

# **Condiciones Generales de Contratación**

## **Accidentes Personales Individuales**

Código de Registro: AE0506100309

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas  
Reglamentarias

## **INDICE**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **CAPÍTULO I CONSIDERACIONES GENERALES**

1. DEFINICIONES
2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA
3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO
4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO
5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA
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 EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO
11. REHABILITACION DE LA COBERTURA
12. COMPROBACION DE LA EDAD
13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA
14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO
15. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS
16. DEFENSORIA DEL ASEGURADO
17. INDISPUTABILIDAD
18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES
19. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS
20. PRESCRIPCION LIBERATORIA
21. TRIBUTOS

#### **CAPITULO II CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO**

22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO
23. COBERTURAS
24. EXCLUSIONES
25. DEFINICIONES ADICIONALES
26. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO
27. PAGO DE BENEFICIOS A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE
28. PAGO DE BENEFICIOS EN CASO DE ACCIDENTES SUCESIVOS
29. CESION
30. MONEDA
31. MODIFICACIÓN DEL RIESGO

#### **ANEXO A**

## 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.

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.
- **Buena Salud:** No adolecer de enfermedad preexistente.

- **Certificado de Seguro:** Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos vinculado a una Póliza de seguro determinada.
- **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 o del Certificado de Seguro.
- **Corredor de Seguros:** Es la persona que realiza la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Entre sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza de Seguros, entre otros. También se les conoce como “Broker” o “Agente de seguros”.
- **Culpa Inexcusable:** Quien por negligencia grave no ejecuta la obligación. Se presenta cuando no se toman las diligencias y los cuidados más elementales; no es intencional el no cumplir.
- **Declaración inexacta:** Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.
- **Declaración personal de salud – DPS:** Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud 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 o Certificado de Seguro, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al/los BENEFICIARIO(S) en caso que ocurra un siniestro, siempre y cuando cuente con cobertura bajo los términos de la Póliza.
- **Interés Asegurable:** Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el deseo que debe tener el Contratante para obtener la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca, ya que, en caso que se produzca, le generaría un perjuicio económico.
- **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 comercial sin incluir el Derecho de Emisión.
- **Prima Pura de Riesgo:** Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro.
- **Reticencia:** Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, 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, 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.

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

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

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.

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.

**ARTÍCULO 5. SOLICITUD DE MODIFICACION 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; Y RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA:**

**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.



**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.

**ARTICULO 6. CAUSALES DE TERMINO 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, siempre que no sea renovada.**
- c) En caso corresponda, a la fecha en que el ASEGURADO haya cumplido la edad máxima de permanencia, que será señalada en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales.**
- d) 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 período efectivamente cubierto.**

En el caso de que la terminación del contrato de seguro se produzca por la causal indicada en el literal c) precedente, la ASEGURADORA, en el mes en que el ASEGURADO cumpla la edad máxima de permanencia, tendrá derecho a percibir solamente la prima correspondiente a los días en que se mantuvo vigente la póliza.

**ARTICULO 7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA):**

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

- a) 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. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- b) Por falta de pago de la Prima en el caso que la ASEGURADORA decida 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 calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación 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.
- c) Si al momento de la celebración del contrato, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no conocía que se produciría su cambio de actividad, este contrato de seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada.

En caso que luego de la contratación de la póliza se produjese un cambio de actividad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, cualquiera de estos últimos deberá comunicar a La Aseguradora la agravación del riesgo ni bien estos conocen su ocurrencia, en cuyo caso la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los 15 (quince) días en que fue debidamente comunicada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO. Le corresponde a La ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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 falta de comunicación (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) La ASEGURADORA 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 numerales 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.

- d) Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En caso de incurrirse en la presente causal el (los) ASEGURADO(s) o el (los) BENEFICIARIO(s) o el (los) heredero(s) legal(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s). En este supuesto, la indemnización que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al beneficio. En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actué, contando con los poderes legales suficientes, en nombre y representación de los demás ASEGURADOS, BENEFICIARIOS o herederos legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados.

En la situación descrita en el literal d) anterior, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que se efectúe la resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada 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:

- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO, a su sola decisión y sin motivo alguno, conforme al literal a) precedente.
- La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b) al d) precedentes.

Una vez resuelto el contrato, La ASEGURADORA queda liberada de su prestación.

#### **ARTICULO 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, pierde la totalidad de sus efectos legales.

**El Contrato de Seguro será nulo si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO:**

- a) 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, 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, 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.**

#### **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, 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 DESPUES 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.

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

### **PAGO DE PRIMA:**

- 10.1.** Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en la fecha de pago y forma establecidas en las Condiciones Particulares o del Certificado de Seguro.
- 10.2.** La prima es debida por el CONTRATANTE a la ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el Beneficiario.
- 10.3.** El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.

- 10.4.** Previo acuerdo que constará mediante Endoso que formará parte de la Póliza, la ASEGURADORA podrá modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la Póliza, salvo que se haya pactado el diferimiento del pago de la última cuota, en cuyo caso el plazo para el pago de la misma no podrá exceder de treinta (30) días siguientes a la fecha de fin de vigencia. En caso de fraccionamiento de la prima o que exista un cronograma de cuotas de la prima, que incluya intereses, la Tasa de Costo efectivo Anual aplicable (TCEA) se indicará en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro.
- 10.5.** La ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o Beneficiario en caso de siniestro.
- 10.6.** Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.
- 10.7.** En caso de Siniestro Total que deba ser indemnizado en virtud de la presente Póliza, la Prima calculada para cubrir el riesgo se entenderá totalmente utilizada, debiendo la Aseguradora descontarla del pago de la indemnización correspondiente.
- 10.8.** En caso corresponda, la ASEGURADORA realizará una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la Prima, la cual constará en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro.
- 10.9.** Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago 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.
- 10.10.** El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.
- 10.11.** 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, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

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

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

En caso que la presente Póliza contemple el Derecho de Reducción, y este sea ejercido, la suspensión de cobertura no procederá en caso hayan transcurrido dos (02) años o menos, según se haya pactado en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro.

##### **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 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.**

#### **ARTICULO 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.**

#### **ARTICULO 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.

#### **ARTICULO 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 actué, contando con los poderes legales requeridos para ello, en nombre y representación de los demás ASEGURADOS, BENEFICIARIOS o herederos legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados.**

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

#### **ARTICULO 14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:**

**Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, 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 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 o en el certificado de seguro según corresponda.**

#### **ARTICULO 15. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS:**

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

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

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

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

#### **ARTICULO 16. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:**

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) BENEFICIARIOS, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web [www.defaseg.com.pe](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.

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

#### **ARTICULO 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.

#### **ARTICULO 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 y/o en el Certificado de Seguro.

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

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

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

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

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

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

#### **ARTICULO 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, 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.**

#### **ARTICULO 20. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:**

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

#### **ARTICULO 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.

**CAPITULO II**  
**CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO**

**ARTICULO 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:** 69 años y 364 días.

**ARTICULO 23. COBERTURAS:**

Esta Póliza cubre contra los siguientes riesgos que expresamente se hayan indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza:

**A) MUERTE ACCIDENTAL:**

Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su fallecimiento dentro de los noventa (90) días calendarios contados desde la fecha del accidente, y el médico tratante confirma que dicho fallecimiento se produjo como consecuencia directa y única del accidente amparado por la póliza, la ASEGURADORA pagará a los Beneficiarios, el Capital Asegurado por Muerte Accidental detallado en las Condiciones Particulares.

**B) INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE Ó INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE (DESMEMBRAMIENTO) POR ACCIDENTE:**

Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su Invalidez Total Permanente, siempre que la causa directa y única de dicha invalidez fuera un accidente amparado por la póliza, la ASEGURADORA pagará al ASEGURADO, en base a lo establecido en el Anexo A - Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente, el Capital Asegurado por Invalidez Total Permanente detallado en las Condiciones Particulares.

La Invalidez Total Permanente por Accidente será determinada por: Comisión Médica de las AFP (COMAF) o Comisión Médica de la SBS (COMEC) o Ministerio de Salud (MINSA) o Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) o la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas. En caso no exista dicho dictamen, se conformará una Comisión Médica compuesta por un médico elegido por el ASEGURADO, otro elegido por la ASEGURADORA y un tercero designado por los dos previamente nombrados.

Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE, siempre que la causa directa y única de dicha invalidez fuera un accidente amparado por la póliza, la ASEGURADORA pagará al

**ASEGURADO** la suma correspondiente al grado de Invalidez Permanente, con base a lo establecido en el Anexo A - Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente.

La Invalidez Parcial Permanente por Accidente será determinada por: Comisión Médica compuesta por un médico elegido por el ASEGURADO, otro elegido por la ASEGURADORA y un tercero designado por los dos previamente nombrados.

**C) MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PUBLICO AUTORIZADO:**

Si el ASEGURADO sufre un accidente como pasajero de una unidad de transporte público autorizado que dé lugar a su fallecimiento, la ASEGURADORA pagará a los Beneficiarios de la póliza el Capital Asegurado para esta cobertura señalado en las Condiciones Particulares, siempre que el fallecimiento del ASEGURADO se produzca dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al evento, como consecuencia directa del accidente en transporte público autorizado.

**D) DESAMPARO FAMILIAR SÚBITO:**

La ASEGURADORA pagará proporcionalmente a los Beneficiarios designados en la póliza, que tuvieran la condición de hijos menores de edad del ASEGURADO, el Capital Asegurado para esta cobertura señalado en las Condiciones Particulares, siempre que a consecuencia directa e inmediata de un mismo accidente, fallecieran dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al evento, el ASEGURADO y su cónyuge.

**ARTICULO 24. EXCLUSIONES:**

Queda excluido de la cobertura de esta Póliza el fallecimiento del ASEGURADO o las lesiones que éste sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- 1) Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hayan transcurrido dos años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro, o, en su defecto, desde la fecha en que se rehabilitó la cobertura del presente Seguro.
- 2) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participando activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 3) Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice de algún Beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho a

recibir el capital garantizado de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.

- 4) Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- 5) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- 6) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos de itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- 7) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos.
- 8) La realización de las siguientes actividades riesgosas y/o deportes riesgosos: Carreras de automóviles, motocicletas, trimotos, cuatrimotos, todo terreno, carrera de lancha a motor, motonetas incluyendo las de agua, así como carreras de bicicletas, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, polo, hípica, deportes a caballo, rugby, triatlón, maratón, yamakasi, yate de tierra, base jumping, salto base, críquet, físico culturismo, luchador, boxeo, las artes marciales tales como karate, judo, esquí acuático y sobre nieve, surf, veleros, yates, aviación deportiva, paramotor, parapente, parasailing, bicicross, escalada, paracaidismo, ala delta, ultraligeros, puenting, cacería de fieras, canyoning, apnoe diving, apnea, inmersión libre, kayaking en mar, motoacuática, motonáutica, navegación, canotaje, piragüismo kayak, SCAD diving, inmersión o caza submarina, buzo, pesca en alta mar; pesas, alpinismo o andinismo, caminatas en alta montaña y espeleología salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro al momento de contratar el seguro o durante su vigencia por el ASEGURADO y aceptados por la COMPAÑÍA.
- 9) Los accidentes provenientes de la práctica o desempeño de las siguientes profesiones u oficios claramente riesgosos: Trabajadores de lugares nocturnos como bares, cantinas o centros nocturnos, trabajadores de construcción, trabajadores de la industria maderera, trabajos con sustancias radioactivas, corrosivas y/o patológicas, trabajadores de la industria petrolera y gas, ganaderos, electricistas, trabajadores de la minería, médico y/o técnico radiólogo, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, hípica, tripulantes y/o pasajeros de helicópteros, aviación deportiva, fumigador, exhibiciones acrobáticas, trabajadores de calderas, cobradores, trasportistas de sustancias tóxicas, carga pesada, ganado, sustancias inflamables, misioneros, expedicionistas científicos, estibadores, manipulación de sustancias, explosivos y/o demolición, trabajadores de drenajes y dragas,

- trabajadores de espectáculos circenses, fotógrafos en zonas de conflicto, guardabosques, guardavidas, salvavidas, insecticidas, trabajadores en altura, instaladores de antenas, investigadores privados, operadores de maquinaria pesada, personal de aduana o frontera, pirotecnia y juegos pirotécnicos, políticos, servicios de carga y descarga, servicios de salvamento y tripulación submarina, bomberos, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, periodistas corresponsales de guerra.
- 10) Bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo y esta situación sea acto generador del siniestro. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si éste se negara a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
  - 11) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza
  - 12) Los llamados 'Accidentes Médicos', tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos; así como los casos de negligencia o impericia médica.
  - 13) Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza.
  - 14) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
  - 15) Las lesiones preexistentes al momento de contratar este Seguro.
  - 16) Las complicaciones médicas de embarazos o partos.
  - 17) Las hernias, enredamientos intestinales, así como de insolaciones.

## **ARTICULO 25. DEFINICIONES ADICIONALES**

- **Aborto:** La expulsión del feto antes de cumplidos no menos de 180 días de gestación.
- **Accidentes Médicos:** Suceso médico imprevisto, fortuito y/u ocasional que obra súbitamente sobre la persona independientemente de su voluntad; sea por acto médico o por enfermedad de presentación súbita. Por ejemplo accidente cerebro vascular, pérdida del conocimiento, vértigo, edemas agudos (cerebral, pulmonar, multivisceral), infarto de miocardio, trombosis, ataques convulsivos, cirugías y sus complicaciones.
- **Drogas:** Entendiéndose como tales a las sustancias alucinógenas (cocaína, marihuana, LSD, metaanfetaminas y sus derivados) y los psicofármacos administrados sin prescripción médica.
- **Incapacidad Física Grave:** Merma de la capacidad física superior a los dos tercios (2/3), comparada con la capacidad de otra persona de su misma edad y sexo.

- **Muerte Accidental en Transporte Público:** Si el fallecimiento ocurre cuando el Asegurado como pasajero hubiera estado viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público autorizado para tal fin, sea el medio terrestre, aéreo o marítimo.
- **Pasajero:** La persona que viaja en un medio de transporte, pagando el importe de la tarifa, boleto o flete correspondiente, sin ser parte de la tripulación del mismo.
- **Parto:** La expulsión del producto de la concepción después de cumplidos no menos de 180 días de gestación.
- **Sonambulismo:** Estado de una persona que mientras está dormida tiene cierta aptitud para ejecutar algunas funciones correspondientes a la vida de relación exterior, como las de levantarse, andar y hablar.
- **Transporte Público Autorizado:** Persona jurídica autorizada por la Autoridad Competente para prestar servicio permanente de transporte de personas, a los que, previo pago del pasaje o boleto, acceden las personas para movilizarse regularmente, a efectos del desarrollo de sus actividades profesionales o personales.  
Dichos servicios deben observar itinerarios fijos y regulares y desarrollarse entre lugares de origen y destino señalados en la respectiva autorización.

## **ARTICULO 26. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO:**

### **26.1 AVISO DE SINIESTRO:**

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las condiciones particulares del presente documento o certificado de seguro, 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.

## **26.2 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 o certificado de seguros) 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.
- h) Copia Certificada del Certificado Médico de defunción del Asegurado.

**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; sólo en caso de accidente de tránsito siempre que el accidente sea consecuencia directa de esos estados y esta situación sea acto generador del siniestro.
- d) Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas.

**En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la ASEGURADORA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción. El**

**pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.**

**A) En caso de Invalidez Total Permanente ó Invalidez Parcial Permanente (desmembramiento) por accidente:**

- a) Copia simple del Documento de identidad del ASEGURADO.**
- b) Copia Legalizada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) de la Historia Clínica del ASEGURADO, en caso corresponda.**
- c) Copia Legalizada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) del Informe Médico completo, en caso corresponda.**
- d) Copia Certificada del Atestado policial completo o diligencias fiscales, en caso corresponda.**
- e) Original y/o copia legalizada del Dosaje etílico, en caso corresponda.**
- f) Original del Dictamen de Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD o EPS**

**B) En caso de Desamparo Familiar Súbito:**

- a) Copia Certificada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) del Acta o Partida de Defunción del cónyuge.**
- b) Copia Certificada del Certificado de Defunción del cónyuge.**
- c) Copia simple del Documento de identidad del cónyuge.**
- d) Copia simple del Documento de identidad de los hijos de ambos padres fallecidos, de acuerdo a lo descrito por esta cobertura.**

**Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:**

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

### **26.3 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 91º establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP debe comunicarse al ASEGURADO 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 27. PAGO DE BENEFICIOS A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE**

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a pago de beneficios por Muerte, Invalidez Total Permanente e Invalidez Parcial Permanente (Desmembramiento). Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Parcial Permanente o Desmembramiento, la ASEGURADORA deducirá del capital asegurado por Muerte el beneficio pagado por Invalidez Parcial Permanente o Desmembramiento.

#### **ARTÍCULO 28. PAGO DE BENEFICIOS EN CASO DE ACCIDENTES SUCESIVOS**

Si el ASEGURADO sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, el pago de las sumas correspondientes por Invalidez Parcial Permanente, de acuerdo a lo establecido en el Anexo A - Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente, no podrán exceder en conjunto del cien por ciento (100%) del Capital Asegurado previsto por este concepto en las Condiciones Particulares de la Póliza.

#### **ARTICULO 29. CESION:**

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 30. MONEDA:**

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

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

### **ARTÍCULO 31. MODIFICACIÓN DEL RIESGO**

El ASEGURADO perderá el derecho a indemnización estipulado en la presente Póliza si en el curso de la vigencia de la Póliza ocurriera cualquier cambio que aumente o agrave en forma permanente el riesgo asegurado, sea por cambio de la profesión u oficio, así como por la salud del ASEGURADO, sin que se hubiese dado el aviso correspondiente a la ASEGURADORA.

Sin embargo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrán solicitar a la ASEGURADORA el mantenimiento de la cobertura, comunicando por escrito las circunstancias modificatorias y pagando la prima adicional que la ASEGURADORA considere necesaria, en caso decida aceptarlo.

## **ANEXO A**

### **TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE**

#### **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL**

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura Incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente	100%
Pérdida total de los ojos	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie	100%

## INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

### CABEZA

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

### MIEMBROS SUPERIORES

	DER.	IZQ.
Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	6%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar de la mano	20%	18%
Pérdida del dedo índice	16%	14%
Pérdida del dedo medio	12%	10%
Pérdida del dedo anular	10%	8%
Pérdida del dedo meñique	6%	4%

### MIEMBROS INFERIORES

Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%
Pérdida de un pie	35%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms	8%
Pérdida del dedo gordo del pie	10%
Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie	4%

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionados.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de la pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectados.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido, por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratase del pulgar, y a la tercera parte, cada falange, si se tratase de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdidos, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% del Capital Asegurado.

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones, constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del ASEGURADO.

En caso de constar en la solicitud que el ASEGURADO ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de la indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.