

Condicionado General
VIDA GRUPO, VIDA TEMPORAL
EN GRUPO (SEGURO DE VIDA)

Código de Registro: VI0507210061 (SOLES)

VI0507220062 (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 FORMULADA POR EL CONTRATANTE; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA;
6. CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO Y CERTIFICADO DE SEGURO.
7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (RESOLUCIÓN DEL CONTRATO Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO Y NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO
9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA
10. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO
11. COMPROBACION DE LA EDAD
12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA
13. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS
14. DEFENSORIA DEL ASEGURADO
15. INDISPUTABILIDAD
16. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES
17. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS
18. PRESCRIPCION LIBERATORIA
19. TRIBUTOS

CAPITULO II CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

20. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO
21. CONDICIONES PARA LA CONTRATACIÓN
22. PRIMAS Y SUMAS ASEGURADAS
23. BENEFICIARIOS DEL SEGURO
24. CONDICIONES Y CAUSALES DE REAJUSTE
25. COBERTURAS
26. EXCLUSIONES
27. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO

CAPÍTULO I CONSIDERACIONES GENERALES

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.

El inicio de la cobertura se encontrará condicionado a que la ASEGURADORA haya aprobado la Solicitud de Seguro y al pago de la prima convenida o al momento de la ocurrencia del siniestro (antes de que ocurra el pago) lo que ocurra primero.

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

No se podrá contratar un seguro para caso de muerte sobre menores de dieciséis años de edad o personas declaradas judicialmente incapaces. Se exceptúan de esta prohibición, los contratos de seguros en los que la cobertura de muerte resulte inferior o igual a la Prima satisfecha por la Póliza o al valor de rescate según lo indicado en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES:

- **Accidente:** Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.
- **Asegurado:** Persona natural cuyo nombre y demás datos de identificación constan en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda y cuya vida se asegura en la presente Póliza, para lo cual debe cumplir con los requisitos de edad y condiciones de asegurabilidad establecidos en ésta.
- **Beneficiario:** Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza. Si se designaron varios BENEFICIARIOS sin indicación de porcentajes de participación sobre la indemnización o beneficio, la repartición se hará en partes iguales. En caso no se designen BENEFICIARIOS, o por cualquier causa la designación se vuelva ineficaz o quede sin efecto, los BENEFICIARIOS serán los herederos declarados de acuerdo a ley, en caso corresponda.
- **Buena Salud:** No adolecer de enfermedad preexistente.
- **Certificado de Seguro:** Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos vinculado a una Póliza de seguro determinada.

- **Contratante:** Persona jurídica que firma este contrato de seguro con LA ASEGURADORA y quien es el responsable del pago de las Primas, salvo pacto en contrario.
- **Convenio de Pagos o Cronograma de Pago:** Documento en el que consta el compromiso del CONTRATANTE de Pagar la Prima en la forma y plazos pactados con LA ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular o del Certificado de Seguro.
- **Corredor de Seguros:** Es la persona que realiza la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Entre sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza de Seguros, entre otros. También se les conoce como “Broker” o “Agente de seguros”.
- **Culpa Inexcusable:** Quien por negligencia grave no ejecuta la obligación. Se presenta cuando no se toman las diligencias y los cuidados más elementales; no es intencional el no cumplir.
- **Declaración inexacta:** Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.
- **Declaración personal de salud – DPS:** Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar EL ASEGURADO, respecto de su estado de salud. La Declaración Personal de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por LA ASEGURADORA, pudiendo encontrarse como parte de la Solicitud de Seguro.
- **Deportes o Actividades Riesgosas:** En los cuales EL ASEGURADO innecesariamente pone a riesgo su integridad física, más allá de toda norma de prudencia en el desarrollo de las actividades o deportes declarados en la solicitud de seguro
- **Días:** Días calendario.
- **Dolo:** Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar. Tiene el mismo efecto que la Culpa inexcusable, salvo las excepciones previstas normativamente.
- **Endoso:** Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del CONTRATANTE, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por LA ASEGURADORA y EL CONTRATANTE, según corresponda.

- **Enfermedad y/o Condición Pre-Existente:** Se considera pre-existente a cualquier lesión, enfermedad, dolencia o alteración del estado de salud del ASEGURADO, diagnosticadas por un profesional médico, cuando la enfermedad y/o condición se haya manifestado, haya originado algún síntoma de la enfermedad y/o condición que se encontrase indicada en la Historia Clínica, Historia médica, resultados médicos del ASEGURADO o sean de conocimiento del CONTRATANTE/ ASEGURADO, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por el seguro. Las exclusiones se encuentran expresamente indicadas en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales.
- **Indemnización, Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda y que será pagado por LA ASEGURADORA al/los BENEFICIARIO(S) en caso que ocurra un siniestro, siempre y cuando cuente con cobertura bajo los términos de la Póliza.
- **Interés Asegurable:** Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el deseo que debe tener EL CONTRATANTE para obtener la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca, ya que, en caso que se produzca, le generaría un perjuicio económico.
- **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Se considera como Invalidez Total y Permanente por Accidente únicamente los casos siguientes:
 - A) Estado absoluto e incurable de alienación mental o descerebramiento que no permita al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
 - B) Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.
 - C) Pérdida total de la visión de ambos ojos.
 - D) Pérdida completa de ambas manos.
 - E) Pérdida completa de ambos pies.
 - F) Pérdida completa de una mano y un pie.

Se entiende por pérdida total la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por muerte.

Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna

- **La Aseguradora:** RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS. Es la empresa que emite la presente Póliza, y que otorgará la Indemnización, Beneficio, Capital

Asegurado o Suma Asegurada, en caso se produzca un siniestro que cuente con cobertura bajo los términos de la presente Póliza.

- **Muerte Natural:** Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado en el caso de muerte accidental.
- **Muerte Accidental:** Fin de la vida del ASEGURADO, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.
- **Póliza:** Es el documento emitido por LA ASEGURADORA en el que consta el contrato de seguro. Está conformado por las presentes Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones especiales, si las hubiere; Solicitud; las Cláusulas Adicionales, si las hubiere; 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, estas últimas sobre las Cláusulas Adicionales, estas últimas sobre las Condiciones Generales del Riesgo contratado y estas últimas sobre las Condiciones Generales. En las presentes Condiciones Generales y en los demás documentos que formen parte de la Póliza, se podrá hacer referencia indistintamente a Póliza de Seguro o a Contrato de Seguro.
- **Prima o Prima Comercial.** Es el precio del Seguro determinado por LA ASEGURADORA, la cual debe ser pagada bajo la forma y plazo establecida en la Póliza. Este precio incluye la Prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de LA ASEGURADORA.
- **Prima Neta.** Es la Prima comercial sin incluir el Derecho de Emisión.
- **Prima Pura de Riesgo:** Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro.
- **Reticencia:** Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por EL CONTRATANTE o ASEGURADO.
- **Siniestro:** Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.
- **Tasa de costo efectivo anual (TCEA):** Tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el usuario, con el monto por concepto de Prima comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días.

- **Tasa interna de retorno (TIR):** Tasa que permite igualar el monto que se ha otorgado como componente de ahorro o inversión con el valor actual del monto que efectivamente se recibe al vencimiento del plazo, calculada a un año de 360 días.

ARTÍCULO 2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

LA ASEGURADORA se compromete a indemnizar al ASEGURADO o Beneficiario, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

ARTÍCULO 3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO:

- EL CONTRATANTE se compromete a pagar la prima.
- EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre LA ASEGURADORA cuando corresponda.
- EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a brindar a LA ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso corresponda, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de la ASEGURADORA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.
- EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO declaran conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y LA ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.
- La póliza se basa en la información ofrecida por EL ASEGURADO o CONTRATANTE en la solicitud de seguro y en cualquier otra comunicación escrita con la ASEGURADORA.
- EL ASEGURADO se compromete a facilitar a LA ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera

resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera LA ASEGURADORA.

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

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

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.

EL CONTRATANTE podrá pactar la renovación de la vigencia de esta Póliza de Seguros, bajo la condición que se encuentre al día en sus pagos.

La cobertura individual respecto de cada ASEGURADO se inicia a partir de las 12:00hrs del día en que éste hubiera sido declarado por primera vez por el CONTRATANTE a LA ASEGURADORA. La cobertura se mantendrá vigente en tanto se presenten a la vez las siguientes condiciones: **(i)** La póliza se mantenga vigente, **(ii)** EL ASEGURADO siga perteneciendo a la planilla del CONTRATANTE, **(iii)** siempre y cuando EL CONTRATANTE continúe incluyéndolo en su declaración y **(iv)** la cobertura no se haya suspendido por incumplimiento en el pago de la prima correspondiente.

ARTÍCULO 5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE; 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 formulada por el CONTRATANTE:

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

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

La solicitud de modificación a la que se refiere el primer párrafo del presente artículo, obliga a LA ASEGURADORA solo desde que esta comunique al 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.

La ASEGURADORA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE, quien tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

ARTICULO 6. CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO Y CERTIFICADO DE SEGURO:

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

A. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la terminación total del Contrato de Seguro, cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- 6.1. Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- 6.2. Si el interés asegurado del CONTRATANTE desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

B. TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la terminación de la vigencia del Certificado de Seguro, cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- 6.3. Se produzca un siniestro que dé lugar al pago de cualquiera de las coberturas del Certificado del Seguro.
- 6.4. Al término de la anualidad correspondiente a la fecha en que el ASEGURADO haya cumplido la edad máxima de permanencia, que será señalada en el Capítulo II de las Condiciones Generales.
- 6.5. Al finalizar la vigencia del Certificado de Seguro.
- 6.6. Si el interés asegurado del ASEGURADO desaparece durante la vigencia del Certificado de Seguro.
- 6.7. Renuncia del ASEGURADO a continuar en el seguro;
- 6.8. Cese por Jubilación del ASEGURADO.
- 6.9. Por retiro, sea cual fuese la naturaleza de esta, del ASEGURADO de la entidad empleadora (CONTRATANTE).

En caso se produzca la terminación contractual, la ASEGURADORA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. Asimismo, procederá a devolver al CONTRATANTE (RESPONSABLE DE PAGO), el importe de la prima correspondiente al período de vigencia no transcurrido.

La responsabilidad de LA ASEGURADORA cesará a la fecha en que ésta reciba una comunicación escrita por parte del CONTRATANTE, en cuyo tenor le informe alguno de los supuestos señalados en el numeral 6.7), 6.8), o 6.9) descritos precedentemente.

ARTICULO 7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (RESOLUCIÓN DEL CONTRATO Y DEL 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 el Contrato de Seguro 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 escrita 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**

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:

- 7.4 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.**
- 7.5 Por agravación del riesgo del ASEGURADO no conocido por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al momento de la contratación de la Póliza de Seguro, 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 ASEGURADO 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) El CONTRATANTE o ASEGURADO incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.**
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.**
- iii) Si 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 ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

- 7.6 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.

- 7.7 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 (en caso de resolución de la Póliza de Seguro) y/o ASEGURADO (en el caso de la resolución del Certificado de Seguro) en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a los numerales 7.1. y 7.4. 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, 7.5., 7.6 y 7.7 precedentes.

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

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

ARTICULO 8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO Y NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO:

A. NULIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la nulidad total del Contrato de Seguro, si:

- 8.1 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.

B. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la nulidad del Certificado de Seguro, si:

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

Para el caso descrito en el numeral 8.5 precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro. La comunicación por la cual se invoca la nulidad debe ser fehaciente.

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

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.

- b) La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) al CONTRATANTE (RESPONSABLE DE PAGO), dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando 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.

En todos los casos de nulidad del Certificado de Seguro, la ASEGURADORA deberá informar al CONTRATANTE sobre la nulidad de los mismos, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO.

ARTICULO 9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

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

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

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

- (i) Constatación ANTES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA presentará al ASEGURADO por intermedio del CONTRATANTE una propuesta de revisión del Certificado dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el ASEGURADO 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 ASEGURADO, la ASEGURADORA podrá resolver el Certificado, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO por intermedio del CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- (ii) Constatación DESPUES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA reducirá la indemnización a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida.

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

PAGO DE PRIMA:

- 10.1.** Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en la fecha de pago y forma establecidas en las Condiciones Particulares 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.** Previo acuerdo que constará mediante Endoso que formará parte de la Póliza, LA ASEGURADORA podrá modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la Póliza, salvo que se haya pactado el diferimiento del pago de la última cuota, en cuyo caso el plazo para el pago de la misma no podrá exceder de treinta (30) días siguientes a la fecha de fin de vigencia. En caso de fraccionamiento de la prima o que exista un cronograma de cuotas de la prima, que incluya intereses, la Tasa de Costo Efectivo Anual (TCEA) aplicable se indicará en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro.
- 10.5.** LA ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o BENEFICIARIO en caso de siniestro.
- 10.6.** Asimismo, EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de LA ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO con LA ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de LA ASEGURADORA.
- 10.7.** En caso de Siniestro Total que deba ser indemnizado en virtud de la presente Póliza, la Prima calculada para cubrir el riesgo se entenderá totalmente utilizada, debiendo LA ASEGURADORA descontarla del pago de la indemnización correspondiente.

- 10.8.** En caso corresponda, LA ASEGURADORA realizará una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la Prima, la cual constará en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro.
- 10.9.** Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago, aplicándosele las siguientes condiciones:
- i)** Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos.
 - ii)** Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el período de cobertura.
 - iii)** Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del Seguro, EL CONTRATANTE deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de conformidad con lo detallado en el Convenio de Pago, inclusive en caso de pago diferido.
 - iv)** En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas se aplicará la suspensión y resolución conforme a lo que establece el presente artículo.
 - v)** LA ASEGURADORA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado, o en su defecto, el interés legal.
- 10.10.** El pago de la Prima tendrá efecto a partir del día y hora en que LA ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la Prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.

EFFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

i) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-

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

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la COMPAÑÍA comunica, de manera cierta, al CONTRATANTE, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

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

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

ii) **REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA**

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza de Seguro, y siempre que la **COMPAÑIA** no haya expresado su decisión de resolver la Póliza de Seguro y que el mismo no se haya extinguido, el **CONTRATANTE** podrá optar por rehabilitar la cobertura de dicha Póliza de Seguro, previo pago de la totalidad de las Primas impagas, los intereses pactados por su fraccionamiento, los impuestos y, en caso de que se haya convenido en el convenio de pago, los respectivos intereses moratorios. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la **COMPAÑIA** responsable por Siniestro alguno ocurrido durante el periodo de cobertura suspendido.

iii) **RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE LA PRIMA**

La **COMPAÑIA** podrá optar por resolver la Póliza de Seguro, durante el periodo de suspensión de la cobertura. La Póliza 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 **COMPAÑIA** informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la **COMPAÑIA** la Prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza de Seguro.

iv) **EXTINCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Se deja expresa constancia que si la **COMPAÑIA** 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 la Póliza 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 de Seguro.

ARTICULO 11. COMPROBACIÓN DE LA EDAD:

Para determinar la Prima correspondiente a la presente Póliza, se considerará la edad que tenga el **ASEGURADO** al primer día de vigencia de la Póliza, indicada en las condiciones particulares.

La comprobación y/o acreditación de la edad declarada por el **ASEGURADO** podrá efectuarse durante la vigencia en cualquier momento, mediante documento oficial de identidad.

Si se comprueba la inexactitud en la edad del ASEGURADO, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la Prima anual percibida por la ASEGURADORA.
- b) Si es menor, se rectificarán las Primas en el futuro y se devolverá el exceso de Primas percibidas sin intereses.

ARTICULO 12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

Se considera fraudulento:

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

12.2 Emplear medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.

12.3 Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO bajo su complicidad o consentimiento.

EL (los) ASEGURADO(s) o EL (los) BENEFICIARIO(s) o EL (los) HEREDERO(s) LEGAL(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s).

En este supuesto, la indemnización que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al beneficio. En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actué, contando con los poderes legales requeridos para ello, en nombre y representación de los demás Asegurados, Beneficiarios o herederos legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados

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

ARTICULO 13. 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:

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

13.2 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 14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

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

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

ARTICULO 15. INDISPUTABILIDAD:

Si transcurren dos años desde la celebración del contrato, la ASEGURADORA no puede invocar la reticencia o falsa declaración del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, excepto cuando es dolosa.

ARTICULO 16. 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 17. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia EL CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente, una vez producido el siniestro, las partes 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, denuncia o consulta, entre otros, según corresponda, ante la Defensoría del ASEGURADO; la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, a través de los mecanismos legales de defensa del asegurado (órganos colegiados que se pronuncien de manera vinculante en la solución de controversias) e Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros.

ARTICULO 18. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurre el siniestro, o desde la fecha en que se tome conocimiento del beneficio, según corresponda, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

ARTICULO 19. TRIBUTOS:

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

CAPITULO II **CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO**

ARTICULO 20. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Podrá asegurarse bajo la presente Póliza cualquier grupo de personas cuyo fin no sea formarse solamente para contratar el seguro, tales como:

- a) Todos los trabajadores de la misma entidad para la cual ha sido emitida la Póliza, siempre que aquellos gocen de buena salud y se encuentren en servicio activo, y
- b) Todos los miembros que pertenezcan a una misma institución ya sea de carácter gremial, cultural, fraternal o similares, siempre que gocen de buena salud.

Requisitos de Asegurabilidad:

La edad máxima de ingreso al seguro es hasta los 64 años y 364 días a la fecha de presentación de su solicitud de seguro y la edad límite de permanencia en la póliza es hasta los 69 años y 364 días, siempre y cuando subsista el vínculo laboral entre EL ASEGURADO y su Empleador (CONTRATANTE), sin perjuicio de la posibilidad que a ciertas coberturas se les incluya requisitos de asegurabilidad diferentes a los planteados en el presente Condicionado General, las cuales se encontrarán descritas en las Condiciones Particulares.

Todas las personas que soliciten el presente Seguro, deberán llenar una Declaración Personal de Salud (DPS) y someterse a los Requisitos de Asegurabilidad, los cuales están detallados en las condiciones particulares de la póliza. La aceptación del riesgo por parte de LA ASEGURADORA estará sujeta al resultado de la evaluación que ésta última realice.

En caso que LA ASEGURADORA, requiera información adicional por parte de los solicitantes del presente Seguro, sean informes médicos, exámenes y cartas de aclaración, estos deberán ser proporcionados por EL CONTRATANTE.

EL CONTRATANTE deberá notificar a LA ASEGURADORA por escrito, completando el formato correspondiente, los respectivos nombres, apellidos, fechas de nacimiento y demás datos que, de acuerdo con las estipulaciones de esta Póliza, se tomen en cuenta para la determinación de las primas y/o sumas por asegurarse.

Todos los asegurados vigentes que tengan alguna modificación en su remuneración o todas las personas que soliciten su inclusión en esta Póliza, posteriormente a la fecha de inicio de vigencia de la misma, a solicitud de LA ASEGURADORA, deberán completar la correspondiente Declaración Personal de Salud (DPS) y someterse a los Requisitos de Asegurabilidad detallados en las Condiciones Particulares de la presente Póliza. En caso que la remuneración del ASEGURADO se haya incrementado, se modificará el capital asegurado desde el primer día del mes siguiente a la fecha en que LA ASEGURADORA haya recibido del CONTRATANTE, una comunicación escrita informando el incremento antes señalado.

ARTICULO 21. CONDICIONES PARA LA CONTRATACIÓN:

DE LA DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

EL CONTRATANTE declara que antes de suscribir la presente Póliza de Seguro ha tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, a cuyas estipulaciones queda consentida la presente Póliza de Seguro.

Ambas partes declaran que las modificaciones a las Condiciones Generales del riesgo contratado que fueran aprobadas por mandato legal imperativo, no serán aplicables a los contratos ya celebrados, sino a partir de su siguiente renovación, salvo pacto en contrario.

Las partes igualmente declaran que las siguientes reglas de interpretación son las aplicables a las estipulaciones de esta Póliza de Seguro:

- A) Los títulos de los capítulos y artículos se incluyen para propósitos descriptivos únicamente y no deben afectar la interpretación de los términos y condiciones de la Póliza de Seguro.
- B) Siempre que en esta Póliza de Seguro aparezca un pronombre personal masculino, se considera que también incluye al femenino.
- C) Las definiciones referidas en el Condicionado General deben ser utilizadas y aplicables en toda la Póliza de Seguro. Los términos pueden usarse indistintamente en singular o plural.

DECLARACIÓN NOMINAL DE ASEGURADOS Y EMISIÓN DE CERTIFICADOS

EL CONTRATANTE debe proporcionar a LA ASEGURADORA, en el formato correspondiente que ésta determine, la relación nominal de Asegurados, a fin de emitir y entregar los Certificados de Seguro Individuales.

ARTICULO 22. PRIMAS Y SUMAS ASEGURADAS

- a) Se procederá a fijar una prima denominada prima colectiva, la cual podrá ser calculada en base a una tasa aplicada sobre la planilla total del CONTRATANTE; o, determinando una Prima única, la cual se calculará tomando en cuenta la edad de LOS ASEGURADOS y el importe de su remuneración mensual declarada.
- b) Las primas deben ser pagadas por EL CONTRATANTE, por adelantado, en las oficinas de LA ASEGURADORA.
- c) Las primas serán pagadas en la forma indicada en las Condiciones Particulares.
- d) En caso el cálculo de la suma asegurada se realice en base a la remuneración mensual declarada por EL ASEGURADO, el Seguro otorgará cobertura por la suma asegurada que corresponda, de acuerdo a las condiciones establecidas en las Condiciones Particulares de la presente Póliza de Seguro.

ARTICULO 23. BENEFICIARIOS DEL SEGURO

- A) LOS BENEFICIARIOS de la presente Póliza de Seguro, serán designados por EL ASEGURADO en el Certificado de Seguro en la que se precisará los datos de identificación de LOS BENEFICIARIOS y los porcentajes que le correspondan a cada uno de ellos, de no indicarse tales porcentajes, se entenderá que son en partes iguales. En el caso EL ASEGURADO no designe a sus BENEFICIARIOS se considerará a sus HEREDEROS LEGALES como tales.
- B) Mientras la Póliza de Seguro se encuentre en vigencia, EL ASEGURADO tendrá derecho a cambiar de BENEFICIARIO cuando lo estime conveniente mediante carta con firma legalizada enviada a LA ASEGURADORA.
- C) LA ASEGURADORA pagará al BENEFICIARIO designado en el Certificado de Seguro o quien conste en un documento legalizado por Notario Público con fecha posterior a la fecha de emisión del Certificado de Seguro.
- D) EL CONTRATANTE no podrá intervenir en la designación de BENEFICIARIOS.
- E) En caso uno de LOS BENEFICIARIOS designados hubiera fallecido antes que EL ASEGURADO, la suma asegurada será pagadera a los herederos legales del ASEGURADO.
- F) En ningún caso y bajo ninguna circunstancia procederá la inclusión, sustitución o eliminación de un BENEFICIARIO una vez fallecido EL ASEGURADO, salvo lo dispuesto en el literal C precedente.
- G) Si un BENEFICIARIO falleciera durante el proceso de liquidación de la Póliza de Seguro, el capital que le correspondería será pagadero a los HEREDEROS LEGALES del beneficiario fallecido.
- H) Lo precedente aplica en caso de un sólo BENEFICIARIO designado, en caso de haber más de un BENEFICIARIO designado por EL ASEGURADO, y uno de ellos fallezca antes que EL ASEGURADO, LOS HEREDEROS LEGALES de este, recibirán el beneficio, sin perjuicio del derecho que tiene EL ASEGURADO de cambiar a LOS BENEFICIARIOS cuando lo estime conveniente, de acuerdo a lo indicado en el presente artículo.
- I) 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.

ARTICULO 24. CONDICIONES Y CAUSALES DE REAJUSTE

Al final de la vigencia de la Póliza, la ASEGURADORA y el CONTRATANTE podrán renovar la vigencia de la presente Póliza de Seguro, bajo las condiciones que ellos establezcan de mutuo acuerdo para tal efecto.

La firma de la renovación de la vigencia de la presente Póliza de Seguro, representará la voluntad de ambas partes respecto de las nuevas condiciones que aplican a la próxima vigencia de la Póliza de Seguro.

ARTICULO 25. COBERTURAS:

COBERTURA PRINCIPAL

Este seguro cubre el riesgo de fallecimiento del ASEGURADO nombrado en la presente Póliza de Seguro, siempre y cuando esta haya sido ocasionada por causas naturales o accidentales no excluidas en estas Condiciones Generales, hasta el límite de la suma asegurada indicado en las Condiciones Particulares.

Este seguro cubre el riesgo de Invalidez Total y Permanente por Accidente del ASEGURADO nombrado en la presente Póliza de Seguro, siempre y cuando esta haya sido ocasionada por causas accidentales no excluidas en estas Condiciones Generales, hasta el límite de la suma asegurada indicado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro.

Asimismo, en caso corresponda, se extiende a otorgar las Coberturas Adicionales que se especifican en las Cláusulas Adicionales que forman parte de la presente Póliza de Seguro. Estas Coberturas Adicionales serán contratadas por EL CONTRATANTE de manera opcional.

ARTICULO 26. EXCLUSIONES:

LA ASEGURADORA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el FALLECIMIENTO NATURAL o la INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE de LOS ASEGURADOS ocurra en las siguientes circunstancias:

- a) A LOS ASEGURADOS cuya historia clínica indique diagnóstico de ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE de cualquier tipo y que estas NO HAYAN SIDO DECLARADAS en la Declaración Personal de Salud (DPS), al momento de afiliarse a este Contrato de Seguro.**
- b) Cuando sea resultado de suicidio o intento de suicidio, no obstante LA ASEGURADORA pagará el Capital Asegurado por Muerte Natural a LOS BENEFICIARIOS, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.**
- c) Cuando el deceso o la Invalidez Total y Permanente por Accidente sobrevenga por consecuencia directa de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, Acto delictivo cometido por EL BENEFICIARIO, en calidad de autor o cómplice o por quien pudiera reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.**
- d) Como consecuencia de fisión o fusión nuclear o radioactividad, sean en forma directa o indirecta.**
- e) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**
- f) Lesiones, enfermedades o cuando el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente por Accidente del ASEGURADO sea a consecuencia de intervención directa o indirecta del ASEGURADO en actos de guerra,**

revoluciones servicio militar, actos delictivos, subversivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo.

- g) Los siguientes fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario: inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales, aerolitos, así como las epidemias y catástrofes declaradas oficialmente.
- h) Viajes aéreos y marítimos que haga EL ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.

Adicionalmente, LA ASEGURADORA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que la MUERTE ACCIDENTAL o la Invalidez Total y Permanente por Accidente de LOS ASEGURADOS ocurra en las siguientes circunstancias:

- a) Participación directa o durante la práctica habitual de las siguientes actividades o deportes riesgosos: corredor de automóviles, motocicletas, bicicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos, artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, ala delta, ultraligeros, paracaidismo, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, buzo, boxeo, caza de fieras, trabajos con explosivos o químicos, salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por LA ASEGURADORA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.
- b) Cuando EL ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gr/lt. a más) o drogas, y esta situación sea acto generador del siniestro; Para efectos de esta exclusión, se presumirá que EL ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si EL ASEGURADO o LOS BENEFICIARIOS se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- c) Por inhalación de gases o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- d) Los siguientes accidentes médicos: apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos, así como los casos de negligencia o impericia médica.
- e) 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.
- f) Las complicaciones médicas de embarazos o partos.
- g) Como consecuencia de lesiones auto infligidas.

Asimismo, se entiende que rigen las demás exclusiones establecidas para el riesgo de Fallecimiento.

ARTICULO 27. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO:

27.1 AVISO DE SINIESTRO:

El siniestro será comunicado a LA ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

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

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

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

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

27.2 SOLICITUD DE COBERTURA:

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a LA ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro) los siguientes documentos:

FALLECIMIENTO

- **Copia Certificada del Acta de Defunción expedido por RENIEC.**
- **Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción.**
- **Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado fallecido, en caso de contar con dicho documento, y de todos sus beneficiarios. En caso que hayan Beneficiarios menores de edad y no cuenten con Documento de Identidad, deberán presentar Copia Certificada de su Partida de Nacimiento..**
- **Certificado domiciliario de los beneficiarios menores de edad.**
- **En caso los Beneficiarios sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, además de copia literal de la partida donde conste inscrita definitivamente dicho acto en**

Registros Públicos. En caso que la Declaratoria de Herederos se haya realizado por vía judicial, será necesario que presenten la copia Literal de la partida donde conste la inscripción definitiva en Registros Públicos

- **Copia Fedateada y Foliada del Informe Médico y de la Historia Clínica del Asegurado.**

Adicionalmente, a los documentos solicitados por fallecimiento, en caso de MUERTE ACCIDENTAL se deberán presentar los siguientes documentos:

- **Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado.**
- **Copia Certificada del Resultado del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.**
- **Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo.**
- **Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.**

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, según lo definido en el Artículo 1° “Definiciones”, deberá presentar: (i) Documento de Identidad del Asegurado, (ii) Copia Foliada y Fedateada de la Historia Clínica del ASEGURADO

, (iii) último Informe médico indicando diagnóstico, (iv) Dictamen de Invalidez de la comisión médica evaluadora de Incapacidad del MINSA, ESSALUD, COMAFP o COMEC.

En caso de MUERTE PRESUNTA, ésta deberá acreditarse conforme a la Ley vigente. Se deberá entregar a LA ASEGURADORA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El pronunciamiento de LA ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

- **Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.**

27.3 PAGO DE SINIESTRO:

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, LA ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre la aceptación 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 de la procedencia del siniestro, hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

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

Cuando LA ASEGURADORA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al ASEGURADO, 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 o aprobado 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.