

CLAUSULA ADICIONAL: Aquellas condiciones especiales que permiten extender o ampliar las coberturas comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

COBERTURA: Responsabilidad asumida por LA ASEGURADORA en virtud de la cual se hace cargo del riesgo y de las prestaciones previstas, hasta el límite del Capital Asegurado estipulado en la Póliza.

CONTRATANTE: Persona jurídica que toma el seguro y se obliga al pago de la prima. El CONTRATANTE es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

CONDICIONES GENERALES: El documento que contiene los términos generales de contratación de este Seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones del Contrato de Seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura como monto de suma asegurada o importe de la prima.

CONDICIONES ESPECIALES: Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir aclarar, y en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares.

CONVENIO DE PAGOS O CRONOGRAMA DE PAGO: Documento en el que consta el compromiso por parte 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 maneja 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: Incumplimiento no intencional de lo que se debe o de lo que se estaba obligado a hacer. Es actuar con negligencia grave, con descuido, con imprudencia o por olvido injustificado; desconocer algo de lo que se estaba obligado a conocer o saber y que se debía declarar. Es la culpa injustificada o inaceptable de no declarar según las circunstancias del caso, de la persona o del lugar. Tiene el mismo efecto que el *Dolo*.

DECLARACIÓN INEXACTA: Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.

DEDUCIBLE: Monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la ASEGURADORA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Deducibles se especifican en la Póliza.

DEPORTES PROFESIONALES: Conjunto de actividades deportivas, cuya práctica implica que el ASEGURADO sea compensado económicamente o que participe en competencias deportivas.

DÍAS: Son días naturales. Incluye feriados, sábados y domingos.

DISCAPACIDAD FÍSICA GRAVE: Es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás. Las enfermedades que pueden producir la Discapacidad Física Grave son: Ceguera, sordera, apoplejía y sus consecuencias físicas como parálisis, hemiplejía, paraplejía y enfermedad de Parkinson.

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*.

DROGAS: Entendiéndose como tales a las sustancias alucinógenas (cocaína, marihuana, LSD, metanfetaminas y sus derivados) y los psicofármacos administrados sin prescripción médica.

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.

EMEA (EUROPEAN MEDICINES AGENCY): Organización europea que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, de forma similar a la FDA.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.

ERROR MATERIAL: Concepto equivocado o falso que no refiere a una condición esencial del acto celebrado o declaración realizada.

EXCLUSIONES: Circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por la Póliza de Seguro.

FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION): Organización norteamericana que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, si es que su seguridad y eficacia está probada. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.

INCAPACIDAD FÍSICA GRAVE: Merma de la capacidad física superior a los dos tercios (2/3), comparada con la capacidad de otra persona de su misma edad y sexo.

INDEMNIZACIÓN, BENEFICIO, CAPITAL ASEGURADO O SUMA ASEGURADA: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Plan de Beneficios, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al ASEGURADO o Beneficiario en caso que ocurra un siniestro.

INTERÉS ASEGURABLE: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro, el cual debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca.

MEDIO HABITUAL DE TRANSPORTE: Servicios autorizados por la Autoridad Competente a los que acceden las personas para movilizarse regularmente, a efectos del desarrollo de sus actividades profesionales o personales.

PÓLIZA DE SEGURO: Es el documento emitido por la ASEGURADORA en el que consta el Contrato de Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: los endosos; las condiciones especiales, si las hubiere, entre las que se encuentran las cláusulas adicionales de haberlas; las condiciones particulares; las presentes condiciones generales; la solicitud de seguro, 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 Condiciones Generales del Riesgo contratado.

Cuando se haga referencia a la Póliza de Seguro debe entenderse que es lo mismo que 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. No incluye IGV.

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.

RECLAMO: Comunicación que presenta un Usuario a través de los diferentes canales de atención habilitados por la ASEGURADORA, expresando su insatisfacción con el servicio y/o producto recibido.

REEMBOLSO: Cuando el ASEGURADO solicita que la ASEGURADORA por medio de la Póliza contratada, devuelva los gastos que hubiera podido ocasionar una atención por accidente y estos fueron pagados de forma particular.

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.

SALUD: Estado completo de bienestar físico y mental de la persona.

SINIESTRO: Ocurrencia de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.

SISTEMAS DE COMERCIALIZACIÓN A DISTANCIA: Sistemas de telefonía, internet u otros similares que le permiten a la ASEGURADORA por su cuenta o a través de entidades financieras, acceder a los potenciales asegurados, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.

SOLICITUD DE SEGURO: Constancia de la voluntad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, de contratar el Seguro.

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.

ARTÍCULO 2°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

LA ASEGURADORA se compromete a indemnizar al ASEGURADO, Beneficiario de acuerdo con las condiciones de la póliza conforme a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares de esta Póliza de Seguro o en el Certificado de Seguro y hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Particulares, Certificado, Cláusulas Adicionales y Endosos, en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro.

En ningún caso se otorgará cobertura de un beneficio que no figure en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 3°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO:

- 3.1. EL CONTRATANTE se compromete a pagar la prima.
- 3.2. EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente y de forma exacta la Solicitud de Seguro.
- 3.3. EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a brindar a LA ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso corresponda, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de LA ASEGURADORA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.
- 3.4. EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- 3.5. EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente Contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y LA ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.
- 3.6. 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 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.

ARTÍCULO 4°.- COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO:

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

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.

ARTÍCULO 5°.- SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; Y, CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

A. Solicitud de Modificación de la Póliza:

El CONTRATANTE puede solicitar -por escrito- la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendarios posteriores a su recepción.

Transcurrido el plazo antes indicado sin que medie observación, se tendrá por aceptada la Póliza emitida.

La solicitud de modificación a la que se refiere el primer párrafo del presente artículo, obliga a LA ASEGURADORA solo desde que esta comunique al CONTRATANTE, 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, para lo cual y de manera previa, la ASEGURADORA proporcionará al CONTRATANTE la información suficiente para esta finalidad.

ARTÍCULO 6°.- CAUSALES DE TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO:

El Contrato de Seguro terminará en caso de que se presenten cualquiera de los siguientes supuestos o lo que ocurra primero:

- A. TERMINACION DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la terminación total del Contrato de Seguro, cuando ocurra alguna de las siguientes causales:**

- 6.1. **A la extinción (persona jurídica) del CONTRATANTE.**
- 6.2. **Al finalizar la vigencia de la Póliza.**
- 6.3. **Si el interés asegurado del CONTRATANTE desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.**

B. TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la terminación del Certificado de Seguro, cuando ocurra alguna de las siguientes causales:

- 6.4. **Al fallecimiento del ASEGURADO, la terminación aplicará para aquel.**
- 6.5. **Si el interés asegurado del ASEGURADO desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.**
- 6.6. **En caso se cumpla la fecha límite de vigencia del Certificado.**
- 6.7. **Cuando la ASEGURADORA es comunicada del cese del ASEGURADO TITULAR en el centro de trabajo.**

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

ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACION ANTICIPADA DE LA PÓLIZA Y CERTIFICADO DE SEGURO):

RESOLUCION CONTRACTUAL

La resolución deja sin efecto el Contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

A. RESOLUCION DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la resolución total del Contrato de Seguro, de cumplirse alguna de las siguientes causales:

- 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 uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.**
- 7.2 **Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días 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.

- 7.3 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 resolverla en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. La resolución podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. El contrato quedará resuelto a los 30 días de comunicada su decisión a la ASEGURADORA. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.4 Si el Contratante realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la póliza la cual deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computado 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. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución

En caso de resolución, el CONTRATANTE tendrá la obligación de comunicar al ASEGURADO esta situación y sus consecuencias.

B. RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la resolución del Certificado de Seguro, es decir, solo para el ASEGURADO cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- 7.5 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, 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 Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso

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

- 7.6 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 Certificado de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Certificado de Seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el Certificado de Seguro, podrá proponer al CONTRATANTE, modificaciones al Certificado de Seguro, dentro de los límites de la póliza contratada, sujeto al cobro de una extra prima.

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 Certificado de Seguro y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

Asimismo, para los casos en que el ASEGURADO o CONTRATANTE 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) EI 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 no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Certificado 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.

- 7.7** Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, en cuyo caso LA COMPAÑÍA tendrá derecho a resolver el Certificado de seguro. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada en el presente numeral, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO, con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. 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.

- 7.8** Si el ASEGURADO realiza 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 ASEGURADO, una propuesta de revisión (reajuste y/o modificación de primas) del Certificado de Seguro. La propuesta de revisión deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El ASEGURADO 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 el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que éstos dieran respuesta a la revisión propuesta. Corresponden a La ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

- a) El CONTRATANTE (respecto de la Póliza de Seguro) y/o ASEGURADO (respecto del Certificado de Seguro) en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a los numerales 7.1. y 7.5. Asimismo, EL CONTRATANTE podrá solicitar la resolución del Contrato de Seguro, en caso se presente la causal descrita en el numeral 7.3. precedente.
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.4., 7.6, 7.7 y 7.8 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 ASEGURADO y/o EL CONTRATANTE, según corresponda, éste último 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. El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que se haya presentado la solicitud. No resultan aplicables al reembolso de las primas penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

La ASEGURADORA se libera de responsabilidad por los siniestros que se produzcan con posterioridad a la fecha de resolución del Contrato de Seguro o del Certificado de Seguro, según corresponda. Por tanto, la ASEGURADORA no brindará cobertura alguna por gastos incurridos después de la terminación del Seguro o resolución del Contrato o del Certificado de Seguro.

En todos los casos que el ASEGURADO o la ASEGURADORA soliciten la resolución del Certificado de Seguro, la ASEGURADORA deberá informar al CONTRATANTE de dichas resoluciones de certificados, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO Y CERTIFICADO 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 / Certificado y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

A. NULIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la nulidad total del Contrato de Seguro, en los siguientes casos:

- 8.1. Si el CONTRATANTE hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.2. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.3. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

B. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la nulidad del Certificado de Seguro en los siguientes casos:

- 8.4. Si el ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.5. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.6. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Sin perjuicio de la comunicación dirigida al ASEGURADO comunicando la nulidad de su CERTIFICADO DE SEGURO, se comunicará al CONTRATANTE dicha nulidad; ello en virtud a su calidad de CONTRATANTE del Seguro.

Para los casos descritos en los numerales 8.3. y 8.6. precedentes, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar de manera fehaciente dicha causal, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a) EI CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO y/o HEREDERO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO y/o HEREDERO hubiesen recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedarán automáticamente obligados a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.
- b) La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración falsa o 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, 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**.

- 9.2. Si el **CONTRATANTE** 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 **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, coaseguros y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el **CONTRATANTE** en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso la propuesta sea aceptada el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del **CONTRATANTE**, la **ASEGURADORA** podrá resolver la Póliza totalmente, según lo establecido en el numeral 7.A del artículo 7 de las presentes condiciones generales, , 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.

Es responsabilidad del **CONTRATANTE** hacer del conocimiento de los **ASEGURADOS** las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato por razón de la reticencia y/o declaración inexacta, ya sea que corresponda el reajuste de primas y/o coberturas o la resolución del contrato.

- (ii) **Constatación DESPUÉS 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. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá suma asegurada a pagar.

ARTÍCULO 10°.- PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

- 10.1. Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares o del Certificado de Seguro.
- 10.2. La prima es debida por el CONTRATANTE a LA ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del CONTRATANTE, EL ASEGURADO y el Beneficiario.
- 10.3. El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.
- 10.4. 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.
- 10.5. 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.
- 10.6. 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.
- 10.7. 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.
- 10.8. La primas podrán ser objeto de ajuste por actualización en razón de la evolución de la tendencia del mercado nacional e internacional, el índice de inflación, inclusive de inflación médica, cambios en beneficios, siniestralidad pasada y esperada, las tablas de mortalidad y morbilidad, nuevas

tecnologías, edad, evolución de gastos médicos, tarifarios de las proveedor de servicios en salud, siendo que, aquellos ajustes por actualizaciones se realizarán en las renovaciones y/o en la forma definida para tales efectos en la presente Póliza de Seguro.

10.9. LA ASEGURADORA realizará una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la prima, la cual constará en el Plan de Beneficios, aunque aquella estimación será meramente referencial, por cuanto las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización según los criterios técnico – financieros y supuestos actuariales establecidos en el numeral precedente.

10.10. EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

(i) **SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:** El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, LA ASEGURADORA comunica de manera cierta al CONTRATANTE Y ASEGURADO, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo, indicará el plazo del que dispone para pagar la prima antes que se produzca la suspensión 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:** 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 contados a partir del día en que EL CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de LA ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

(iii) EXTINCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

Se deja expresa constancia que si LA ASEGURADORA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a LA ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

ARTÍCULO 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 y 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 e informado debidamente, los intereses moratorios respectivos y gastos debidamente justificados que origine la rehabilitación. 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.**

ARTÍCULO 12°.- SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

LA ASEGURADORA quedará exenta de toda responsabilidad y EL ASEGURADO perderá todo derecho a cobertura o indemnización si:

- 12.1. EL ASEGURADO y/o BENEFICIARIO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
- 12.2. Si en cualquier tiempo EL ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, expresa y debidamente autorizadas por éstos, emplean 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.
- 12.3. Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario bajo su complicidad o consentimiento.

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

ARTÍCULO 13°.- INVESTIGACIÓN Y REVISION DE LOS SINIESTROS:

13.1. LA ASEGURADORA, bajo su cuenta y costo, podrá hacer revisar a los ASEGURADOS por facultativos designados por ella durante el internamiento o atención médica de aquellos en los proveedores de servicios en salud elegidos, o en su domicilio consignado en la presente Póliza o citarlos al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia del pedido de beneficios, previa coordinación respectiva, para lo cual EL ASEGURADO tiene que otorgar las facilidades necesarias, caso contrario LA ASEGURADORA no procederá al pago del siniestro.

Asimismo, podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los ASEGURADOS.

En general LA ASEGURADORA, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

13.2. Si cualquier información referente a un ASEGURADO o relacionado con su tratamiento fuera simulado o fraudulento, perderá EL ASEGURADO todo derecho a cobertura o indemnización, sin perjuicio de LA ASEGURADORA inicie las acciones legales correspondientes y pueda solicitar la resolución contractual.

ARTÍCULO 14°.- SUBROGACIÓN:

Desde el momento que LA ASEGURADORA preste los servicios de asistencia cubiertos por la Póliza, subroga al ASEGURADO en su derecho para repetir contra terceros responsables de cualquier deterioro en la salud física y/o psicológica ocasionados al ASEGURADO, es decir, la subrogación es respecto de los gastos efectuados por asistencia médica.

El ASEGURADO se obliga a facilitar toda la información y otorgar todos los documentos necesarios para ejercer el derecho de subrogación de LA ASEGURADORA así como a concurrir a las citaciones y demás diligencias de carácter personal requeridas por la Ley para la defensa de los intereses materia de subrogación.

El ASEGURADO será responsable ante LA ASEGURADORA de cualquier omisión o acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación, en especial y sin excluir otros actos, el recibir pagos de los terceros responsables cuyo derechos han sido subrogados a favor de LA ASEGURADORA, obligándose en éste caso, sin perjuicio de las responsabilidades antes aludida, a devolver lo pagado por LA ASEGURADORA hasta por el monto recibido del tercero responsable.

LA ASEGURADORA incluirá en la reclamación frente a los terceros los gastos efectuados por asistencia médica y todos aquellos costos propios de la reclamación.

ARTICULO 15. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS:

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario podrán presentar una queja o reclamo de manera gratuita, bajo cualquier modalidad detallada a continuación:

15.1 Por vía telefónica: A través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro o en el Certificado.

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

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

ARTICULO 16. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) BENEFICIARIOS, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y la ASEGURADORA sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la ASEGURADORA.

ARTICULO 17. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

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

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

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

En caso de contratación a través de sistemas de comercialización a distancia, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del Seguro o cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de los mecanismos de comunicación acordados en el Contrato de Seguro y/o Certificado de Seguro, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos.

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

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

ARTICULO 18. 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 y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del ASEGURADO; su denuncia, consulta o reclamo, 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 19. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro.

ARTICULO 20. TRIBUTOS:

Todos los tributos presentes que graven las Primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la ASEGURADORA y no puedan ser trasladados.

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTÍCULO 21°.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Son asegurables conforme a esta Póliza de Seguro las personas desde los dieciocho (18) años hasta los sesenta y cinco (65) años de edad y 364 días, que cumplan con los demás requisitos de asegurabilidad que establezca la política de suscripción de LA ASEGURADORA.

La cobertura cesará al vencimiento de la anualidad en la que el asegurado haya cumplido el indicado límite máximo de edad. Sin embargo, previa aceptación de LA ASEGURADORA y el pago de la extra prima correspondiente, podrá renovarse el Seguro en las condiciones estipuladas en la cláusula adicional respectiva.

ARTÍCULO 22°.- PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN:

- 22.1 EL CONTRATANTE se obliga a informar a LA ASEGURADORA la solicitud de inscripción de todas aquellas personas que deseen ser incorporadas en la presente Póliza, acompañando en todos los casos la Solicitud de Seguro,. De igual forma comunicará a LA ASEGURADORA respecto a LOS ASEGURADOS que deben ser excluidos.
- 22.2 Los nuevos ASEGURADOS que se inscriban después de entrar en vigencia el Contrato de Seguro, quedarán asegurados a partir de la fecha establecida en el Endoso o Certificado de Seguro previa aceptación de LA ASEGURADORA. El inicio de vigencia de la presente Póliza será el primer día del mes detallado en el Condicionado Particular y en el Endoso o Certificado para los ASEGURADOS que se inscriban después de iniciada la vigencia.
- 22.3 Las exclusiones de los ASEGURADOS surgirán efectos a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de aquella solicitud y bajo ningún concepto se realizarán en forma retroactiva.
- 22.4 En los casos en que se retire y/o excluya a un ASEGURADO, se puede solicitar su nueva inscripción quedando asegurado a partir de la fecha establecida en el Endoso o Certificado correspondiente, sujeto a previa aceptación de LA ASEGURADORA.

ARTÍCULO 23º.- BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR ASEGURADO:

La suma de todos los gastos cubiertos por LA ASEGURADORA incurridos durante la vigencia de la Póliza por cada ASEGURADO, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo por ASEGURADO indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro

Al término de cada año de vigencia de la Póliza, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

Cuando a la presente Póliza apliquen Cláusulas Adicionales, aquellas tendrán sus propios límites y en caso de no consignarlo, su límite será el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

El tipo de beneficio aplicable a cada cobertura se establecerá en el presente documento o en la Póliza.

ARTÍCULO 24º.- COBERTURAS:

La presente Póliza cubrirá la Muerte Accidental del ASEGURADO como cobertura principal y dependiendo de las necesidades de protección del ASEGURADO cubrirá los riesgos que expresamente se hayan indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que su causa fuera un accidente producido dentro del período de la vigencia de la presente Póliza de Seguro o del Certificado de Seguro, y el riesgo se manifieste a más tardar dentro de los dos (02) años calendario siguientes a la fecha del accidente, siendo necesario que se haya realizado el aviso del siniestro por escrito a LA ASEGURADORA.

En las presentes Condiciones Generales de la Póliza se establecen todas las coberturas principales que son materia de aseguramiento, sin embargo queda establecido que para cada ASEGURADO, las coberturas serán las que se hayan establecido según conste en las Condiciones Particulares, las mismas que podrán contener coberturas adicionales a las que se definen a continuación.

A) MUERTE ACCIDENTAL:

Si EL ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su fallecimiento y el médico confirma que dicho fallecimiento se produjo como consecuencia del accidente amparado por la póliza, LA ASEGURADORA pagará a los BENEFICIARIOS hasta el límite del Capital Asegurado por Muerte Accidental detallado en las Condiciones Particulares que constan en la póliza.

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

Se cubre la Invalidez Permanente del ASEGURADO ya sea total o parcial, debidamente acreditada con los documentos señalados en la Póliza.

Si EL ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE, siempre que la causa 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 (MINSA) 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 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.

C) INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:

La presente cobertura indemnizará como pago único, el beneficio establecido para esta cobertura al Asegurado que, estando incapacitado para el trabajo por una causa accidental. La indemnización diaria contratada empezará a partir desde que se inicie el tratamiento médico, y hasta por el número de días que se encuentren establecidos en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

La ASEGURADORA pagará la indemnización diaria durante el tiempo en que el ASEGURADO esté completamente imposibilitado por el accidente

para dedicarse a trabajo alguno remunerado, tanto de dirección como de vigilancia. La indemnización quedará reducida al 50% desde el momento en que el ASEGURADO esté en condiciones de abandonar su habitación y dedicarse parcialmente a sus actividades, según dictamen médico.

ARTÍCULO 25º.- EXTENSIÓN DEL SEGURO:

El presente Seguro cubre contra las consecuencias producidas directa y exclusivamente por accidentes que pudieran ocurrir al ASEGURADO:

- a) En el ejercicio de su actividad, de la profesión u oficio declarados.
- b) En el curso de su vida privada.
- c) Durante la permanencia en cualquier lugar del mundo, pero solo para las coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente, o Invalidez Parcial Permanente (Desmembramiento) por Accidente.. Para el caso de Incapacidad Temporal por Accidente, la cobertura queda limitada a los accidentes ocurridos dentro de la República del Perú. Esta limitación de la cobertura no da derecho al Asegurado a una reducción de la prima correspondiente al tiempo de su ausencia del país.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:

- d) Los casos de rabia o reacción alérgica producidos por mordeduras de animales o picaduras de insectos venenosos **exceptuándose de cobertura las enfermedades infecciosas transmitidas por éstos cuando resultaren vectores de enfermedades. Por lo tanto, no tienen cobertura los descartes o tratamientos de malaria, fiebre amarilla, dengue, bartonelosis, leishmaniasis y similares.**
- e) El carbunco o tétanos de origen traumático, **a condición de que sean contraídos a raíz de un accidente cubierto por la presente Póliza**
- f) Las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa causada por un accidente cubierto por la presente Póliza.
- g) Los causados por esfuerzo repentino como fracturas, luxaciones articulares y distensiones, laceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias, várices, hernias), **así como el fenómeno del latigazo cervical siempre y cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por Póliza.**
- h) Los que resulten del ejercicio de la legítima defensa del ASEGURADO legalmente establecida.

ARTÍCULO 26° PAGO DE BENEFICIOS A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente al pago de indemnizaciones por Muerte e Invalidez Total Permanente e Invalidez Parcial Permanente (Desmembramiento). Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente, LA ASEGURADORA deducirá de la suma asegurada por Muerte Accidental la indemnización pagada por Invalidez Permanente. Si las sumas aseguradas son iguales, LA ASEGURADORA no tendrá obligación de pagar por la ocurrencia del segundo riesgo.

ARTÍCULO 27° PAGO DE BENEFICIOS EN CASO DE ACCIDENTES SUCESIVOS

Si EL ASEGURADO sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, el pago de las sumas correspondientes por Invalidez 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; pero las indemnizaciones por Incapacidad Temporal y Gastos de Curación se pagarán independientemente y sin perjuicio de las indemnizaciones que puedan corresponder para los casos de Muerte y/o Invalidez Total Permanente.

ARTÍCULO 28 °.- EXCLUSIONES:

Estas exclusiones aplican en tanto no estén expresamente cubiertas en los Parámetros del Seguro y/o Cláusulas especiales en las Condiciones Particulares.

Las indemnizaciones previstas en esta Póliza no se conceden si la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra se deben directa, o indirectamente, total o parcialmente a:

- a) 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.
- b) 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;
- c) Cualquier accidente producido como consecuencia directa de la Discapacidad Física Grave del ASEGURADO, el mismo que se haya

diagnosticado con anterioridad a la fecha de contratación de la presente Póliza de Seguro.

- d) Los accidentes provenientes de la práctica o desempeño de profesión u oficio claramente riesgoso tales como bomberos, mineros, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, periodistas corresponsales de guerra, obreros de construcción, manipuladores de explosivos, y otras profesiones riesgosas y/u oficios razonablemente riesgosos, los mismos que se encuentran descritos en el “Anexo B” que forma parte integrante del presente documento, que no hayan sido declarados por EL ASEGURADO y aceptados por LA ASEGURADORA al momento de contratar el seguro o durante su vigencia;
- e) Secuelas o consecuencias del tratamiento médico por enfermedades comunes. Los denominados «Accidentes», cerebro vasculares que den como consecuencia apoplejías, congestión cerebral, síncope, vértigos, edemas agudos, infarto cerebral, hemorragia cerebral, trombosis, ataques epilépticos; así como todos los casos de negligencia o impericia médica.
- f) Los accidentes que se produzcan cuando EL ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas, (sin importar su grado de presencia en la sangre) o cuando se encuentre en estado de sonambulismo, siempre que el accidente sea consecuencia directa de esos estados y esta situación sea acto generador del siniestro. En caso de accidentes vehiculares, para efectos de esta exclusión, se presumirá que EL ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si EL ASEGURADO o LOS BENEFICIARIOS se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente, siempre y cuando el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo.
En caso específico de accidentes de tránsito y con relación a bebidas alcohólicas, se considera que EL ASEGURADO se encuentra en estado de ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroja un resultado mayor de 0.50 gr./lt. al momento del accidente. Las partes convienen en establecer para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr./lt. por hora, conforme a la fórmula utilizada por la Sanidad de la Policía Nacional. Igualmente se considera que existe drogadicción cuando el examen toxicológico arroje presencia de intoxicación por fármacos o estupefacientes que den lugar a pérdida de la conciencia.

- g) Cuando carezca de licencia oficial para manejar y/o cuando teniendo licencia para manejar ésta no faculte la conducción del automóvil, según reglamento de licencias para conducir.**
- h) Actos infractores de leyes o reglamentos, siempre que estos se encuentren tipificados como delitos o que los actos infractores constituyan la causa del siniestro;**
- i) Lesiones que EL ASEGURADO sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra internacional o civil, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, rebelión, revolución, insurrección, huelgas, motín o tumulto popular, terrorismo, 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; pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos por culpa grave o propia o de sus beneficiarios; en duelo concertado así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del asegurado) que se ha tratado de legítima defensa.**
- j)**
- k) Por acto delictivo contra EL ASEGURADO, cometido por EL BENEFICIARIO o heredero en calidad de autor o en complicidad con otros, incluyendo pero no limitándose al homicidio o tentativa de homicidio, así como las lesiones autoinflingidas por EL ASEGURADO, incluyendo pero no limitándose al suicidio o tentativa de suicidio; dejando a salvo el derecho a recibir el capital garantizado de los restantes BENEFICIARIOS o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer**
- l) Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes, detonación nuclear, radiación nuclear, reacción nuclear o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible independientemente de la forma en que se hayan ocasionado estos hechos.**
- m) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza**
- n) Los accidentes que se produzcan en la práctica profesional o como aficionado de las siguientes actividades y deportes notoriamente peligrosos y que no guarden relación con la ocupación declarada por EL ASEGURADO ni mencionados por él mismo en la solicitud respectiva, o**

aún cuando lo hubiera hecho: 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 hípicas, equitación, rodeo, polo, hípica, deportes a caballo, rugby, triatlón, maratón, yamakasi, yate de tierra, base jumping, salto base, criquet, físico culturismo, luchador, boxeo, las artes marciales tales como 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 por EL ASEGURADO al momento de contratar el seguro o durante su vigencia y sean aceptados expresamente por LA ASEGURADORA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.

- o) Participación en actos temerarios o en cualquier maniobra, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Así como también la participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, todo terreno, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos.
- p) Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, cuadros clínicos de insolación, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales;
- q) Tratamientos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza
- r) Cirugía plástica o estética y tratamiento de cicatrices queloides;
- s) Implantes dentales
- t) Material ortopédico tales como: férulas para dedo (aluminio o acrílico), cabestrillos, corsets, muletas, bastones, rodilleras/tobilleras, collarines.
- u) Las consecuencias no accidentales de embarazos o partos (Complicaciones Médicas);
- v) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA);
- w) Las lesiones preexistentes al momento de contratar este Seguro.

- x) Todo medicamento y/o tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba o cuya indicación no esté específicamente aprobada por la FDA (Food and Drug Administration-USA) o EMEA (European Medicines Agency) para el diagnóstico en evaluación.
- y) Sangre y derivados (plasma, albúmina, paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación), excepto las pruebas de compatibilidad. No están cubiertos las pruebas a los donantes. Están excluidos los equipos de auto transfusión.
- z) Los gastos, que según las leyes vigentes, deben ser cubiertos por los seguros obligatorios de ley; en cuyo caso, la cobertura de la presente Póliza se aplicará para los gastos o exceso de los gastos no cubiertos por los seguros obligatorios vigentes, siempre que dichos gastos no estén expresamente excluidos o no cubiertos según los términos y condiciones de esta Póliza.
 - aa) El uso de los siguientes insumos o procedimientos: autoinjerto tendón rotuliano, injertos óseos (aloinjerto o hueso desmineralizado), instrumentación columna (salvo en los casos que esté aprobado por LA ASEGURADORA), jaulas inter somáticas, malla nazca, malla safyre, mapeo cerebral, nucleoplastía, radiofrecuencia bipolar, rapid lock, Transfix, Rigidfix.
 - bb) Los accidentes que se produzcan por el uso como pasajero de cualquier medio habitual para el transporte público de personas ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo en vehículos que pudiendo ser o no de empresas comerciales, no recorren itinerarios regulares y fijos así como operaciones o viajes submarinos.
 - cc) Los accidentes que se produzcan por el uso como pasajero de aviones y/o helicópteros particulares y/o de la FAP, por viajes eventuales.

Si LA ASEGURADORA ya hubiera reconocido la atención de un siniestro excluido en el presente artículo, LA ASEGURADORA no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por dicha cobertura una vez identificado el error.

ARTÍCULO 29º DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

- A) Los Beneficiarios de las coberturas de Muerte Accidental, son los herederos legales, quienes reciben el beneficio en partes iguales. En caso que el Asegurado decida designar a los Beneficiarios, deberá acercarse a las

Plataformas de Atención de la **ASEGURADORA**, a fin de llenar el formulario respectivo, o presentando documento legalizado por Notario Público en donde conste la designación del(los) Beneficiario(s).

- B) Mientras la Póliza se encuentre en vigencia, EL ASEGURADO tendrá derecho a cambiar de Beneficiario cuando lo estime conveniente.
- C) Si hubiere designado beneficiario y éste hubiera fallecido antes que EL ASEGURADO, el seguro será pagadero a los herederos legales del ASEGURADO, en los porcentajes establecidos de acuerdo a ley. En caso de disputa entre beneficiarios y/o herederos legales, LA ASEGURADORA se sujetará a lo dispuesto por el fallo jurisdiccional correspondiente.
- D) En ningún caso y bajo ninguna circunstancia procederá la inclusión, sustitución o eliminación de un BENEFICIARIO una vez fallecido EL ASEGURADO, salvo que la modificación conste en un tercer documento legalizado por notario público.
- E) Si un BENEFICIARIO falleciera durante el proceso de liquidación de la póliza, el capital que le correspondería será pagadero a los herederos legales del Beneficiario fallecido y en caso no tuviera herederos legales, LOS BENEFICIARIOS sobrevivientes tendrán derecho a acrecer en la proporción correspondiente.
- F) LA ASEGURADORA en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del BENEFICIARIO o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

ARTÍCULO 30° AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

AVISO DE SINIESTRO:

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro.

SOLICITUD DE COBERTURA.

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en su Plataforma de Servicio al Cliente, ubicada en Av. Paseo de la República N° 3505):

A) En caso de Fallecimiento Accidental:

- 1) Copia Certificada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) del Acta de Defunción del ASEGURADO.
- 2) Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) con una antigüedad no mayor a 3 meses del Certificado Médico de defunción del ASEGURADO.
- 3) Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO, en tanto cuenten con dicho documento.
- 4) Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) con una antigüedad no mayor a 3 meses del Documento de Identidad de los beneficiarios mayores de edad y Copia Certificada de la Partida de Nacimiento en caso que los beneficiarios fuesen menores de edad.
- 5) Original del Certificado Domiciliario de los beneficiarios menores de edad.
- 6) En caso la póliza detalle a “Herederos legales” como beneficiarios o no se hayan designado beneficiarios, presentar el Testimonio de Sucesión Intestada, con su respectiva copia Literal actualizada de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada en Registros Públicos.
- 7) Copia fedateada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) del Informe médico e Historia Clínica del ASEGURADO.
- 8) Copia Certificada del Atestado policial completo o diligencias fiscales, en caso corresponda.
- 9) Original o Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso de haberse realizado.
- 10) Original o Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito).
- 11) Original o Copia Certificada del del Análisis Toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.

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

- 1) Copia simple del Documento de identidad del ASEGURADO.
- 2) Copia Fedateada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) de la Historia Clínica del ASEGURADO, en caso corresponda.
- 3) Copia fedateada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) del Informe Médico completo, en caso corresponda.
- 4) Copia Certificada del Atestado Policial completo o diligencias fiscales, en caso corresponda.
- 5) Original o Copia Certificada del resultado de Dosaje Etílico, en caso corresponda.
- 6) Original del Dictamen de Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades de COMAF, COMEC, MINSA Y ESSALUD, o el que emita 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.

C) En caso de Incapacidad Temporal por Accidente:

Solo deberán presentar los documentos indicados en los numerales 1), 2), 3), 4), y 5) del literal B) precedente.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la Ley vigente.

SOBRE LOS DOCUMENTOS EMITIDOS EN EL EXTRANJERO

A) Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y la firma del Cónsul deberá ser legalizada en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES.

B) Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de exigir la necropsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los sucesores o Beneficiarios otorgar su conformidad y su concurso, si fueran imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los herederos y/o Beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta de LA ASEGURADORA, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los herederos o Beneficiarios.

En los casos de invalidez, LA ASEGURADORA, con base a los documentos pertinentes presentados determinará la naturaleza o grado de la invalidez, tomando en consideración su aplicación en base a lo establecido en el Anexo A-Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente, en caso de discrepancia, se recurrirá a la opinión de un médico especializado, a libre elección del CONTRATANTE y/o ASEGURADO dentro de la terna de expertos que LA ASEGURADORA le presente al efecto.

Los documentos mencionados y cualesquiera otros certificados y/o pruebas que LA ASEGURADORA estime necesarios, por tener relación con la identidad del accidentado, su calidad de ASEGURADO, su actividad profesional o laboral, su historia clínica o las circunstancias mismas del siniestro; serán suministrados a LA ASEGURADORA por cuenta del ASEGURADO, víctima del accidente, o de sus Beneficiarios en su caso.

ARTÍCULO 31º PAGO DEL SINIESTRO

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse respecto a la procedencia del siniestro hasta que se presente la documentación e información 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 solicite la prórroga de dicho plazo.

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, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda la extensión del plazo antes señalado.

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

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido 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.

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 seudoartrosis, 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.

ANEXO B

ACTIVIDADES COMPRENDIDAS EN EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

EXTRACCION DE MADERA.

Extracción de madera.

PESCA

Pesca de altura y pesca costera.

Pesca en aguas interiores; criaderos de peces y estanques cultivados; actividades de servicios de pesca.

Cría de ranas.

Captura de mamíferos marinos

Captura de animales en aguas interiores (por ejemplo, ranas)

EXPLORACION DE MINAS DE CARBON

Extracción y aglomeración de carbón de piedra.

Extracción y aglomeración de lignito.

PRODUCCION DE PETROLEO CRUDO Y GAS NATURAL

Gasificación in situ del carbón.

Extracción de Petróleo crudo y gas natural

EXTRACCION DE MINERALES METALICOS

Extracción de minerales de uranio y torio.

Extracción de minerales de hierro

Extracción de minerales metalíferos no ferrosos, excepto los minerales de uranio y torio.

EXTRACCION DE OTROS MATERIALES.

Extracción y aglomeración de turba.

Extracción de piedra de construcción y de piedra de tallas sin labrar; de arcilla para las industrias de la cerámica y los productos refractarios; y de talco, dolomita, arena y grava.

Extracción de yeso y anhidrita.

Extracción de minerales para la fabricación de abonos y productos químicos.

Extracción de sal.

Extracción de feldespato.

Explotación de minas y canteras de asbesto, mica, cuarzo, piedras preciosas, materiales abrasivos, asfalto, betún y otros minerales no metálicos n.c.p.

INDUSTRIA DEL TABACO

Elaboración de productos de tabaco.

FABRICACION DE TEXTILES

Desmotado de algodón.

Fabricación de tejidos y artículos de punto y ganchillo.

Fabricación de pieles artificiales; crin de caballo.
Fabricación de hilados de filamentos sintéticos. (Hiladura y tejedura de fibras artificiales compradas)
Fabricación de productos de tejidos de plástico, excepto prendas de vestir (por ejemplo, bolsas y artículos para el hogar)
Fabricación de hilados de fibra de vidrio
Reciclamiento de fibras textiles.
Preparación de hiladura de fibras textiles; tejedura de productos textiles.
Acabado de productos textiles.
Fabricación de artículos confeccionados de materiales textiles, excepto prendas de vestir.
Fabricación de tapices alfombras.
Fabricación de cuentas, cordeles, bramantes y redes.
Fabricación de tejidos estrechos, trencillas y tules.
Fabricación de tejidos de uso industrial, incluso mechas; productos textiles n.c.p. (por ejemplo, fieltro, tejidos bañados y laminados y lienzos para pintores).
Fabricación de linóleo y otros materiales. Duros para revestir pisos.

INDUSTRIA DEL CUERO Y PRODUCTOS DE CUERO SUCEDANEOS DEL CUERO.

Industria de adobo y teñido de pieles.
Curtido de adobo de cueros.
Fabricación de maletas, bolsos de mano y artículos similares, y de artículos de talabartería y guarnicionería.
Fabricación de látigos y fustas.

INDUSTRIA DE LA MADERA Y PRODUCTOS DE MADERA Y CORCHO

Fabricación de calzado confeccionado totalmente de madera.
Aserrado y acepilladura de madera, incluso subproductos; fabricación de tabletas para la ensambladura de pisos de madera y de traviesas de madera para vías férreas; preservación de la madera.
Fabricación de madera en polvo y aserrín.
Fabricación de hojas de madera para enchapado, tableros contrachapados, tableros laminados y tableros de partículas.
Fabricación de partes y piezas de carpintería para edificios y construcciones.
Fabricación de productos de tonelería de madera.
Fabricación de cajas, jaulas, barriles y otros recipientes de madera.
Fabricación de materiales trenzables, cestas y otros artículos de caña y materiales trenzables.
Procesamiento de corcho; fabricación de productos de corcho; pequeños artículos de madera, como herramientas, utensilios de uso doméstico, ornamentos, joyeros y estuches; artículos de madera n.c.p.

FABRICACION DE SUSTANCIAS QUÍMICAS INDUSTRIALES

Elaboración de combustible nuclear.
Fabricación de sustancias químicas básicas, excepto y compuestos del nitrógeno.
Fabricación de productos de la industria de abonos nitrogenados (ácido nítrico, amoniaco, nitrato de potasio, urea)

Fabricación de abonos nitrogenados, fosfatados y potasio puro, mixto, compuestos y complejos.

Fabricación de plásticos en formas primarias y de acucho sintético.

Fabricación de plaguicidas y otros productos químicos de uso agropecuario.

Fabricación de carbón activado; preparados anticongelantes; productos químicos de uso industrial y en laboratorios.

Fabricación de fibras discontinuas y estopas de filamentos artificiales, excepto vidrio.

Fabricación de productos de acucho sintético en formas básicas; planchas, varillas, tubos, etc.

Fabricación de productos de plástico en formas básicas; planchas, varillas, tubos, etc.

FABRICACION DE OTROS PRODUCTOS QUIMICOS

Fabricación de pinturas, barnices y lacas.

Fabricación de tintas de imprentas.

Fabricación de droga y medicamentos.

Fabricación de jabones y preparados para limpiar, perfume, cosméticos y otros preparados de tocador.

Fabricación de bruñidores para muebles, metales, etc.; ceras, preparados desodorantes.

Fabricación de tintas para escribir y dibujar; productos de gelatina; productos fotoquímicos; placas y películas sensibilizadas sin impresiones y materiales vigentes de reproducción

Fabricación de explosivos y municiones.

Fabricación de velas y fósforos.

REFINERIAS DE PETROLEO.

Refinerías de petróleo.

FABRICACION DE PRODUCTOS DERIVADOS DEL PETROLEO Y DEL CARBON

Fabricación de briquetas de carbón de piedra en la mínima o con carbón comprado.

Fabricación de briquetas de lignito en la mina o con carbón comprado.

Fabricación de productos de homo de coque.

Fabricación de productos de refinación del petróleo con materiales comprados.

Fabricación de productos de asfalto.

FABRICACION DE PRODUCTOS PLASTICOS

Fabricación de calzado de plástico.

Fabricación de artículos de plástico n.c.p. (vajilla de mesa, baldosas, materiales de construcción, etc.)

Fabricación de muebles de plástico.

Fabricación de productos de cerámica refractaria para uso no estructural (artículos de alfarería, loza, etc.)

FABRICACION DE VIDRIO Y PRODUCTOS DE VIDRIO.

Fabricación de vidrio y productos de vidrio.

Fabricación de piezas aislantes de vidrio.

FABRICACION DE OTROS PRODUCTOS MINERALES NO METALICOS.

Fabricación de briquetas de turba (fuera de la turbera)

Fabricación de lana de vidrio.

Fabricación de productos refractaria.

Fabricación de productos refractarios sin contenido de arcilla.

Fabricación de productos de arcilla y cerámica no refractarias para uso estructural.

Fabricación de cemento, cal y yeso.

Fabricación de artículos de hormigón, cemento y yeso.

Corte, tallado y acabado de la piedra (fuera de la cantera).

Fabricación de productos de asbestos, materiales de fricción, materiales aislantes de origen mineral; piedras de amolar; productos abrasivos; artículos de mica, grafito y otras sustancias de origen mineral n.c.p.

Fabricación de aleaciones metalocerámicas (cermet).

Fabricación de productos de grafito.

INDUSTRIA BASICA DE HIERRO Y ACERO.

Fabricación de productos primarios de hierro y acero (excepto las operaciones de forja y fundición).

Fundición de hierro y acero.

Forja de hierro y acero.

Tratamiento y procesamiento especializado de hierro y el acero a cambio de una retribución o por contrata.

INDUSTRIAS BASICAS DE METALES NO FERROSOS

Fabricación de productos primarios de metales preciosos no ferrosos (excepto las operaciones de forja y fundición).

Tratamiento y procesamiento especializado de metales preciosos y metales no ferrosos a cambio de una retribución o por contrata.

Fundición de metales no ferrosos.

Forja de metales preciosos y metales no ferrosos.

FABRICACION DE PRODUCTOS METALICOS

Fabricación de accesorios de hierro y acero para tubos.

Fabricación de accesorios de metales no ferrosos para tubos; productos de cable y alambre no ferrosos hechos con varillas compradas.

Fabricación de productos metálicos para uso estructural.

Fabricación de depósitos y tanques de metal para almacenamiento y uso industrial; calderas de calefacción central.

Fabricación de radiadores y recipientes de metal para gas comprimido y gas licuado.

Fabricación de generadores de vapor, excepto calderas de agua caliente para calefacción central.

Prensado y estampado de productos de metal.

Tratamiento y revestimiento de metales (por ejemplo, enchapado, pulimento, grabadura y soldadura) a cambio de una retribución o por contrata.

Fabricación de artículos de metal de uso doméstico (cuchillos, utensilios, etc.); herramientas de mano del tipo utilizado en la agricultura, la ganadería y la

jardinería; herramientas de fontanería, carpintería y otros oficios; cerraduras y artículos de ferretería en general.

Aparatos de cocina accionados a mano.

Fabricación de productos metálicos de uso en oficinas (excepto muebles).

Fabricación de sujetadores de metal, muelles, recipientes, artículos de alambre, artículos sanitarios de metal (por ejemplo lavabos, utensilios de cocina, cajas fuertes, marcos para cuadros y cascos protectores para la cabeza).

Fabricación de válvulas y artículos de bronce para fontanería.

Fabricación de hornos, hogares y otros calentadores metálicos no eléctricos.

Fabricación de muebles metálicos de máquinas de coser.

Fabricación de hornos y calentadores no eléctricos de uso doméstico.

Fabricación de lámparas de metal.

Fabricación de equipo, partes y piezas de metal para iluminación, excepto los de uso en bicicletas y vehículos automotores.

Fabricación de equipo de iluminación para bicicletas.

Fabricación de muebles y accesorios de uso médico, quirúrgico y odontológico.

Fabricación de secciones metálicas de buques y gabarras.

Fabricación de muebles y accesorios de metal

Fabricación de recipientes herméticos.

CONSTRUCCION DE MAQUINARIAS

Fabricación de piezas y accesorios de máquinas herramienta (motorizadas o no)

Fabricación de motores y turbinas.

Fabricación de bombas de laboratorio.

Fabricación de bombas, compresores de aire y gas, válvulas, compresores de refrigeración y aire acondicionado.

Fabricación de cojinetes, engranajes, trenes de engranajes y piezas de transmisión.

Fabricación de hornos eléctricos de panadería.

Fabricación de hornos, hogares y otros calentadores metálicos no eléctricos.

Fabricación de grúas de brazo móvil; equipo de elevación y manipulación para la construcción y la minería.

Fabricación de maquinaria de elevación y manipulación, grúas, ascensores, camiones de uso industrial, tractores, máquinas de apilar; partes especiales de equipo de elevación y manipulación.

Fabricación de maquinaria de envase y empaque; embotellado y enlatado; limpieza de botellas; calandrado.

Fabricación de balanzas.

Fabricación de aparatos autónomos de acondicionamiento de aire, equipo de refrigeración, ventiladores de uso industrial, gasógenos, aspersores contra incendios, centrifugadoras y otra maquinaria n.c.p.

Fabricación de maquinaria agropecuaria y forestal.

Fabricación de máquinas herramienta, piezas y accesorios para máquinas de trabajar los metales y la madera (no eléctricas).

Fabricación de máquinas herramienta para el equipo industrial, excepto las de trabajar los metales y la madera (no eléctricas).

Fabricación de maquinaria metalúrgica.

Fabricación de maquinaria para la explotación de minas y canteras y para obras de construcción.

Fabricación de maquinaria para la elaboración de alimentos, bebidas y tabaco.

Fabricación de maquinaria textil.

Fabricación de máquinas de coser, máquinas de lavandería, tintorería, incluso limpieza en seco y planchado.

Fabricación de armas portátiles y accesorios, artillería pesada y ligera; tanques

Fabricación de moldes de fundición de metales

Fabricación de maquinaria para imprentas; maquinaria para la industria del papel; máquinas para fabricar fibras e hilados artificiales, trabajar el vidrio y producir baldosas.

Fabricación de secadoras de ropa centrífugas.

Fabricación de cocinas, refrigeradoras y lavarropas de uso doméstico.

Fabricación de maquinaria de oficina, contabilidad e informática.

Fabricación de aparatos para galvanoplastia, electrólisis y electroforesis.

Fabricación de lavaplatos, excepto los de uso doméstico.

Fabricación de remolques de uso industrial; contenedores.

Fabricación de plataformas de perforación flotantes y torres de perforación de petróleo.

Fabricación de carretillas, carros y portacargas (incluso los de uso industrial)

Fabricación de máquinas de juegos, mecánicas y accionadas por monedas.

Reparación de máquinas de oficina, cálculo y contabilidad.

ELECTRICIDAD, GAS Y VAPOR

Generación, captación y distribución de energía eléctrica.

Fabricación de gas; distribución de combustibles gaseosos por tuberías.

Suministro de vapor y agua caliente.

Captación, depuración y distribución de agua.

CONSTRUCCION

Actividades de servicios relacionados con la extracción de petróleo y gas, excepto las actividades de prospección.

Preparación del terreno (construcción):

Construcción de edificios completos y de partes de edificios; obras de ingeniería civil.

Acondicionamiento de edificios.

Terminación de edificios.

Alquiler de equipo de construcción y demolición dotados de operarios.

TRANSPORTE AEREO

Transporte regular por vía aérea.

Transporte no regular por vía aérea.

Manipulación de la carga para el transporte por vía aérea.

Otras actividades complementarias del transporte por vía aérea.

Actividades de correo distintas a las actividades postales nacionales (por vía aérea)

Funcionamiento de radiofaros y estaciones de radar.

Alquiler de equipo de transporte por vía aérea (sin operarios).

SERVICIOS DE SANEAMIENTO Y SIMILARES

Actividades de limpieza de edificios.

Eliminación de desperdicios y aguas residuales, saneamiento y actividades similares

SERVICIOS MEDICOS Y ODONTOLOGICOS, OTROS SERVICIOS DE SANIDAD VETERINARIA

Fabricación de aparatos protésicos, dientes postizos de encargo.

Actividades de hospitales.

Actividades de médicos y odontólogos.

Otras actividades relacionadas con la salud humana.

Actividades veterinarias.