

Condiciones Generales Seguro Universitario

Código de Registro: VI0507100383

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias

RESUMEN

SEGURO UNIVERSITARIO

A. INFORMACIÓN GENERAL

1. Datos de la empresa aseguradora: RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

Oficina Principal: Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima.

Plataformas de Atención al Cliente:

- **Lima:**
Av. Paseo de la República 3082, San Isidro.
Av. Paseo de la República 3505, San Isidro.
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.
- **Arequipa:**
Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito.
Telf. (054)-381700
- **Cajamarca:**
Jr. Belén 676-678.
Telf. (076)-367299
- **Cusco:**
Calle Humberto Vidal Unda G-5, Urbanización Magisterial, 2da. Etapa.
Telf. (084)-229990
- **Huancayo:**
Jr. Ancash 125, Huancayo.
Telf. (064)-231801
- **Trujillo:**
C.C. Mall Aventura Plaza - Local 1004.
Av. América Oeste No. 750. Urb. El Ingenio.
Telf. (044)-485200
- **Chiclayo:**
Av. Salaverry 560, Urb. Patazca.
Telf. (074)- 481400
- **Iquitos:**
Jirón Putumayo 501.
Telf. (065)-242107
- **Piura:**
Calle Libertad 450-454.
Telf. (073)-284900

Central de Consultas y Reclamos:
(01) 411-3000

Central de Emergencias Aló RIMAC
Lima: (01) 411-1111 Provincias: 0-800-4-1111

Correo Electrónico:
atencionalcliente@rimac.com.pe

Página Web:
www.rimac.com

2. Denominación del Producto: SEGURO UNIVERSITARIO

3. Pago de Primas:
En el Condicionado Particular se establecerá el monto total de la prima a pagar, incluyendo la forma (que podrá ser fraccionada) y el lugar de pago.

4. Medios, plazos y procedimiento para el aviso de siniestros:
Aquello se encuentra detallado en el Artículo 25.1 del Capítulo II del Condicionado General.

5. Procedimiento y requisitos para la solicitud de cobertura
Aquello se encuentra detallado en el Artículo 25.2 del Capítulo II del Condicionado General.

6. Lugares autorizados para solicitar cobertura del seguro:
Plataformas de Atención al cliente listadas en el punto 1 de este resumen.

7. Medios habilitados para presentación de reclamos a la aseguradora:
El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios podrán presentar sus quejas y/o reclamos a la Compañía, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de su recepción.

Las plataformas habilitadas para recibir los reclamos se encuentran detalladas en el numeral 1 del presente Resumen.

8. Instancias habilitadas para presentación de reclamos y/o denuncias:

Defensoría del Asegurado:
www.defaseg.com.pe
Lima:(01) 446-9158
Arias Aragüez 146, San Antonio Miraflores, Lima.

Indecopi:

www.indecopi.gob.pe

Lima: (01) 224-7777

Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040

SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima.

SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

Superintendencia de Banca y Seguros (SBS):

www.sbs.gob.pe

Los Laureles 214, San Isidro - Lima 27 - Perú |

Teléfono (511) 630-9000 | Fax: (511) 630-9239

AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. -

PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.

Consultas y Denuncias: 0800-10840 | (511)

630-9000 y 200-1930 anexo 9.

9. Obligación de informar sobre agravación del riesgo asegurado:

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

B. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO**1. Principales Riesgos Cubiertos:**

Se detallan en las Condiciones Generales, en el Capítulo II, Artículo 23.

Los principales riesgos cubiertos son:

- Cobertura de Fallecimiento
- Cobertura de Supervivencia

2. Principales Exclusiones:

Se detallan en las Condiciones Generales, en el Capítulo II, Artículo 24.

Esta Póliza no cubre el riesgo de muerte, si el fallecimiento del ASEGURADO fuere causado por o sea a consecuencia de:

- Cuando participan como conductores o acompañantes en carreras de automóviles, bicicletas, lanchas a motor o avionetas o en carreras de entrenamiento.
- Practicar o hacer uso de la aviación, salvo cuando el ASEGURADO viaje

como pasajero en transporte aéreo de servicio público autorizado.

- El de intervenir en operaciones o viajes submarinos.
- Cuando el deceso sobrevenga por consecuencia directa de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, estando el ASEGURADO en campaña, así como por intervención en duelo concertado.
- Cuando el fallecimiento sea consecuencia de intervención directa o indirecta del ASEGURADO en actos delictuosos, subversivos y terroristas.
- Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice por un beneficiario o quien pudiera reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- Como consecuencia de fisión o fusión nuclear o radiactividad, sean en forma directa o indirecta.
- Tampoco cubre cuando sea resultado de suicidio del ASEGURADO. No obstante la COMPAÑÍA pagará el beneficio a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera, como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (02) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- Cuando el asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol (0,5 gr/lt o más) o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas. Esta exclusión es aplicable para cualquier tipo de accidente, y el estado del Asegurado se determinará con los análisis toxicológicos con resultado de alcoholemia y toxinas. Para el caso de accidente de tránsito, se determinará el estado del Asegurado, con el respectivo dosaje etílico.
- Preexistencia: cualquier lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración de estado de salud del asegurado, diagnosticadas por un profesional médico o conocidas por el

contratante o asegurado, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia:

Se detallan en las Condiciones Generales de Contratación, en el Capítulo II, Artículo 22

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

- **Edad mínima de ingreso a la Póliza:** 18 años.
- **Edad máxima de ingreso a la Póliza:** 64 años y 364 días.
- **Edad máxima de permanencia en la Póliza:** 84 años y 364 días.

Sin perjuicio de lo indicado en el párrafo precedente, podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que hayan respondido en forma negativa todas las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) o cuyas solicitudes de Seguro hayan sido aceptadas por La ASEGURADORA, según corresponda.

4. Derecho de arrepentimiento:

Se detallan en las Condiciones Generales de Contratación, en el Capítulo I, Artículo 14.

5. Resolución del contrato sin expresión de causa:

Se detalla en las Condiciones Generales de Contratación, en el Capítulo I, Artículo 7.1.

6. Modificaciones Contractuales durante la vigencia del contrato:

La ASEGURADORA unilateralmente no podrá modificar las condiciones de la Póliza, salvo que exista aceptación a las mismas por parte del Contratante, en virtud de lo establecido en las Condiciones Generales de Contratación, en el Capítulo I, Artículo 5.

El ASEGURADO tiene derecho a no aceptar las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la ASEGURADORA, durante la vigencia del contrato, en orden con lo dispuesto en el numeral 6, inciso b) del artículo 16° del

Reglamento de Transparencia.

El presente producto presenta obligaciones a cargo del ASEGURADO y/o CONTRATANTE y/o BENEFICIARIOS, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

ÍNDICE

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 MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA;
6. CAUSALES DE TÉRMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA)
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO
9. RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA
10. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO
11. REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA
12. COMPROBACIÓN DE LA EDAD
13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO
14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO
15. ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS
16. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO
17. INDISPUTABILIDAD
18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES
19. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS
20. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA
21. TRIBUTOS

CAPÍTULO II CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO
23. COBERTURAS
24. EXCLUSIONES
25. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO
26. CESIÓN
27. DERECHOS DEL CONTRATANTE

CAPÍTULO I CONSIDERACIONES GENERALES

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

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

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

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

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES:

- **Accidente:** Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.
- **Asegurado:** Persona natural cuyo nombre y demás datos de identificación constan en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda, y cuya vida se asegura en la presente Póliza, para lo cual debe cumplir con los requisitos de edad y condiciones de asegurabilidad establecidos en esta.
- **Beneficiario:** Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza. Si se designaron varios BENEFICIARIOS sin indicación de porcentajes de participación sobre la indemnización o beneficio, la repartición se hará en partes iguales. En caso no se designen BENEFICIARIOS, o por cualquier causa la designación se vuelva ineficaz o quede sin efecto, los BENEFICIARIOS serán los herederos declarados de acuerdo a ley, en caso corresponda. El CONTRATANTE tiene la potestad de modificar a los BENEFICIARIOS, salvo que haya cedido este derecho al ASEGURADO. El cambio de beneficiario será válido siempre y cuando conste un endoso que formará parte de la Póliza o que conste en un documento aparte en donde conste la voluntad del Asegurado y que cuente con fecha cierta (firma legalizada ante Notario Público).
- **Buena Salud:** No adolecer de enfermedad preexistente.
- **Comercializador:** Persona natural o jurídica proveedora de bienes y servicios (incluido Entidades Financieras) que cuenten con establecimientos propios o de terceros, que realizan la oferta de los productos de seguros, mostrando los beneficios que brindan y las ventajas de su contratación.
- **Contratante:** Persona natural o jurídica que firma este contrato de seguro con la ASEGURADORA y quien es el responsable del pago de las Primas, salvo pacto en contrario. Él designará a los BENEFICIARIOS o podrá ceder esta facultad al ASEGURADO.
- **Convenio de Pagos o Cronograma de Pago:** Documento en el que consta el compromiso del CONTRATANTE de Pagar la Prima en la forma y plazos pactados con la ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular.
- **Corredor de Seguros:** Es la persona que realiza la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Entre sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza de Seguros, entre otros. También se les conoce como "Broker" o "Agente de seguros".

- **Culpa Inexcusable:** Quien por negligencia grave no ejecuta la obligación. Se presenta cuando no se toman las diligencias y los cuidados más elementales; no es intencional el no cumplir.
- **Declaración inexacta:** Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.
- **Declaración personal de salud – DPS:** Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud y del estado de salud de sus DEPENDIENTES. La Declaración Personal de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por la ASEGURADORA, pudiendo encontrarse como parte de la Solicitud de Seguro.
- **Días:** Días calendario.
- **Dolo:** Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar. Tiene el mismo efecto que la Culpa inexcusable.
- **Endoso:** Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del CONTRATANTE, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la ASEGURADORA y el CONTRATANTE, según corresponda.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por el seguro. Las exclusiones se encuentran expresamente indicadas en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales de Contratación.
- **Indemnización, Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al/ los BENEFICIARIO(S) en caso que ocurra un siniestro, siempre y cuando cuente con cobertura bajo los términos de la Póliza.
- **Interés Asegurable:** Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el deseo que debe tener el Contratante para obtener la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca, ya que, en caso que se produzca, le generaría un perjuicio económico.
- **La ASEGURADORA:** RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS. Es la empresa que emite la presente Póliza, y que otorgará la Indemnización, Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada, en caso se produzca un siniestro que cuente con cobertura bajo los términos de la presente Póliza.
- **Muerte Natural:** Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado en el caso de muerte accidental.
- **Muerte Accidental:** Fin de la vida del ASEGURADO, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.
- **Póliza:** Es el documento emitido por la ASEGURADORA en el que consta el contrato de seguro. Está conformado por las presentes Condiciones Generales de Contratación, Condiciones Particulares, Condiciones especiales, si las hubiere, entre las que se encuentran las cláusulas adicionales de haberlas; Solicitud; sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda. En caso de producirse discrepancias entre las condiciones de esta Póliza, queda convenido que las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales. En las presentes Condiciones Generales de Contratación y en los demás documentos que formen parte de la Póliza, se podrá hacer referencia indistintamente a Póliza de Seguro o a Contrato de Seguro.
- **Prima o Prima Comercial:** Es el precio del Seguro determinado por la ASEGURADORA, la cual debe ser pagada bajo la forma y plazo establecida en la Póliza. Este precio incluye la Prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la ASEGURADORA.
- **Prima Neta:** Es la Prima Pura de Riesgo más los cargos de evaluación, administración, producción y redistribución del riesgo.

- **Prima Pura de Riesgo:** Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro.
- **Retención:** Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.
- **Siniestro:** Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.
- **Sistemas de Comercialización a Distancia:** Sistemas de telefonía, internet u otros análogos que le permiten a la ASEGURADORA de manera propia o a través de entidades financieras, acceder de modo no presencial a los potenciales asegurados, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.
- **Tasa de costo efectivo anual (TCEA):** Tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el usuario, con el monto por concepto de Prima comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días.
- **Tasa interna de retorno (TIR):** Tasa que permite igualar el monto que se ha otorgado como componente de ahorro o inversión con el valor actual del monto que efectivamente se recibe al vencimiento del plazo, calculada a un año de 360 días.

ARTÍCULO 2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

La ASEGURADORA se compromete a indemnizar al ASEGURADO, Beneficiario de acuerdo con las condiciones de la Póliza.

ARTÍCULO 3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO:

- El CONTRATANTE se compromete a pagar la prima.
- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud

o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA cuando corresponda. En la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, y en tanto el marco regulatorio lo permita, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.

- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a brindar a la ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso corresponda, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de la ASEGURADORA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.
- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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.
- La Póliza se basa en la información ofrecida por el asegurado o contratante en la solicitud de seguro y en cualquier otra comunicación escrita con la ASEGURADORA.
- El ASEGURADO se compromete a facilitar a la ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la

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

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 supeditada a las particularidades señaladas en el Capítulo II del presente documento.

El inicio de la cobertura se encontrará condicionado al pago de la prima convenida o al momento de la ocurrencia del siniestro (antes de que ocurra el pago) lo que ocurra primero.

ARTÍCULO 5. SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

A. Solicitud de Modificación de la Póliza formulada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

El Asegurado y/o Contratante pueden solicitar -por escrito- la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendario posteriores a su recepción.

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

La solicitud de modificación a la que se refiere el primer párrafo del presente artículo, obliga a la ASEGURADORA solo desde que esta comunique al ASEGURADO y/o CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso que, la ASEGURADORA no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el CONTRATANTE tiene el derecho de resolver el Contrato de Seguro.

B. Observación de Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza:

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

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

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

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

C. Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:

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

ARTÍCULO 6. CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO:

El contrato de seguro terminará en la primera de las siguientes fechas o lo que ocurra primero,

sin necesidad de aviso previo, simultáneo o posterior por parte de la ASEGURADORA:

- a) Se produzca un siniestro que dé lugar al pago del cien por ciento (100 %) de la Suma Asegurada de la cobertura de la presente Póliza.
- b) Al finalizar la vigencia de la Póliza.
- c) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

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

ARTÍCULO 7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN 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. Sin perjuicio de lo indicado, la resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.2. Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación 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 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 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 dentro del 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.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo, la ASEGURADORA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i) El CONTRATANTE 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; la ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el ASEGURADO presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada en el presente numeral, 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 periodo efectivamente cubierto, debiendo la ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al periodo 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 presentada al CONTRATANTE, deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, la ASEGURADORA podrá resolver la Póliza, mediante una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el Contratante de respuesta a la revisión propuesta. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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.

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

- a) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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.

Como consecuencia de la resolución del contrato, ya sea por parte del CONTRATANTE o por parte de la ASEGURADORA, corresponderá el reembolso de la prima a favor del CONTRATANTE, por el periodo no corrido.

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA, ésta última reembolsará las primas referidas en el párrafo precedente, 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 en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente Póliza, en el mismo momento de la solicitud de resolución de contrato. El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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 desde el inicio de vigencia, debido a que existía una causal al momento de su celebración que

hubiera impedido su celebración o modificado sus condiciones, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y por lo tanto, nunca surtió efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo:

- a) Si el Contratante hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.
- b) Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c) 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. En caso que no medie dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, el contrato seguirá vigente.

Para el caso descrito en el literal c) precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, mediante comunicación fehaciente, conforme a los medios de comunicación pactados para dicho efecto, plazo que iniciará desde que la ASEGURADORA conoce de la reticencia o declaración inexacta, se haya producido o no el siniestro.

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:

- **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 el importe total de la suma recibida.**

- **La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses), excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.**

ARTÍCULO 9. RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA:

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

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

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

- (i) Constatación ANTES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días.

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

En 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 DESPUÉS que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA reducirá la suma asegurada a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida.

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

PAGO DE PRIMA:

- 10.1. Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en la fecha de pago y forma establecidas en las Condiciones Particulares.
- 10.2. La prima es debida por el CONTRATANTE a la ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el Beneficiario.
- 10.3. El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.
- 10.4. Previo acuerdo que constará mediante Endoso que formará parte de la Póliza, la ASEGURADORA podrá modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la Póliza, salvo que se haya pactado el diferimiento del pago de la última cuota, en cuyo caso el plazo para el pago de la misma no podrá exceder

de treinta (30) días siguientes a la fecha de fin de vigencia. En caso de fraccionamiento de la prima o que exista un cronograma de cuotas de la prima, que incluya intereses, la Tasa de Costo efectivo Anual aplicable (TCEA) se indicará en las Condiciones Particulares.

- 10.5. La ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o Beneficiario en caso de siniestro.
- 10.6. Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.
- 10.7. En caso corresponda, la ASEGURADORA realizará una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la Prima, la cual constará en las Condiciones Particulares.
- 10.8. Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago y se regirán por lo establecido a continuación:
- 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 periodo de cobertura.
 - iii) Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del Seguro el CONTRATANTE deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de

conformidad con lo detallado en el Convenio de Pago, inclusive en caso de pago diferido.

- iv) En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas se aplicará la suspensión y resolución conforme a lo que establece el presente artículo.
- v) La ASEGURADORA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado, o en su defecto, el interés legal.

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

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

EFFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

i) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-

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

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

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

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

La suspensión de cobertura no procederá en caso hayan transcurrido dos (02) años o más, en cuyo caso corresponderá activar el Derecho de Reducción, referido en el Artículo 27° de las presentes Condiciones Generales.

ii) RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA (FINALIZACIÓN ANTICIPADA).-

La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación 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.

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 o el mismo no se haya extinguido, el

CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos. 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. COMPROBACIÓN DE LA EDAD:

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

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

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

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

ARTÍCULO 13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

Se considera fraudulento:

- 13.1. La presentación de una solicitud de cobertura engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
- 13.2. Emplear medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
- 13.3 Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO

y/o Beneficiario bajo su complicidad o consentimiento.

El(los) ASEGURADO(s) o el(los) BENEFICIARIO(s) o el(los) heredero(s) legal(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s).

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

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

ARTÍCULO 14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Quando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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 y/o ASEGURADO 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 y/o ASEGURADO 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.

Para estos fines, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO deberá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que utilizó para la contratación del seguro. De igual forma, podrá ejercer el derecho de arrepentimiento presentando una comunicación escrita en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas

direcciones se encuentran en el resumen de la presente Póliza.

ARTÍCULO 15. ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS:

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

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

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

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

ARTÍCULO 16. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

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

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

ARTÍCULO 17. INDISPUTABILIDAD:

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

ARTÍCULO 18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los Beneficiarios y la ASEGURADORA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en 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, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales 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 19. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro,

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

Sin perjuicio de lo antes indicado, el **CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO** podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del **ASEGURADO**; su reclamo o denuncia ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

ARTÍCULO 20. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

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

ARTÍCULO 21. 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.

CAPÍTULO II **CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS** **DEL PRODUCTO**

ARTÍCULO 22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

- **Edad mínima de ingreso a la Póliza:** 18 años.
- **Edad máxima de ingreso a la Póliza:** 64 años y 364 días.
- **Edad máxima de permanencia en la Póliza:** 84 años y 364 días.

Sin perjuicio de lo indicado en el párrafo precedente, podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que hayan respondido en forma negativa todas las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) o cuyas solicitudes de Seguro hayan sido aceptadas por la **ASEGURADORA**, según corresponda.

ARTÍCULO 23. COBERTURAS:

COBERTURA DE FALLECIMIENTO:

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la Póliza, La Compañía pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la Póliza y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la Póliza.

La Compañía exonerará el pago de primas que devengan con posterioridad al fallecimiento mencionado, hasta la finalización de la vigencia del contrato de seguro.

Se debe tener en cuenta que, de acuerdo a los requisitos establecidos para proceder a solicitar la cobertura del seguro, es necesario que el periodo de vigencia de la presente Póliza haya culminado, siendo esto requisito indispensable para declarar consentido el siniestro y proceder al pago del beneficio respectivo. El pago de la Suma Asegurada será pagado en forma de renta

anual en cinco montos iguales y fijos, tal como se indica en las Condiciones Particulares.

La primera cuota será pagada en la fecha indicada en las Condiciones Particulares como inicio de Pago del Beneficio y las cuotas restantes serán pagadas con periodicidad anual.

En caso el Beneficiario falleciera antes de recibir el total del beneficio, las cuotas restantes serán pagadas a sus herederos legales de acuerdo a ley.

COBERTURA DE SOBREVIVENCIA:

En caso la vigencia de la presente Póliza de Seguro culmine, y no se haya producido el fallecimiento del Asegurado, La Compañía otorgará como cobertura de sobrevivencia al Asegurado, la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la Póliza.

En caso que el Asegurado fuese persona natural distinta del Contratante, el beneficio de la cobertura de sobrevivencia se realizará a favor de este último.

El pago de la Suma Asegurada se realizará una vez que culmine el periodo de vigencia de la Póliza de Seguro y será pagado en forma de renta anual en cinco montos iguales y fijos, tal como se indica en las Condiciones Particulares.

La primera cuota será pagada en la fecha indicada en las Condiciones Particulares como inicio de Pago del Beneficio y las cuotas restantes serán pagadas con periodicidad anual.

En caso el Contratante falleciera antes de recibir el total del beneficio, las cuotas restantes serán pagadas a sus herederos legales de acuerdo a ley.

La presente cobertura se otorgará siempre y cuando concurren los requisitos detallados a continuación:

- a) La Póliza se mantenga vigente hasta la fecha de vencimiento de vigencia prevista en las Condiciones Particulares.
- b) El Asegurado se encuentre con vida a dicha fecha.

- c) Solo se tendrá esta cobertura si es que la Póliza de Seguro se ha pagado completamente durante el periodo de vigencia inicialmente pactado. En caso que, como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima, o a solicitud del Asegurado, se haya ejercido el Derecho de Reducción, la Cobertura de Sobrevivencia quedará automáticamente sin efecto.

ARTÍCULO 24. EXCLUSIONES:

Esta Póliza no cubre el riesgo de muerte, si el fallecimiento del ASEGURADO fuere causado por o sea a consecuencia de:

1. Cuando participan como conductores o acompañantes en carreras de automóviles, bicicletas, lanchas a motor o avionetas o en carreras de entrenamiento.
2. Practicar o hacer uso de la aviación, salvo cuando el ASEGURADO viaje como pasajero en transporte aéreo de servicio público autorizado.
3. El de intervenir en operaciones o viajes submarinos.
4. Cuando el deceso sobrevenga por consecuencia directa de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, estando el ASEGURADO en campaña, así como por intervención en duelo concertado.
5. Cuando el fallecimiento sea consecuencia de intervención directa o indirecta del ASEGURADO en actos delictuosos, subversivos y terroristas.
6. Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice por un beneficiario o quien pudiera reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
7. Como consecuencia de fisión o fusión nuclear o radiactividad, sean en forma directa o indirecta.
8. Tampoco cubre cuando sea resultado de suicidio del ASEGURADO. No obstante la COMPAÑÍA pagará el beneficio a los

beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera, como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (02) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.

9. Cuando el asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol (0,5 gr/lt o más) o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas. Esta exclusión es aplicable para cualquier tipo de accidente, y el estado del Asegurado se determinará con los análisis toxicológicos con resultado de alcoholemia y toxinas. Para el caso de accidente de tránsito, se determinará el estado del Asegurado, con el respectivo dosaje etílico.

10. Preexistencia: cualquier lesión, enfermedad, dolencia o condición de alteración de estado de salud del asegurado, diagnosticadas por un profesional médico o conocidas por el contratante o asegurado, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

ARTÍCULO 25. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO:

25.1. AVISO DE SINIESTRO:

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

Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las condiciones particulares del presente documento, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto vía comercializadores, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a la ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, descritos en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea

rechazado el siniestro, sin embargo la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

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

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

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

25.2. SOLICITUD DE COBERTURA:

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- a) Documento de identidad del Asegurado.
- b) Certificado de defunción del Asegurado.
- c) Acta o partida de defunción del Asegurado.
- d) Historia clínica completa del Asegurado, foliada y fedateada.
- e) Documento de identidad de los

Beneficiarios mayores de edad y/o partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad que carezcan de DNI.

- f) Certificado o declaración jurada domiciliaria (en caso de Beneficiarios menores de edad).
- g) En caso los Beneficiarios sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.

En caso que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, adicionalmente a los documentos antes mencionados, se deberán presentar los siguientes:

- a) Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales.
- b) Protocolo de Necropsia.
- c) Resultado del Dosaje Etílico; solo en caso de accidente de tránsito.
- d) Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas.

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

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

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

Para la solicitud de la cobertura de Sobrevivencia, y siempre que cumpla con los términos y condiciones de la cobertura, es necesario que el CONTRATANTE se acerque a las Plataformas de Atención al Cliente descritas en el numeral 1 del Resumen, con su Documento de Identidad, y proceder al llenado de la solicitud de cobertura.

25.3 PAGO DE SINIESTRO:

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

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

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

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

Si no hubiera acuerdo, la ASEGURADORA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de

Siniestros de acuerdo al procedimiento 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

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

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

ARTÍCULO 26. CESIÓN:

1. El ASEGURADO podrá ceder esta Póliza mediante escritura pública, que deberá ser notificada a la ASEGURADORA, o usando los formularios autorizados por la misma la, que en ningún caso asumirá responsabilidad alguna en cuanto a la eficacia y a los efectos de la cesión ni estará obligada a intervenir en cuestiones que puedan suscitarse entre las partes interesadas.
2. La cesión de esta Póliza implicará la caducidad de la institución de beneficiario hecha por el cedente.

ARTÍCULO 27. DERECHOS DEL CONTRATANTE:

Siempre que las condiciones particulares así lo contemplen, el CONTRATANTE gozará de los siguientes derechos:

Derecho de reducción (Seguro Saldado): Una vez pagadas las dos (2) primeras anualidades de la Prima o un plazo menor (según se haya pactado en las Condiciones Particulares), el incumplimiento de pago de la Prima producirá la reducción de la suma asegurada.

El ejercicio del Derecho de Reducción se establecerá en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la Tabla de Valores Garantizados.

Este derecho no será aplicable en caso que el CONTRATANTE hubiese ejercido el Derecho de Préstamo indicado a continuación y este se encuentre vigente.

La reducción del seguro también podrá producirse cuando lo solicite el contratante, igualmente a partir de las dos (2) primeras anualidades.

Ejercido el derecho de reducción, el Contratante tiene la opción de rehabilitar la Póliza en cualquier momento, antes de la ocurrencia del siniestro debiendo cumplir para ello con pagar toda la prima vencida, reserva matemática cuando corresponda, y los intereses moratorios pactados para tal efecto.

Derecho de Préstamo: Una vez pagadas las dos (2) primeras anualidades de la Prima o un plazo menor (según se haya pactado en las Condiciones Particulares) y siempre que la Póliza se encuentre vigente, el CONTRATANTE podrá obtener préstamos por cantidades que en su totalidad no excedan al valor de rescate que le corresponda, según el cuadro de Valores Garantizados que se adjunta en las Condiciones Particulares de la Póliza, y sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Que no se haya ejercido el derecho de reducción.
- b) Que al otorgarse el préstamo se cubra con éste cualquier deuda anterior pendiente que el CONTRATANTE tuviere con la ASEGURADORA.
- c) El préstamo se reajustará en los mismos plazos, términos y condiciones que el capital ASEGURADO y quedará sujeto al interés y demás condiciones que se pacten en el respectivo contrato de mutuo.

Durante la vigencia de esta Póliza, la ASEGURADORA no exigirá el reembolso del préstamo, sin embargo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá devolverlo total o parcialmente, en cualquier momento.

Derecho de Rescate: Una vez pagadas las dos (2) primeras anualidades de la Prima o un plazo menor (según se haya pactado en las Condiciones Particulares) y siempre que la Póliza se encuentre vigente, el CONTRATANTE podrá retirar anticipadamente (Rescate) un porcentaje de

las Primas pagadas, descontando los impuestos en caso aplique, conforme al cuadro de Valores Garantizados que se adjunta en las Condiciones Particulares de la Póliza. Una vez efectuado el rescate, este contrato de seguro quedará automáticamente resuelto. Esta opción no podrá ejercerse si se hubiera aplicado el derecho de reducción.