

# **SEGURO INDEMNIZATORIO DE ENFERMEDADES GRAVES ONCOLÓGICO - SOLES**

## **Condiciones Generales - SEGURO INDEMNIZATORIO DE ENFERMEDADES GRAVES ONCOLÓGICO - SOLES**

CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506410272

ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

1. DEFINICIONES.
2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA.
3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO.
4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO
5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACION AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA.
6. CAUSALES DE TÉRMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
7. RESOLUCION CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA).
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.
9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA.
10. PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO.
11. REHABILITACION DE LA COBERTURA.
12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA.
13. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO.
14. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS.
15. DEFENSORIA DEL ASEGURADO.
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. PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN.
22. PERIODOS DE CARENCIA.
23. COBERTURAS.
24. EXCLUSIONES.
25. AVISO DE ENFERMEDAD - SINIESTRO
26. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

## INTRODUCCION

La ASEGURADORA se compromete a proteger al ASEGURADO contra los riesgos que se especifican en la presente Póliza, siempre que la información proporcionada por el CONTRATANTE o ASEGURADO sea verdadera.

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.

## CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

### ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES:

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

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Registro de las relaciones entre los miembros de una familia hasta el segundo grado de consanguinidad (abuelos, padres y hermanos) junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia y son evaluados al momento de la suscripción cuando se evalúa la solicitud de seguro y declaración personal de salud; salvo que el presente producto se comercialice como un producto masivo, en cuyo caso no existe suscripción, y el llenado de la Declaración Personal es autoeliminativa. También se llama antecedentes médicos familiares.

**ASEGURADO:** Persona natural cuya salud se asegura en la presente Póliza, puede ser también el CONTRATANTE del Seguro.

**ASEGURADORA:** Rímac Seguros y Reaseguros.

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

**BUENA SALUD:** No adolecer de enfermedad preexistente.

**CIE-10:** Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. La revisión es coordinada con la Organización Mundial de la Salud a través de los centros colaboradores. La relación de diagnósticos CIE-10 se encuentra publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

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

**CONTRATANTE:** Persona natural o jurídica que toma el seguro y se obliga al pago de la prima. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de ASEGURADO. El CONTRATANTE es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

**CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas para regir los contratos perteneciente a un mismo ramo o modalidad de seguro. .

**CONDICIONES PARTICULARES:** Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del ASEGURADO y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo.

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

**CONVENIO DE PAGOS O CRONOGRAMA DE PAGO:** Documento en el que consta el compromiso por parte del CONTRATANTE de pagar la prima en la forma y plazos pactados con la ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular.

**CORREDOR DE SEGUROS:** Es la persona que maneja la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Entre sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza de Seguros, entre otros. También se les conoce como "Broker" o "Agente de seguros".

**CULPA INEXCUSABLE:** Incumplimiento no intencional de lo que se debe o de lo que se estaba obligado a hacer. Es actuar con negligencia grave, con descuido, con imprudencia o por olvido injustificado; desconocer algo de lo que se estaba obligado a conocer o saber y que se debía declarar. Es la culpa injustificada o inaceptable de no declarar según las circunstancias del caso, de la persona o del lugar.

**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 y del estado de salud de sus DEPENDIENTES. La Declaración Personal de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por la ASEGURADORA, pudiendo encontrarse como parte de la Solicitud de Seguro.

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

**DOLO:** Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar.

**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.

**ESTUDIOS CLÍNICOS:** Son investigaciones realizadas en personas para determinar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz, en comparación con otros tratamientos ya conocidos y ampliamente utilizados. Es el mejor tipo de investigación que se puede realizar para determinar las ventajas de un nuevo tratamiento en comparación con otro de efectividad ya conocida. La participación en estos estudios es voluntaria y necesita de la aprobación de un comité de ética para su realización.

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

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

**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.

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).

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

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

**GUÍAS CLÍNICAS:** Conjunto de instrucciones, afirmaciones o recomendaciones cuyo propósito es ayudar a médicos y pacientes a tomar decisiones sobre las distintas alternativas terapéuticas para una enfermedad o dolencia específica. Son desarrolladas por colegios de especialistas (por ejemplo el Colegio Americano de Cardiología) u organizaciones dedicadas al desarrollo de las buenas prácticas médicas (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica), siguiendo los principios de la medicina basada en evidencias.

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

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

**MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:** Es el uso juicioso y prudente de la mejor evidencia médica disponible para tomar decisiones que conciernen al cuidado de los pacientes. La evidencia médica se refiere a los resultados de los estudios clínicos realizados a nivel nacional e internacional, cuyas conclusiones y recomendaciones son aplicables al paciente. La práctica de la medicina basada en evidencias se está convirtiendo en el estándar internacional para la práctica de la medicina.

**NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN):** Es una organización internacional sin fines de lucro dedicada a incrementar la calidad y efectividad del cuidado brindado a los pacientes con cáncer. Se encarga de elaborar recomendaciones y guías de manejo que proporcionan valiosa información a los médicos para la toma de decisiones concernientes a la salud del paciente (<http://www.nccn.org>).

**NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI):** El NCI, que forma parte de los Institutos Nacionales de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América (National Institutes of Health of the United States Department of Health and Human Services) es el organismo principal del Gobierno Federal para la investigación del cáncer. El NCI conduce, coordina y financia la investigación en cáncer, la capacitación, la diseminación de información de salud y otros programas relacionados con la causa, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de cáncer. Se puede visitar el portal de Internet del NCI en <http://www.cancer.gov>. También se llama Instituto Nacional del Cáncer.

**NIVEL DE EVIDENCIA II A:** Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos estudios se les denomina NIVELES DE EVIDENCIA, y van en una escala del I (mejor diseño, con conclusiones sólidas) al IV (pobre diseño, sus conclusiones carecen de solidez). El nivel de evidencia "II A", según la clasificación de la "Agency for Healthcare Research and Quality" (institución internacional que vela por la adecuada atención médica), se define como: las conclusiones brindadas proceden de un estudio comparativo, prospectivo, pero sin aleatorizar. Esto significa que el estudio realizado comparó por ejemplo una nueva terapia contra un tratamiento estándar, pero la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones. Por esto el nivel de evidencia "II A" es tomado como límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.

**PÓLIZA DE SEGURO:** Es el documento emitido por LA ASEGURADORA en el que consta el contrato de seguro. Forman parte integrante de la Póliza: los endosos; las condiciones especiales si las hubiere entre las que se encuentran las cláusulas adicionales de haberlas; las condiciones particulares; las condiciones generales; la solicitud de seguro; el resumen; sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda. Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales.

**PRIMA O PRIMA COMERCIAL:** Es el precio del Seguro determinado por la ASEGURADORA, la cual debe ser pagada bajo la forma y plazo establecida en la Póliza. Este precio incluye la Prima Pura de Riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de

agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros y el beneficio comercial de la ASEGURADORA. No incluye IGV.

**PRIMA NETA:** Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el Seguro, más los cargos de evaluación, administración, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro)

**PRIMA PURA DE RIESGO:** Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el Seguro.

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

**RETICENCIA:** Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.

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

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

**SISTEMAS DE COMERCIALIZACIÓN A DISTANCIA:** Sistemas de telefonía, internet u otros similares que le permiten a la ASEGURADORA por su cuenta o a través de entidades financieras, acceder a los potenciales ASEGURADOS, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos, en tanto el marco regulatorio lo permita.

**SOLICITUD DE SEGURO:** Constancia de la voluntad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, de contratar el Seguro y que puede contener la Declaración Personal en Salud. En caso que este producto se comercialice a través de Sistemas de Comercialización a Distancia como internet, teléfono, etc. la Solicitud de Seguro es autoeliminativa.

**SUMA ASEGURADA:** Importe dinerario máximo que la ASEGURADORA deberá asumir por cada una de las coberturas que formen parte de la presente Póliza.

**TABAQUISMO:** El tabaquismo es la adicción a los productos del tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares.

**TASA DE COSTO EFECTIVO ANUAL (TCEA):** Tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el CONTRATANTE, con el monto por concepto de Prima Comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días.

**TERAPIA EXPERIMENTAL EN CÁNCER Y CLINICAL TRIALS (ESTUDIOS CLÍNICOS):** El tratamiento del cáncer es una de las áreas de la medicina sobre la cual se realizan múltiples investigaciones a un ritmo muy elevado, en busca de un tratamiento efectivo. Muchas de estos tratamientos no llegan a ser debidamente estudiados, debido

a la premura con la que deben ser administrados, por lo que no se tiene certeza sobre su efectividad. Estos tratamientos entonces son considerados terapias experimentales. En estos casos la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) fija recomendaciones para uso en base a los estudios clínicos (clinical trials) disponibles.

**TERAPIA MÉDICA EXPERIMENTAL:** Es todo aquel tratamiento, medicación, droga, dispositivo, procedimiento o servicio relacionado a un diagnóstico o condición particular cuando uno de las siguientes características existe:

a) La terapia para la condición médica particular, no es garantizada o aprobada por la FDA.

b) La terapia no ha sido reconocida como una práctica médica aceptable mundialmente bajo el parámetro de Medicina Basada en Evidencia de acuerdo a los parámetros de la Agency for health care, Research and Quality de los EEUU (niveles de Evidencia I y "II A").

c) La terapia está sujeta a:

- Protocolo de investigación escrito.
- Consentimiento escrito o protocolo de investigación usado por la facilidad médica tratante en la cual se hace referencia a que la terapia se encuentra en etapa de investigación, o indica que el resultado de la terapia es incierto, o que presenta un riesgo inusual o incierto.
- Ensayos clínicos en fase I o II de investigación, o si la terapia es el brazo experimental de un ensayo clínico fase III, de acuerdo a lo estipulado por la FDA y el departamento de Servicios humanos y de salud (HHS).

**TRASPLANTE:** El trasplante de un órgano sólido, tejido o de células stem hematopoyéticas de humano a humano, es el servicio médico a través del cual se realiza la remoción, preservación, transporte y recepción de éstos, y está sujeto a todos los términos condiciones, limitaciones, exclusiones establecidos por la Póliza de Seguro.

#### ARTÍCULO 2°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

La ASEGURADORA se compromete a pagar al ASEGURADO o Beneficiarios de ser el caso, una indemnización por diagnóstico o condición establecidos, hasta el límite de la Suma Asegurada que figura en las Condiciones Particulares con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales y en los Endosos y Anexos que, en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro. En ningún caso se otorgará cobertura de un beneficio que no figure en las Condiciones Particulares.

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

3.1. El CONTRATANTE se compromete a pagar la prima.

3.2. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente y de forma exacta la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA. En la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO completará una Declaración Personal de Salud autoeliminativa, conforme a los términos descritos en dicho formato.

3.3. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a brindar a La ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso corresponda, así como en cualquier otro

documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de LA ASEGURADORA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.

3.4. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.

3.5. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente Contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.

3.6. El ASEGURADO se compromete a facilitar a LA ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la 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.

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

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

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

**En caso el CONTRATANTE hayan 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 ASEGURADORA modifique las primas, sobre la base de cálculos actuariales, estadísticos y valoradas individualmente.**

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

**A. Solicitud de Modificación de la Póliza: El ASEGURADO y/o 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 ASEGURADO y/o CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso que, la ASEGURADORA no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el CONTRATANTE tiene el derecho de resolver el Contrato de Seguro.

**B. Observación de Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza:** Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta y/u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE, si no reclama dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la Póliza.

No obstante, la aceptación indicada en el párrafo precedente, se presume solo cuando la ASEGURADORA haya advertido al CONTRATANTE en forma detallada, mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por la ASEGURADORA, se tendrán las diferencias como no escritas, excepto cuando estas sean favorables para el ASEGURADO.

Para producir efectos antes de los treinta (30) días, la aceptación de las diferencias por parte del CONTRATANTE deberá ser expresa.

Cuando existan diferencias entre los términos y condiciones del seguro ofrecidas mediante sistemas de publicidad y el contenido de la Póliza, relativas al mismo Seguro, prevalecen las condiciones más favorables para el ASEGURADO.

**C. Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:** La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

En este supuesto, y siempre que el CONTRATANTE sea una persona distinta al ASEGURADO, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento del(os) ASEGURADO(S), las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

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

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

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

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

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

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

- 6.1. Al fallecimiento del ASEGURADO TITULAR.
- 6.2. Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- 6.3. Si el interés ASEGURADO desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.
- 6.4. Después del pago de la indemnización del primer evento de la condición o diagnóstico de enfermedad grave, en caso que la cobertura de dicha condición o diagnóstico sea la única vigente.

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

#### ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACION ANTICIPADA DE LA PÓLIZA)

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:

7.1. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.2. Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación 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. Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada de manera escrita a la ASEGURADORA en un plazo de quince (15) días de conocida

su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el contrato, podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra prima o de modificar las condiciones contractuales.

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

Asimismo, para los casos en que el 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 y/o ASEGURADO incurren 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 Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
- iv) La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, la ASEGURADORA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización, la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al CONTRATANTE, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

**7.4. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas:**

**7.4.1 LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el ASEGURADO TITULAR presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.**

**7.4.2 LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el ASEGURADO DEPENDIENTE (en caso de haberlo) presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.**

Para que opere la resolución indicada en los numerales 7.4.1 y 7.4.2, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita 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.

**7.5 Si el Contratante y/o Asegurado realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La Aseguradora presentará al Contratante una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la póliza. La propuesta de revisión deberá ser presentada al CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE tiene un plazo de diez (10 ) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La Aseguradora podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el Contratante de respuesta a la revisión propuesta.**

**La resolución del contrato se producirá luego de recibida la comunicación con la decisión de la ASEGURADORA, correspondiéndole a ésta la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.**

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

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

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

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

**En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por EL CONTRATANTE, éste deberá presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE haya presentado la solicitud. Para los efectos del reembolso de prima, en caso corresponda, no aplicará penalidades u otro cobro de naturaleza similar.**

**ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:**

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

El Contrato de Seguro será nulo :

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

Para el caso descrito en el numeral 8.3. precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro. El pronunciamiento deberá ser notificado por medio 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), excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.

ARTICULO 9°.- RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

9.1. Si el CONTRATANTE y/ o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

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

- (i) Constatación ANTES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá

un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso la propuesta sea aceptada el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato por razón de la reticencia y/o declaración inexacta, ya sea el reajuste de primas y/o coberturas o la resolución del contrato.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del CONTRATANTE, la ASEGURADORA podrá resolver la Póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

(ii) Constatación DESPUES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA reducirá la indemnización a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá indemnización a pagar.

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

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

**10.2. La prima es debida por el CONTRATANTE a la ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el Beneficiario.**

**10.3. El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.**

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

**10.5. La ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o Beneficiario en caso de siniestro.**

**10.6. Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la ASEGURADORA**

provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.

10.7. Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago y supletoriamente aplica lo siguiente:

- 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.

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

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

10.10. La primas podrán ser objeto de ajuste por actualización en razón de la evolución de la tendencia del mercado nacional e internacional, el índice de inflación, cambios en beneficios, siniestralidad pasada y esperada, las tablas de mortalidad y morbilidad, edad, siendo que, aquellos ajustes por actualizaciones se realizarán en las renovaciones y/o en la forma definida para tales efectos en la presente Póliza de Seguro.

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

10.12. EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

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

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de manera cierta que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo, indicará el plazo del que dispone para pagar la prima antes que se produzca la suspensión de la cobertura.

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

La ASEGURADORA no es responsable por los Sinistros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

(ii) RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA: La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

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

#### ARTÍCULO 11°.- REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA:

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro y el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido, los intereses moratorios respectivos y gastos debidamente justificados que origine la rehabilitación. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

#### ARTÍCULO 12°.- SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTE:

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

12.1. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.

12.2. Si en cualquier tiempo el ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.



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

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

#### **ARTÍCULO 13°.- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:**

**En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho(s) canal(es) de comercialización, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado, dentro de los 30 días calendarios siguientes a la fecha de efectuada la resolución.**

**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 14°.- 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:

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

14.2 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.

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

#### **ARTÍCULO 15°.- DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:**

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) Beneficiario(s), tienen el derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307 Piso 9, San Isidro, Lima, Teléfono 01-421-0614, y página web [www.defaseg.com.pe](http://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.

#### ARTÍCULO 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.

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, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho(s) canal(es) de comercialización, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del Seguro o cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

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

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

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

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

**Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del ASEGURADO; su denuncia, consulta o reclamo, según corresponda, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y**

de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

#### **ARTÍCULO 18°.- PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA**

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

#### **ARTÍCULO 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**

##### **ARTÍCULO 20°.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:**

20.1 Se denomina ASEGURADO TITULAR a la persona incorporada como tal en esta Póliza desde los dieciocho (18) años de edad siempre y cuando no haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad y cumpla con los demás requisitos de asegurabilidad contenidos en la Declaración Personal de Salud, en caso corresponda su aplicación.

20.2 Se denomina ASEGURADO DEPENDIENTE:

a) Al cónyuge o concubino del ASEGURADO TITULAR siempre y cuando no haya cumplido los sesenta y cinco (65) años al momento de su inscripción.

20.3 Las limitaciones de edad, tanto para el ASEGURADO TITULAR como para su cónyuge o concubino sólo serán de aplicación en el momento de la inscripción, no existiendo limitación alguna de edad para la permanencia en la Póliza.

20.4 Cuando el ASEGURADO DEPENDIENTE pierda su calidad de tal, los beneficios del seguro terminan únicamente respecto de dicha persona.

##### **ARTÍCULO 21°.- PERIODO DE INSCRIPCIÓN, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN:**

21.1 Los ASEGURADOS, TITULAR y DEPENDIENTES, podrán inscribirse bajo esta Póliza, siempre que no hubieren excedido la edad límite fijada al momento de su inscripción y hubieren cumplido con los requisitos de afiliación correspondientes, siendo obligatorio el llenado completo y exacto de la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA. En caso que esta Póliza de Seguro se comercialice a través de los Sistemas de Comercialización a Distancia, corresponderá el llenado de una Declaración Personal de Salud autoeliminativa, bajo los términos descritos en dicho formato.

21.2 El CONTRATANTE se obliga a informar a la ASEGURADORA la solicitud de seguro de Asegurados Dependientes respecto de todas aquellas personas que deseen ser incorporadas en la presente Póliza, acompañando en todos los casos la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente

llenados por el ASEGURADO DEPENDIENTE, en caso corresponda. De igual forma comunicará a la ASEGURADORA respecto a los ASEGURADOS DEPENDIENTES que deben ser excluidos.

21.3 Los nuevos ASEGURADOS DEPENDIENTES que se inscriban después de entrar en vigencia el Contrato de Seguro, quedarán ASEGURADOS a partir de la fecha establecida en el Endoso previa aceptación de la ASEGURADORA. La Solicitud de Seguro de Asegurados Dependientes deberá ser acompañada de la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente llenados por el ASEGURADO DEPENDIENTE, según corresponda.

21.4 Las exclusiones de los ASEGURADOS DEPENDIENTES surgirán efectos a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de aquella solicitud y bajo ningún concepto se realizarán en forma retroactiva.

21.5 En los casos en que se retire y/o excluya a un ASEGURADO DEPENDIENTE, se puede solicitar su nueva inscripción quedando ASEGURADO a partir de la fecha establecida en el Endoso correspondiente, sujeto a previa aceptación de la ASEGURADORA que se evidenciará con la emisión de dicho Endoso.

Para todos los tipos de inscripción mencionados en este artículo, será de aplicación los Periodos de Carencia y estipulados en la presente Póliza.

**ARTICULO 22°.- PERIODOS DE CARENCIA:**  
**PERIODO DE CARENCIA:** Es el período inicial durante el cual, las enfermedades que le ocurran o que le sean diagnosticadas al ASEGURADO no serán cubiertas 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 siguiente Período de Carencia:**

**A. Para las coberturas de la presente Póliza aplica un periodo de carencia de noventa (90) días calendarios, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO, sea TITULAR o DEPENDIENTE, según corresponda.**

**ARTÍCULO 23°.- COBERTURAS:**

La cobertura amparada por la presente Póliza es el diagnóstico de Cáncer, según el beneficio contratado por el ASEGURADO y en relación al periodo de carencia descrito en el artículo 22; considerando además las exclusiones relacionadas indicadas en el artículo 24° inciso i.

La ASEGURADORA será únicamente responsable por los siniestros incurridos durante la vigencia de la Póliza.

Para el propósito de la cobertura principal de esta póliza, el Cáncer significa la presencia de un tumor maligno que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal.

**Debe considerarse necesario un esquema de intervención mayor o cirugía mayor o haberse iniciado tratamiento paliativo. El Cáncer debe diagnosticarse inequívocamente con la confirmación histopatológica.**

Esta cobertura considera los estándares médicos internacionales comprendidos dentro de las recomendaciones de la National Cancer Comprehensive Network (NCCN) o por el National Cancer Institute (NCI).

En caso de diagnosticarse cáncer por primera vez durante la vigencia de la póliza, y en tanto haya transcurrido el período de carencia, el ASEGURADO recibirá la suma asegurada contratada al 100%, de conformidad con las definiciones y exclusiones incluidas más adelante (solo se pagará la primera ocurrencia de Cáncer).

#### **ARTÍCULO 24°.- EXCLUSIONES:**

- a) Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio del presente seguro.
- b) Enfermedades que se hayan diagnosticado o detectado antes o durante el periodo de carencia o no cobertura definido en el artículo 22°.
- c) Cirugía estética o plástica o reconstructiva.
- d) Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio militar, así como los que resulten de la participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo
- e) Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.
- f) Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales
- g) Diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones legalmente no establecidas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud.
- h) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- i) Se excluyen los siguientes tumores:
  - Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.
  - Tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3) o aquellos que son descritos histológicamente como pre-malignos.
  - Micro-carcinoma papilar de la tiroides.
  - Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrita como TaN0M0 o con una clasificación menor.
  - Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI ó Estadio A-1 de Binet -I.

#### **ARTÍCULO 25°.- AVISO DE ENFERMEDAD - SINIESTRO**

El ASEGURADO o BENEFICIARIO o HEREDERO deberá dar aviso del siniestro (diagnóstico Anátomo Patológico), por escrito a la ASEGURADORA. El plazo para dar aviso de siniestro se computa de la siguiente manera:

- a) ciento veinte (120) días calendario después de la fecha de ocurrencia del siniestro;
- b) siete (7) días calendario desde que BENEFICIARIO o HEREDERO conoce el beneficio.

Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa o debida a culpa inexcusable; salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, para el caso en que la demora se deba a culpa inexcusable. Asimismo, en caso la ASEGURADORA sufra un perjuicio debido a que el ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDEROS, según corresponda, incumpla, por culpa leve, con la obligación de dar aviso a la ASEGURADORA dentro de los plazos señalados, esta podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización

#### **ARTÍCULO 26°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:**

Sin perjuicio de lo estipulado en el Artículo 25°, a efectos de solicitar el pago de la Indemnización el ASEGURADO deberá presentar lo siguiente, en su totalidad:

1. Presentar copia fedateada y foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados que sustenten el diagnóstico o condición cubierta por la Póliza. La evidencia sobre la ocurrencia de cualquier evento ASEGURADO cubierto por esta Póliza debe ser sustentada por:

- Médico especialista debidamente registrado en Perú, sin que éste sea el CONTRATANTE de la Póliza, el mismo ASEGURADO o cónyuge o conviviente o pariente hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
- Investigaciones confirmatorias, así como evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

2. Fotocopia del Documento de Identidad del ASEGURADO.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO posterior al periodo de carencia y antes de la liquidación del siniestro, los Beneficiarios establecidos en el Condicionado Particular, deberán presentar los mismos documentos anteriores, además de lo siguiente:

- a) Original o Copia Certificada de la Partida de Defunción expedida por RENIEC.
- b) Copia de los Documentos Nacionales de Identidad de los Beneficiarios. Si fueran extranjeros el Carné de Extranjería o en su defecto el Pasaporte.
- c) En caso que el ASEGURADO no haya designado Beneficiarios, serán los herederos legales, quienes presentarán además de los requisitos anteriores, la inscripción definitiva de la Declaratoria de Herederos, ya sea por Sucesión Intestada o por Testamento.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses.

Los Centros Médicos que emitan pronunciamiento de acuerdo a los requisitos anteriores, deben ser legalmente reconocidos.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación listada en la Póliza para la Solicitud de Cobertura, la ASEGURADORA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

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

El ASEGURADO deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la ASEGURADORA solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico. El ASEGURADO se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la ASEGURADORA, incluyendo las de HIV/SIDA y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la ASEGURADORA, incluyendo la referida al HIV/SIDA. Los exámenes médicos descritos en el presente párrafo deberán solicitarse según lo establecido en el párrafo precedente.

La ASEGURADORA declara que la información obtenida referida al diagnóstico de HIV/SIDA será tratada como información confidencial y empleada exclusivamente para determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico por la cual se solicita cobertura.

Una vez obtenida la documentación e información que solicitara la ASEGURADORA, según lo establecido en el párrafo precedente, y en caso que ésta no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días con que cuenta para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro se entenderá que éste ha quedado consentido, salvo que se solicite la prórroga de dicho plazo.

Cuando la ASEGURADORA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, la extensión del plazo antes señalado.

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

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO, 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.

En caso de sobrevenir alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, y siempre durante el período de prórroga, la diferencia será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte en un periodo no mayor de tres (03) días (los honorarios de los peritos serán asumidos por la ASEGURADORA).

**Los médicos designados por las partes tendrán un plazo de siete (07) días para presentar su informe. En caso de divergencia, ambos médicos designarán dentro de los tres (03) días siguientes, un tercer perito médico, el que deberá dar su diagnóstico dentro del plazo de siete (07) días posteriores a su designación. El resultado del informe será comunicado al CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, en un plazo no mayor de siete (07) días útiles de conocido el resultado por la ASEGURADORA.**

**Si el tercer perito médico concluye que el diagnóstico no forma parte de la cobertura contratada, el siniestro será rechazado (los honorarios del perito serán asumidos por la ASEGURADORA). Si el ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, no está de acuerdo con el rechazo podrá aplicar cualquiera de los mecanismos de solución de controversias establecidos en la póliza.**

**Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerida por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente – previa intimación a la otra – procederá a su designación.**

**En caso de consentimiento del 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.**