

**SEGURO DE ACCIDENTES INDIVIDUALES  
CÓDIGO DE REGISTRO SBS N° AE0506400341**

**CONDICIONES GENERALES**

**INTRODUCCIÓN**

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro o en la comunicación escrita presentada por el **Contratante** y/o **Asegurado** y/o por el Corredor de Seguros en su representación, la cual se adhiere y forma parte integrante de este Contrato de Seguro, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y, asimismo, de acuerdo a lo estipulado en las presentes Condiciones Generales, sus Cláusulas Adicionales, sus Condiciones Particulares y Especiales, Plan de Beneficios, Endosos y Anexos que se adhieran a esta Póliza; RÍMAC SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante simplemente la **Compañía**) conviene en amparar al **Asegurado** contra los riesgos expresamente contemplados en la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

**ARTÍCULO 1.- GARANTÍA Y CARGA A CARGO DEL ASEGURADO**

El **Contratante** y/o **Asegurado** se comprometen a observar y hacer cumplir estrictamente las **Normas y Reglamentos de Seguridad** establecidos por las autoridades competentes, y los **Asegurados** se comprometen a cumplir las **Normas y Reglamentos** antes mencionados.

Si un accidente ocurre debido al incumplimiento de estas **Normas y Reglamentos de Seguridad** y ésta sea la causa del siniestro, la **Compañía** quedará liberada de obligación indemnizatoria derivada de esta Póliza.

Esta póliza solo cubrirá los gastos de curación en tanto el **Asegurado** se haya presentado para la atención en la **Clínica Afiliada** más cercana (en tanto se encuentre dicha **Clínica** en la relación de proveedores afiliados señalados en el **Plan de Beneficios**) dentro del plazo máximo de 48 (cuarenta y ocho) horas de producido el siniestro.

El **Asegurado** deberá facilitar y otorgar todos los documentos necesarios para ejercer el derecho de subrogación de la **Compañía** 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, conforme al artículo 21° del presente **Condicionado General**.

## ARTÍCULO 2.- OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

En virtud del presente Contrato de Seguro, el **Contratante** y/o **Asegurado** se obligan al pago de la prima convenida y la **Compañía** a amparar al **Asegurado**, hasta el límite del Beneficio Máximo contratado por Evento y por Asegurado, el mismo que figura en las Condiciones Particulares y/o en el Plan de Beneficios, los gastos por las consecuencias producidas directa y exclusivamente por accidentes a causa de los riesgos cubiertos por esta Póliza que requieran tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario.

## ARTÍCULO 3.- BASES DEL CONTRATO

**31** El **Contratante** y/o el **Asegurado** y/o el Corredor de Seguros están obligados a declarar e informar a la **Compañía**, antes de la celebración de este Contrato de Seguro, todos los hechos o circunstancias que puedan influir en la apreciación o evaluación de la **Compañía** para la aceptación o rechazo del riesgo, así como en la fijación de la prima. La exactitud de estas declaraciones constituye base del presente Contrato y causa determinante de la emisión de la Póliza para la **Compañía**.

El **Contratante** y/o **Asegurado** declara que, antes de suscribir la Póliza, ha tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales, así como de todas las Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones conviene que quede sometido el presente Contrato de Seguro, conforme a la Ley aplicable.

Asimismo, el **Contratante** y/o **Asegurado** declara conocer que es su prerrogativa la designación de un Corredor de Seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación, todos los actos de administración vinculados a sus intereses en la Póliza. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la **Compañía** surten todos sus efectos con relación al **Contratante** y/o **Asegurado**, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.

**32** En caso de producirse discrepancias entre las condiciones de esta Póliza, queda convenido y aclarado que las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales.

**33** La Póliza y sus posteriores Endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de la **Compañía** y por el **Contratante** y/o **Asegurado**, quienes deberán devolver una copia de tales documentos a la **Compañía**.

**34** La cobertura de la Póliza está sujeta a que la **Compañía** haya aprobado la Solicitud de Seguro y el **Contratante** haya cumplido con pagar la prima o firmado el Convenio de Pago obligándose a pagarla.

**35** Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas, excepto cuando se mencione en la presente Póliza que se procederá de manera diferente.

**36** El **Contratante** y/o **Asegurado** se obliga a llenar y completar debidamente la Solicitud de Seguro y Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la **Compañía**. En la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, el **Contratante** y/o **Asegurado** también están obligados a proporcionar información veraz sobre su estado de salud. La exactitud

y veracidad de estas declaraciones, es determinante para la aceptación del riesgo por parte de la **Compañía**, así como para la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente. Las declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el **Contratante** y/o **Asegurado** tienen efecto sobre la validez del Contrato, conforme a lo establecido en las presente Condiciones Generales.

- 37** Los términos y condiciones del presente seguro se encuentra a disposición del **Contratante** y el **Asegurado**, inclusive antes de la contratación, a través del portal web de la **Compañía** [www.rimac.com](http://www.rimac.com), y a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en donde se encuentran publicados los productos comercializados por la **Compañía**; y asimismo ha tenido previamente a su disposición la folletería informativa de la Póliza de Seguro contratada.

#### **ARTÍCULO 4.- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

Quando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el Contratante tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el Contratante podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el Contratante haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el Contratante ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la Compañía procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, el Contratante deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el Resumen de la presente póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro.

#### **ARTÍCULO 5.- PAGO DE LA PRIMA**

De conformidad con las normas legales vigentes referentes al pago de primas de los Contratos de Seguros, la presente Póliza se emite bajo las siguientes reglas:

- 5.1** La prima de seguro tiene el objeto de garantizar el cumplimiento de las obligaciones con el **Asegurado** derivadas de las coberturas contenidas en la Póliza, durante el plazo de vigencia de la misma, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares.
- 5.2** Si la prima no es pagada a más tardar en el plazo convenido, la cobertura del seguro se suspende automáticamente una vez transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación. Para dicho efecto, la Compañía comunicará al Contratante, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. La Compañía no será responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida.

- 5.3 Una vez producida la suspensión de la cobertura de la póliza; y siempre que la **Compañía** no haya expresado su decisión de resolver el Contrato, el **Contratante** podrá solicitar la rehabilitación de la Póliza previo pago de todas las primas impagas y en caso se haya convenido en el Convenio de Pago, los intereses moratorios respectivos. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 0:00 horas del día siguiente a la fecha de pago, no siendo responsable la **Compañía** por siniestro alguno ocurrido durante la suspensión.
- 5.4 En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, la **Compañía** podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará al **Contratante** con treinta (30) días de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.
- 5.5 El **Contratante** y/o el **Asegurado** y la **Compañía** reconocen expresa y voluntariamente que en caso la prima se mantenga impaga hasta por un período de noventa (90) días el Contrato de Seguro se extinguirá, inclusive si la cobertura se suspendió por efecto de falta de pago.
- 5.6 En caso de haberse resuelto el Contrato de Seguro, en virtud de lo indicado en los numerales precedentes, la **Compañía** y el **Contratante** y/o **Asegurado** podrán celebrar un nuevo Contrato, que podrá ser bajo las mismas condiciones del Contrato antes resuelto, en caso así sea aceptado por la **Compañía** o bajo las nuevas condiciones contractuales que se encuentren vigentes. La cobertura comprendida en el nuevo Contrato de Seguro que se suscriba se inicia con la aceptación de la Solicitud de Seguro y con el pago de la prima o firma del Convenio de Pago obligándose a pagarla. Esto último podrá realizarse por el íntegro, en forma fraccionada o mediante un pago diferido.
- 5.7 El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la **Compañía** 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.
- 5.8 Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, la **Compañía** tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado, o en su defecto, el interés legal.
- 5.9 En los Contratos de Seguro en los cuales se otorgue Cobertura Provisional, la prima no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a los treinta (30) días de cobertura provisional, calculada a prorrata sobre la posible prima a pactar. Queda claramente convenido que la aceptación por el **Contratante** de letras de cambio representativas de las cuotas convenidas para el pago fraccionado de la prima o su refinanciación, en su caso, no constituirán novación de la obligación original. El pago de primas se entenderá efectuado cuando sea cancelado el íntegro del monto consignado en la letra de cambio dentro del plazo convenido.
- 5.10 El pago de primas mediante título valor y otras órdenes de pago, sólo se entenderá efectuado a partir del día en que se hagan efectivos los importes consignados en dichos documentos, salvo cuando el título valor se hubiere perjudicado por culpa de la **Compañía**.
- 5.11 Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la **Compañía**. Cualquier pago realizado por el **Contratante** al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.

**5.12** El **Contratante** y/o **Asegurado** no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la **Compañía** 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 **Compañía**, sin la expresa y previa aceptación de la **Compañía**.

**5.13** La cobertura y prestaciones indemnizables materia de la presente Póliza se mantendrán siempre que la Póliza se encuentre vigente.

Las 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 clínicas y centros médicos con los que se prestan los 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.

**5.14** La **Compañía** 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.

## **ARTÍCULO 6.- PRINCIPALES OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y DEL CONTRATANTE**

Las principales obligaciones del **Asegurado**, cuyo incumplimiento da lugar a la pérdida de su derecho a ser indemnizado, son las siguientes:

a) Brindar y facilitar la información requerida por la **Compañía** para la evaluación y cobertura de un siniestro.

Las principales obligaciones del **Contratante** son las siguientes:

a) Brindar y facilitar la información requerida por la **Compañía** para la evaluación y cobertura de un siniestro.

b) Cumplir con el pago de las primas en los plazos acordados en la Póliza o en el Condicionado Particular.

## **ARTÍCULO 7.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO**

**7.1** Se denomina **Asegurado** a la(s) persona(s) incorporada(s) como tal en esta Póliza siempre y cuando no hayan cumplido los veintiséis (26) años al momento de la inscripción o ingreso en la presente Póliza, y cumpla con los demás requisitos de asegurabilidad.

**7.2** Para gozar del beneficio que otorga esta Póliza, se requerirá siempre que el **Asegurado** resida permanentemente en el Perú, un total de nueve (9) meses durante el año de vigencia.

**7.3** Las limitaciones de edad para los Asegurados sólo serán de aplicación en el momento de la inscripción, no existiendo limitación alguna de edad para la permanencia en la Póliza.

## **ARTÍCULO 8.- COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA**

La vigencia de la presente Póliza será por un período de doce (12) meses e inicia su vigencia y expira a las doce (12) de la media noche (12:00am), siendo que las fechas se detallarán en las Condiciones Particulares.

La Póliza de Seguro se renueva automáticamente, en las mismas condiciones vigentes en el período anterior, salvo que la **Compañía** considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, conforme al procedimiento descrito en los párrafos siguientes.

En caso el **Contratante** haya venido renovando sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años, tiene derecho a renovar la Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia, sin perjuicio que la **Compañía** modifique las primas, deducibles, copagos y proveedores de servicios en salud que le corresponden, sobre la base de cálculos actuariales, estadísticos y valoradas individualmente.

**81 Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:**  
**Durante la vigencia contractual la Compañía solo podrá modificar las condiciones de la Póliza previa aprobación del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión de la misma en el plazo de treinta (30) días desde que le fue comunicada. La falta de aceptación no genera la resolución del contrato, debiendo respetarse los términos contractuales iniciales.**

**82 Renovación Automática de la Póliza:**  
Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el período anterior, salvo que la **Compañía** considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, para lo cual, deberá cursar aviso por escrito al **Contratante** detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia de la Póliza. El **Contratante** tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la **Compañía**.

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

En el caso que el **Contratante** no desee la renovación de la Póliza, deberá comunicarlo a la **Compañía** en un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

La renovación automática solo procederá siempre que, la prima de la presente Póliza haya sido completamente cancelada antes del término de la vigencia y en el caso de fraccionamiento de la prima que no existan cuotas impagas; caso contrario, la Póliza solo se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

## **ARTÍCULO 9.- PERIODO DE CARENCIA**

**PERIODO DE CARENCIA:** Es el período inicial durante el cual, los accidentes que ocurran al Asegurado no serán cubiertos durante todo el periodo de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose éstas como excluidas de cobertura.

**Para la presente Póliza aplica el Período de Carencia de quince (15) días desde la fecha de inicio de vigencia.**

## **ARTÍCULO 10.- COBERTURAS**

Esta póliza cubre los gastos de curación siempre que su causa única y directa fuera un accidente únicamente producido a nivel nacional que no se encuentre excluido en la presente Póliza y se manifieste dentro de los plazos detallados en el artículo 25 del presente Condicionado General, bajo los términos y condiciones detallados en el Plan de Beneficios.

Se entiende por los gastos de curación por accidente a los gastos efectivamente realizados por concepto de honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, pruebas y exámenes médicos, requeridos por el Asegurado y que no se encuentren excluidos en la presente Póliza, los cuales se detallan:

- 101 EMERGENCIA ACCIDENTAL:** Se cubrirán vía crédito los gastos de curación, producidos por un accidente, además de exámenes auxiliares complementarios para la evaluación, enyesado, vendas y otros gastos similares, así como procedimientos que ayuden a la estabilización del Asegurado.
- 102 ATENCIÓN HOSPITALARIA:** Se cubre vía crédito la atención hospitalaria producto de un accidente y se incluye lo siguiente:
- a) Habitación estándar unipersonal o bipersonal (no suite) y alimentación según la disponibilidad del proveedor (incluyendo dietas especiales, en un hospital o clínica legalmente establecida).
  - b) Sala de operaciones, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes y análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopo, radio fisioterapia, enyesado, entablillado, vendas y otros gastos similares.
  - c) Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario por ayudantía y por anestesista.
  - d) Pernos, clavos, placas, prótesis internas necesarias.
- 103 ATENCIÓN AMBULATORIA:** Se cubre vía crédito el tratamiento ambulatorio por continuación de un accidente, que incluirá gastos de curación, además de exámenes auxiliares complementarios para la evaluación, enyesado, vendas y otros gastos similares, así como procedimientos que ayuden a la estabilización del Asegurado.

El presente Seguro se extiende a cubrir los Accidentes producidos por:

- i) Mordeduras de animales o picaduras de insectos venenosos produciendo como consecuencia casos de rabia o reacción alérgica, 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; diagnósticos de carbunco o tétanos siempre que sean de origen traumático; 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;**

- ii) Esfuerzo repentino como fracturas, luxaciones articulares y distensiones, laceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias, várices, hernias); y, los accidentes que resulten del ejercicio de la legítima defensa del Asegurado legalmente establecida y demostrada.
- iii) Como consecuencia de huelga, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo, dicha comunicación del siniestro deberá darse dentro de las 24 (veinticuatro) horas de ocurrido en accidente; se cubrirá siempre y cuando el Asegurado no hubiera participado como miembro activo o tenga participación directa de los actos de huelga, conmoción civil, daño malicio, vandalismo y terrorismo.
- iv) Como consecuencia de terremoto y/o temblor y/o huaycos y/u otro fenómeno de la naturaleza, dicha comunicación del siniestro deberá darse dentro de las 24 (veinticuatro) horas de ocurrido.
- v) Práctica de deportes de manera NO profesionales como: Atletismo, Bochas, Bolos, Fútbol, Fútbolito, Béisbol, Básquetbol, Vóleibol, paseo en bicicleta, Esgrima, Gimnasia (incluyendo el uso de máquinas de gimnasio), Polo, Skate Board, Canotaje siempre y cuando sea un paseo guiado, paseo a caballo, Golf, Handball, Hockey, Natación, Rugby, Softball, Patinaje sobre ruedas, Pelota a Paleta, Pelota Vasca, Pesca (salvo submarina y/o en alta mar), Remo, Tenis, Box, Waterpolo, Artes Marciales, Escalamiento en Palestra.

#### **ARTÍCULO 11.- TERMINACION DE LA COBERTURA**

**La terminación de cualquiera de las coberturas que por la presente Póliza se otorguen, inclusive por Cláusulas Adicionales, culminarán bajo las siguientes consideraciones:**

- A. Cuando el pago de los beneficios fijados para cada cobertura sea igual al cien por ciento (100%) del monto establecido por concepto de Beneficio Máximo por Evento y por Asegurado indicado en el Plan de Beneficios. Todos los gastos pagados por un mismo accidente disminuyen el Beneficio Máximo por Evento y por Asegurado. Al agotarse el Beneficio Máximo por Evento (accidente) y por Asegurado, éste se reactiva para otro accidente que pueda suceder en el futuro.  
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 contratado por Evento y por Asegurado.**
- B. Cuando se determine médicamente el alta del Asegurado por cada accidente. La cobertura de Gastos de Curación permanecerá vigente para nuevos accidentes hasta el monto del Beneficio Máximo contratado por Evento y por Asegurado.**
- C. Cuando el Asegurado solicite, en una atención médica, el alta voluntaria o no cumpla bajo su propia decisión el tratamiento indicado por su médico tratante.**



## **ARTÍCULO 12.- RIESGOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES**

Queda excluido de la cobertura de esta Póliza las lesiones o accidentes que el Asegurado sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

**A. Cualquier enfermedad corporal o mental y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes conforme la presente Póliza.**

**B. Las lesiones o enfermedades preexistentes al momento de contratar la presente Póliza. Enfermedades y/o defectos congénitos y gastos derivados de causas relacionadas.**

**C. Los llamados “Accidentes Médicos”, siendo aquellos los siguientes: apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos; así como los casos de negligencia o impericia médica. Queda también excluidos de cobertura aquellos accidentes originados por la repercusión o consecuencia de eventos, episodios o crisis de estos “Accidentes Médicos”.**

**D. Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, intoxicaciones y envenenamientos sistemáticos. Intoxicaciones alimenticias o las causadas por reacciones adversas a medicamentos que hubiesen resultado de la toma de éstos por causas no relacionadas a diagnósticos de causa accidental cubierto por la presente Póliza. Los descartes o tratamientos de enfermedades infecciosas transmitidas por insectos cuando resultaren vectores de enfermedades siendo aquellas las siguientes: malaria, fiebre amarilla, dengue, bartonelosis y leishmaniasis.**

**E. Las complicaciones médicas de embarazos o partos. No obstante, en el caso que un accidente produzca complicaciones médicas que deriven en un aborto, los gastos del mismo, incluyendo el legrado uterino como consecuencia de éste, será materia de cobertura de esta Póliza. De otro lado, en el caso que un accidente provoque el parto sea natural o por cesárea, los gastos incurridos no serán materia de la cobertura de este Seguro.**

**F. Los accidentes ocurridos cuando el Asegurado se encuentra bajo la influencia del alcohol y/o drogas (sin importar su grado de presencia en la sangre) o en estado de sonambulismo, y aquella situación sea el acto generador del siniestro. Están considerados dentro de esta exclusión los accidentes relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o consumo de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, narcóticos o fármacos con efectos alucinógenos. Para efectos de esta exclusión, se entiende que el Asegurado se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si se niega a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente. En el caso específico de accidentes de tránsito, y con relación a bebidas alcohólicas, se considerará que el Asegurado se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de sangre tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado mayor a 0.5gr./Lt. En caso que la muestra para el dosaje etílico no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15gr./Lt desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.**

**G. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; servicio militar; así como participación activa en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.**

**H. Suicidio, auto mutilación o autolesión.**

**I. Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho a recibir la Suma Asegurada de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.**

**J. Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.**

**K. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.**

**L. Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades o deportes siguientes: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación directa o indirectamente en carreras de automóviles, dentro o fuera del vehículo, motos, motonetas, bicicletas, cuatriciclo, motocross, downhill, motonáutica, y similares, la participación directa o indirectamente en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, buceo deportivo, pesca submarina o en alta mar, snorkeling, ala delta, planeador, globo aerostático, vuelo en ultraligero, parapente, puenting, paracaidismo, bungee jumping, buceo en alta mar, escalada, esquí, kayak, hydrospeed, paraguismo, canotaje, lancha, catamarán, vela, montañismo, alpinismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, sky-surf, kitesurf, windsurf, sandboard, esquí acuático, bodysurf, deportes nauticos a vela y a motor, tabla hawaiana, skateboard, esquí en nieve, moto de nieve, escalada en hielo o nieve, freestyle skiing, mountain bike o ciclismo de montaña, rapel de ningún tipo, espeleobarranquismo, rafting wheel, apnea, airsoft, BMX, parkour, patinaje agresivo, patinaje sobre hielo, salto base, salto con pértiga, supercross, gotcha, paintball, equitación, esquí de helicóptero, montar al toro, toromatch, trineo de asfalto y longboard.**

**Los deportes detallados en el punto v) del artículo 9° precedente que sean practicados de manera profesional no tendrán cobertura bajo esta póliza de seguro.**

**M. Actos que infrinjan las leyes o reglamentos vigentes y aquella situación corresponda a un delito o constituya causa del siniestro.**

**N. Participación activa en la conducción de autos, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas y cualquier otro vehículo motorizado en incumplimiento de la normatividad vigente aplicable a los conductores, pasajeros o vehículos motorizados, en la vía pública, clubes, o vía**

privada y aquella situación corresponda a un delito o constituya causa del siniestro.

O. El uso como pasajero o conductor de cualquier medio habitual para el transporte público de personas ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo en vehículos de propiedad de empresas comerciales o no, que no tengan itinerarios regulares y fijos, salvo se indique lo contrario en el Plan de Beneficios.

P. El uso como pasajero de aviones y/o helicópteros particulares o no, inclusive de las Fuerzas Armadas, por viajes eventuales, salvo se indique lo contrario en el Plan de Beneficios.

Q. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

Adicionalmente está excluido de cobertura:

R. Aparatos y equipos ortopédicos, ortésicos, muletas, cabestrillos, muñequeras, coderas, tobilleras, rodilleras, sillas de ruedas, fajas de cualquier tipo para cualquier parte del cuerpo, prótesis externas de ningún tipo, equipos mecánicos o electrónicos, medias para várices, audífonos, implantes dentales de titanio. No se cubren equipos médicos durables tales como oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas. Asimismo, no se cubre el cuidado por enfermeras y/o técnicas o auxiliares de enfermería, especiales y particulares.

S. Cirugía plástica o estética y tratamiento de cicatrices queloides. Tratamiento de secuelas producto del accidente.

T. 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.

U. Sangre y derivados (plasma, albúmina, paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación), excepto las pruebas de compatibilidad. No están cubiertas las pruebas a los donantes. Están excluidos los equipos de auto transfusión.

V. Los gastos, que según las leyes vigentes, deben ser cubiertos por los seguros obligatorios de ley; en cuyo caso, la cobertura de esta 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.

W. 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 Compañía), jaulas inter somáticas, malla nazca, malla safyre, mapeo cerebral, nucleoplastia, radiofrecuencia bipolar, rapid lock, Transfix, Rigidfix.

X. Los gastos de curación por accidentes que sean realizados por cuenta propia del Asegurado.

**Y. No se cubren los accidentes producidos en el extranjero. Tampoco se cubre ningún tipo de gasto vía reembolso, excepto que la misma cobertura lo autorice.**

**Z. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo.**

**AA. Cualquier tipo de accidente que ocurra debido al incumplimiento de las Normas y Reglamentos de Seguridad establecidos por las autoridades competentes, siempre que dicho incumplimiento sea la causa del siniestro.**

**BB. No se cubre ningún tipo de trasplante de órganos, así esto fuera derivado de un accidente cubierto por la presente Póliza.**

**CC. No se cubren accidentes oftalmológicos ni odontológicos, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.**

**DD. No se cubren segundas y/o terceras opiniones médicas, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.**

**EE. No se cubren gastos de curación ni indemnizaciones productos de un accidente dentro de un medio habitual para el transporte público.**

**FF. No se cubren gastos de curación ni indemnizaciones productos de un accidente como uso de pasajero de aviones y/o helicópteros particulares y/o de las Fuerzas Aéreas y/o FAP (Fuerza Aérea del Perú) FAP, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.**

**GG. No se cubren gastos de curación producto de una intoxicación accidental, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.**

**HH. No se cubren gastos de sepelio, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.**

**II. No se cubren gastos de transporte en ambulancia terrestre, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.**

**JJ. No se cubren gastos por repatriación de restos mortales, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.**

**KK. No se cubren gastos de transporte por evacuación en avión comercial y/o avión ambulancia, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.**

**LL. No se cubren gastos de atención médica de emergencia no accidental, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.**

**MM. No se cubren gastos de traslado de restos mortales, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.**

**NN. No se cubre gastos ni indemnizaciones por muerte accidental, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.**

**OO. No se cubre gastos ni indemnizaciones por invalidez total o parcial o permanente, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.**

**PP. No se cubre cirugía artroscópica.**

#### **ARTÍCULO 13.- CONDICIONES QUE APLICAN A ESTE SEGURO**

- a) El Contratante será el obligado a hacer conocer a la Compañía de la solicitud de ingreso y exclusiones de los Asegurados a la presente Póliza.
- b) La inclusión de Asegurados durante la vigencia de la Póliza será realizada previa evaluación de la Compañía y siempre que se cumpla con el abono de la prima indicada para cada Asegurado que ingrese a la Póliza de Seguro o firme el Convenio de Pago obligándose a pagarla.
- c) Una vez realizada cualquier inclusión de Asegurados, se entenderá que le aplicará el período de carencia descrito en el Artículo N° 9 de las presentes Condiciones Generales.

#### **ARTÍCULO 14.- MODIFICACIÓN DEL RIESGO**

Si en el curso de la vigencia de la Póliza ocurriera cualquier cambio que aumente o agrave sustancialmente el riesgo asegurado, sea por cambio de la profesión u oficio, o por cambios en el estado de salud del **Asegurado**, éste y en caso lo conozca el **Contratante**, deberán comunicarlo en forma escrita a la **Compañía** dentro de los treinta (30) días calendario siguientes de ocurrido dicho cambio, indicando las circunstancias modificatorias, las pueden dar lugar al pago de una sobreprima.

En caso de incumplimiento, la **Compañía** se reserva el derecho de resolver el presente Contrato de Seguro conforme lo establece la cláusula de resolución del presente Condicionado General.

#### **ARTÍCULO 15.- RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

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

- 151 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante y/o Asegurado, sin más requisito que una comunicación a la Compañía, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario, fecha que será considerada para el fin de la vigencia del Contrato de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el Contratante y/o Asegurado empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro.
- 152 Por falta de pago de la prima, en caso la Compañía opte por resolver la Póliza durante la 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 de la Compañía informándole sobre esta decisión.
- 153 Por agravación del riesgo no comunicada por escrito a la Compañía, por el Contratante y/o Asegurado en el plazo establecido en el artículo 14° precedente; la Compañía podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los quince (15) días en que le fue debidamente comunicada por el Contratante y/o Asegurado. Asimismo, para los casos en que el Contratante y/o Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo la Compañía queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i) El Contratante y/o Asegurado incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la Compañía.
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- iv) La Compañía conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, la Compañía 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.

**154** Por la presentación de una solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, sin más requisito que una comunicación al Contratante y/o Asegurado, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario. En caso de incurrirse en la presente causal el Asegurado o sus Beneficiarios o herederos legales pierden el derecho a ser indemnizados.

**155** Si el Contratante y/o Asegurado realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la Póliza, conforme se detalle en el literal i) del artículo 18° de la presente Póliza. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, la Compañía 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 Compañía las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

- A. El Contratante y/o Asegurado en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme la el numeral 15.1 precedente.
- B. La Compañía en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 15.2 al 15.5 precedentes.

En cualquiera de las situaciones anteriores, la parte solicitante de la resolución contractual deberá cursar una comunicación escrita al domicilio de la otra parte, con una anticipación no menor a aquella establecida en las demás Condiciones de la Póliza. Le corresponde a la Compañía la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución, salvo en el supuesto del numeral 15.2, en cuyo caso le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se otorgó cobertura.

Los efectos de la resolución del Contrato de Seguro es que la Compañía no está obligada a otorgar ninguna cobertura o realizar algún gasto derivado de la presente Póliza.

#### **ARTÍCULO 16.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO**

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir, desde el inicio por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo si el Contratante y/o Asegurado:

- 16.1 Hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.
- 16.2 Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para los casos descritos en los numerales 16.1 y 16.2 precedentes, la Compañía dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dichas causales desde que es conocida por ésta.

En caso de nulidad el Contratante y/o Asegurado no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza emitida a su favor. Asimismo, si el Contratante y/o Asegurado hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la Compañía la suma percibida. La Compañía procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses excepto cuando el Contratante o el Asegurado actúen mediante reticencia o declaración inexacta dolosa o por culpa inexcusable, en cuyo caso la Compañía retendrá el monto de las primas pagadas por el primer año de duración del Contrato de Seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante o el Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

#### **ARTÍCULO 17.- TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

El Contrato de Seguro terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones, sin necesidad de aviso previo de cualquiera de las partes (Compañía / Contratante o Asegurado), entre ellas las siguientes:

- 17.1 Al fallecimiento del Asegurado.
- 17.2 Cuando el Asegurado Dependiente pierda su calidad de tal; en este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente respecto de esta persona.
- 17.3 Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada. La cobertura finalizará para aquel Asegurado que no fue incluido en la renovación.
- 17.4 Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.
- 17.5 La exclusión de la totalidad de Asegurados.

En caso se produzca la terminación contractual, por cualquiera de las causales establecidas en el presente Condicionado General, la Compañía tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

#### **ARTÍCULO 18.- RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA**

Si el **Contratante y/o Asegurado** realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la **Compañía** hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, se aplicará lo dispuesto en la cláusula 16° precedente, relativa a la Nulidad.

Si el **Contratante** y/o **Asegurado** realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas, según sea constatada antes o después de producido el siniestro:

- i) **Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computados desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días. Si la revisión es aceptada el reajuste de la prima se paga según lo acordado. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento del Contratante respecto de la revisión de la Póliza, la Compañía podrá resolver la Póliza de Seguro, mediante una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijados en el párrafo precedente. Corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.**
- ii) Si la constatación de la declaración inexacta o reticente no dolosa es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la Póliza, la **Compañía** reducirá la Suma Asegurada a pagar en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. En este sentido, la Suma Asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá Suma Asegurada a pagar.

#### **ARTÍCULO 19.- MONEDA**

Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta Póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas.

No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la Póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada y demás obligaciones, al tipo de cambio oficial correspondiente a la fecha del inicio de la vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación.

#### **ARTÍCULO 20.- TRIBUTOS**

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

#### **ARTÍCULO 21.- DOMICILIO**

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados a los datos de contacto establecidos en la Solicitud de Seguro, a través de los medios previamente acordados y/o autorizados por las partes, inclusive sean físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia.

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



El **Contratante** y el **Asegurado** deberán informar a la **Compañía** la variación de los datos de contacto establecidos en la Solicitud de Seguro, 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.

La carta de nombramiento que el **Contratante** extienda a un Corredor de Seguros, lo faculta para realizar actos administrativos de representación, mas no de disposición sobre los alcances del contrato de seguro.

## **ARTÍCULO 22.- JURISDISCIÓN Y SOLUCION DE CONTROVERSIAS**

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el **Contratante**, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el **Contratante** y/o **Asegurado** puedan presentar su reclamo o denuncia ante la Defensoría del Asegurado, la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, Indecopi, entre otros según corresponda.

## **ARTÍCULO 23.- SUBROGACION**

Desde el momento que la **Compañía** 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 **Compañía** 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 **Compañía** 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 **Compañía**, obligándose en éste caso, sin perjuicio de las responsabilidad antes aludida, a devolver lo pagado por la **Compañía** hasta por el monto recibido del tercero responsable.

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

## **ARTÍCULO 24.- PRESCRIPCION LIBERATORIA**

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

## **ARTÍCULO 25.- PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN CASO DE ACCIDENTE**

El **Asegurado** producido un accidente cubierto por esta Póliza, está en la obligación de presentarse para la atención en la Clínica Afiliada más cercana (relación de proveedores afiliados señalados en el Plan de Beneficios) dentro del plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas y presentar los documentos requeridos para cada cobertura, entre ellos:

**25.1 EMERGENCIA ACCIDENTAL:** Deben presentar lo siguiente:

- Documento Nacional de Identidad (DNI).

En los casos de accidentes producidos por hechos señalados en los puntos iii) y iv) del artículo 9° precedente, el **Asegurado** está en la obligación de presentarse para la atención en la Clínica Afiliada más cercana inmediatamente ocurrido el accidente y hasta en un máximo de veinticuatro (24) horas de producido el accidente.

**25.2 ATENCION HOSPITALARIA:** Para la atención hospitalaria del **Asegurado** producto de un accidente cubierto por esta Póliza, el **Asegurado** se debe presentar en la Clínica Afiliada de la red de proveedores del Plan de Beneficios presentando lo siguiente:

- Documento nacional de Identidad (DNI).
- Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por la **Compañía** o la Clínica Afiliada, la cual el **Asegurado** deber llenar completamente y firmarla.
- Denuncia policial si fuera el caso de accidente de tránsito o producto de un ilícito penal como robo, terrorismo, entre otros.

**25.3 ATENCION AMBULATORIA:** Para la atención ambulatoria del **Asegurado** por continuación de un accidente cubierto por la Póliza, el **Asegurado** se debe presentar en la Clínica Afiliada dentro de la red de proveedores del Plan de Beneficios presentando lo siguiente:

- Documento nacional de Identidad (DNI).
- Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por la **Compañía** o la Clínica Afiliada, la cual el **Asegurado** deber llenar completamente y firmarla.
- Denuncia policial si fuera el caso de accidente de tránsito o producto de un ilícito penal como robo, terrorismo, entre otros.

**Cuando el Asegurado o el Beneficiario, debido a culpa leve, incumplan con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro y de ello resulte un perjuicio para la Compañía, este tiene el derecho de reducir la indemnización hasta la ocurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.**

## **ARTÍCULO 26.- INDEMNIZACIONES A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE**

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones, cualquiera fuera su causa, incluso por Muerte Accidental, Sepelio e Invalidez Permanente Total y/o Parcial por accidente. Por consiguiente, si la Muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente Total y/o Parcial por accidente, la **Compañía** deducirá de la Suma Asegurada a pagar por Muerte Accidental y Sepelio, la indemnización ya anteriormente pagada por Invalidez Permanente Total y/o Parcial por accidente.

## **ARTÍCULO 27.- INDEMNIZACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES SUCESIVOS**

Si el **Asegurado** sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones no podrán exceder en conjunto del 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada por este concepto por cada vigencia. El mismo criterio se aplica para los gastos de curación producto de un accidente cubierto por la Póliza, siendo que, la cobertura de gastos de curación y las de indemnizaciones son independientes.

En la renovación contractual, la Suma Asegurada por indemnización y por gastos de curación se renovará al 100% del monto establecido en el Plan de Beneficios, pero sólo para nuevos eventos durante la nueva vigencia.

## **ARTÍCULO 28.- OTROS SEGUROS**

En caso el **Contratante** y/o **Asegurado** contara con otro u otros convenios o seguros de la misma naturaleza que éste y que cubran las mismas contingencias a que se refiere esta cobertura y respecto a los mismos asegurados, las indemnizaciones y prestaciones correspondientes se liquidarán como si existiera un solo producto, con los límites de indemnización previstas, debiendo las diversas Compañías de Seguros concurrir al financiamiento de las indemnizaciones y prestaciones que correspondan en forma proporcional a las sumas cubiertas por cada una de ellas.

En caso de ocurrir un accidente de tránsito cubierto por la Póliza, el **Contratante** y/o **Asegurado** declaran conocer que priman los seguros obligatorios sobre este seguro, por lo tanto los gastos de curación y gastos de sepelio serán pagados por el seguro obligatorio, cubriendo el presente Seguro sólo el exceso de la Suma Asegurada del seguro obligatorio.

## **ARTÍCULO 29.- INVESTIGACION Y REVISIÓN DE LOS RECLAMOS**

La **Compañía** podrá hacer revisar al **Asegurado** por médicos designados por ella durante el internamiento o atención médica de dicho **Asegurado** en el Centro de Salud, en su domicilio particular o citarlos al consultorio de dichos médicos para comprobar la procedencia del pedido de beneficios. Asimismo, podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido al **Asegurado**.

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

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 que se inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

## **ARTÍCULO 30.- RECLAMACION FRAUDULENTE**

El **Contratante** y/o **Asegurado** perderá el derecho a que se le otorgue la cobertura, quedando la **Compañía** relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación emplean, con o sin su conocimiento, medios o documentos falsos y/o adulterados, para sustentar una solicitud de cobertura o para obtener, ya sea para sí o para terceros beneficios o coberturas del seguro otorgados por la presente Póliza.

En caso la **Compañía**, actuando de buena fe, atiende un siniestro que posteriormente se determine que ha sido fraudulento, el **Contratante** y el **Asegurado** estarán obligados a devolver el íntegro de lo indebidamente pagado conjuntamente con los intereses moratorios y/o compensatorios a las tasas de interés máximas permitidas por

ley, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios, más los gastos que correspondan.

#### **ARTÍCULO 31.- INFORMACION MÉDICA E HISTORIA CLÍNICA**

El **Asegurado** se compromete a facilitar a la **Compañía** 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 de atención médica, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la **Compañía**.

La **Compañía**, bajo su cuenta y costo, tiene derecho a que el **Asegurado** sea examinado por los médicos designados por ella, para comprobar la procedencia de cualquier siniestro o solicitud de cobertura.

#### **ARTÍCULO 32.- PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR CONSULTAS Y RECLAMOS**

En caso de consultas o reclamos puede escribirnos a: [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe), contactarnos vía telefónica al 411-3000 o a nuestra “Central de Asistencias y Emergencias”: 411-1111 en Lima y 0800-41-111 en Provincia o a través de nuestra Página Web: [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe), también nos podrá ubicar en nuestras oficinas:

Av. Paseo de la República N° 3082, San Isidro, Lima.

Av. Comandante Espinar 689, Miraflores, Lima.

Av. Paseo de la República 3505, San Isidro, Lima.

#### **ARTÍCULO 33.- DEFENSORIA DEL ASEGURADO**

En caso de que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no esté de acuerdo con la atención de su siniestro y siempre que éste no exceda de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica), podrá recurrir a la Defensoría del Asegurado. Página Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe) Telefax: 446-9158, Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima.

#### **ARTÍCULO 34.- DEBERES DEL ASEGURADO**

Todo **Contratante** y/o **Asegurado** tiene el deber de:

1. Velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud y las personas a su cargo.
2. Ninguna persona puede actuar o ayudar en prácticas que signifiquen peligro, menoscabo o daño para la salud de terceros.
3. Es obligación de toda persona cumplir con las normas de seguridad que establecen las disposiciones pertinentes.

#### **ARTÍCULO 35.- DEFINICIONES**

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras listadas a continuación, es el siguiente:

**ACCIDENTE:** Se considera como tal a la lesión corporal que sufra el **Asegurado**, ocasionado por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y

ajena a su voluntad. 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 que tiene derecho a las coberturas del seguro. Dentro de esta denominación se incluye a sus **Dependientes** siempre que se encuentren identificados como tales en las Condiciones Particulares.

**BENEFICIARIO:** Persona natural designada en la Póliza por el **Asegurado** como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establece.

**BENEFICIO MAXIMO POR EVENTO:** Importe límite que la ASEGURADORA asumirá por cada accidente del ASEGURADO. Todos los gastos pagados por un mismo accidente disminuyen el Beneficio Máximo por Evento y por Asegurado. El monto del beneficio máximo por evento se detalla en el Plan de Beneficios, este importe incluye el Impuesto General a la Ventas. Al agotarse el Beneficio Máximo por Evento (accidente), este se reactiva para otro accidente que pueda suceder en el futuro.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Estipulaciones del Contrato de Seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura como monto de suma asegurada o importe de la prima. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo.

**CONTRATANTE:** Es el tomador de la póliza. Persona que celebra con la **Compañía** el Contrato de Seguro. Su personalidad puede o no coincidir con la del **Asegurado**. El **Contratante** es el obligado al pago de la prima y quien puede solicitar enmiendas a la Póliza.

**COPAGO:** Es el porcentaje de los gastos cubiertos que le corresponden pagar al **Asegurado** directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado a la red de la **Compañía** en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos. Los conceptos en los cuales se aplican Copagos se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Deducibles y Copagos.

**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 al **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".

**CREDITO:** Es todo consumo realizado en los centros médicos por medio del seguro contratado, el cual puede implicar el pago de un deducible o copago para dicha atención, según lo indique el Plan de Beneficios, dichos pagos no son reembolsados posteriormente ya que son asumidos de forma obligatoria por el **Asegurado**.

**CULPA INEXCUSABLE:** Incurre en culpa inexcusable quien por negligencia grave no ejecuta la obligación.

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD:** Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el **Asegurado**, respecto de su estado de salud y del estado de salud de sus Dependientes.

La Declaración de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por la **Compañía**, pudiendo encontrarse como parte de la Solicitud de Seguro.

**DEDUCIBLE:** Monto fijo que el Asegurado debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado de la red de la Aseguradora en el momento en que

se le brindan los servicios cubiertos. Los conceptos en los cuales se aplican Deducibles se especifican en las Condiciones Particulares. Una misma atención puede estar afectada a Copagos y Deducibles.

**DÍAS:** Cuando se establezca la mención a días, éstos deben considerarse días calendarios, excepto que se establezca lo contrario.

**DOLO:** Procede con dolo quien deliberadamente no ejecuta la obligación.

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

**ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Personal de Salud – DPS.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

La **Compañía** puede solicitar informes médicos adicionales o informes al médico tratante o pueda hacer evaluar a los Solicitantes del Seguro o **Asegurados** por facultativos designados por ella, con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad. Las enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, incluso después de haber recibido algún tratamiento, son consideradas como no resueltas.

Sin perjuicio del anterior detalle, toda enfermedad resuelta o no, tendrá que pasar un proceso de suscripción con intervención del área médica de la **Compañía** a efectos de su evaluación.

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no considerará como Enfermedad Preexistente, aquella que se haya generado o por la que el **Asegurado** haya recibido cobertura durante la vigencia de un Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una Póliza de Seguro de Asistencia Médica diferente, sea individual o grupal, aunque siempre de una Compañía de Seguros debidamente registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establece la Ley N° 26702; siempre y cuando:

- i El **Contratante** y/o **Asegurado** solicite la contratación de la presente Póliza en el plazo de ciento veinte (120) días calendario contados a partir del término del Contrato de Seguros que cubrió el período inmediatamente anterior;
- ii Que haya declarado sus preexistencias a la **Compañía** en forma previa; y,
- iii Que el **Contratante** y/o **Asegurado** haya aceptado la prima en atención a las enfermedades preexistentes que serán cubiertas.

Si la Enfermedad Preexistente de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de origen, tuvo como cobertura principal una de indemnización, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes respecto de aquella cobertura indemnizatoria, independientemente si el **Asegurado** utilizó o no la Suma Asegurada de la cobertura indemnizatoria de la Póliza de origen. Pero esa misma Enfermedad Preexistente si tendría continuidad de cobertura para las demás coberturas del seguro (siempre que tampoco sean indemnizatorias), previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el párrafo precedente.

**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.

**EMERGENCIA MÉDICA:** Aparición repentina de una alteración en la salud del **Asegurado**, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro la vida del **Asegurado**, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos por lo que requiere de atención médica inmediata.

**EMPRESA COMERCIAL DE TRANSPORTE:** Persona jurídica autorizada por la Autoridad Competente para prestar servicio permanente de transporte de personas y/o carga, en itinerarios fijos y regulares.

**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.

**HONORARIOS MÉDICOS:** Se entienden como honorarios médicos, exclusivamente, los que devengan de profesionales médicos de diferentes especialidades debidamente reconocidas y acreditadas por facultades de medicina y por el Colegio Médico del Perú o sus similares en el extranjero, quedando excluidos de cobertura la facturación directa de honorarios de otros profesionales.

**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:** Documento en el que consta el Contrato de Seguro, conformado por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales y Cláusulas Adicionales si las hubieren, Endosos, Anexos, cuestionarios médicos y los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el **Contratante** y/o **Asegurado**, con ocasión de la contratación del seguro.

**PRIMA:** Valor determinado por la **Compañía** como precio del seguro. Debe ser pagado en la forma y con la periodicidad establecida en las Condiciones Particulares o en el Convenio de Pago que forma parte de la Póliza, a efectos de mantener vigente el contrato de seguro, así como las coberturas contempladas en él.

**REEMBOLSO:** Es cuando el **Asegurado** solicita que la **Compañía** por medio del plan contratado, devuelva los gastos que hubiera podido ocasionar una atención por accidente y estos fueron pagados de forma particular.

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

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

**SOLICITUD DE COBERTURA:** Pedido de la cobertura contenida en la Póliza que es efectuado ante la **Compañía** por la ocurrencia de un siniestro.

**SOLICITUD DE SEGURO:** Documento o medio escrito o de cualquier otra naturaleza, que es suministrado por **Compañía**, a través del cual se permita comprobar que existe la aceptación del **Asegurado** a contratar el seguro. En la Solicitud de Seguro se identifica entre otros al **Asegurado**, se define el tipo de seguro así como la prima y contiene la Declaración Personal de Salud de los potenciales **Asegurados**, como mínimo.

**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.

**PARCIPACION DIRECTA:** Acción y efecto la cual implica la forma de hacer, estar, compartir, involucrar, dar, recibir, referir, derivar, con o sin conocimiento de causa de un hecho que afecte a la o las personas involucradas.

**PARTICIPACION INDIRECTA:** Implica la forma de acción y efecto de saber, ocultar, omitir, encubrir, callar, tapar, excusar, disfrazar el hecho o la acción, el acto con o sin conocimiento de causa de un hecho que afecte a la o las personas involucradas.



## CLÁUSULA ADICIONAL

### TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN AMBULANCIA TERRESTRE

La siguiente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura sólo será otorgada previa autorización y coordinación con la **Compañía** para aquellas evacuaciones terrestres que sean estrictamente necesarias para preservar la vida del **Asegurado**, debido a un accidente ocurrido en lugares donde no se cuente con la infraestructura médica necesaria para brindar la atención médica requerida.

Esta cobertura sólo se otorga al momento de ocurrido el accidente y no están incluidas las evacuaciones programadas, por continuaciones de tratamiento o cuando no está en riesgo la vida del **Asegurado**.

Esta cobertura sólo será otorgada si el **Asegurado** comunica el accidente a la **Compañía** dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el mismo.

La derivación de unidades estará sujeta a disponibilidad de servicio de nuestros proveedores.

Los límites de traslado son los siguientes:

- Por el Norte: Hasta el km 21 Panamericana Norte.
- Por el Sur: Hasta Villa El Salvador (se incluye dicho distrito).
- Por el Este: Hasta la Municipalidad de Ate Vitarte.
- Por el Oeste: Hasta La Punta – Callao (se incluye dicho distrito).

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Plan de Beneficios, bajo los límites, condiciones detalladas en el Plan de Beneficios.

En caso dicha Cláusula Adicional no se encuentre en el Plan de Beneficios no serán aplicables y por lo tanto el **Asegurado** no podrá gozar de dicha cobertura.

Para el reconocimiento de esta cobertura rigen las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la presente Póliza.