

# **Condiciones Generales Seguros Educación Rimac**

Código de Registro: VI0507100388

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 (A SER COMPLETADO POR LA UNIDAD DE NEGOCIOS)

22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO
23. COBERTURAS
24. EXCLUSIONES
25. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO
26. CLAUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

## 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 ASEGURADO es verdadera. Asimismo, la cobertura de la presente Póliza está sujeta a que la ASEGURADORA haya aprobado la Solicitud de Seguro.

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, en caso corresponda.

### 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 cuya vida se asegura en la presente Póliza, para lo cual debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la Póliza. El Asegurado puede ser el Contratante.
- **Beneficiario:** Persona natural o jurídica quien recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza.
- **Buena Salud:** No adolecer de enfermedad preexistente.
- **Capacidad de Trabajo:** La capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.
- **Contratante:** Persona natural o jurídica que firma este contrato de seguro con la ASEGURADORA.
- **Convenio de Pagos o Cronograma de Pago:** Documento en el que consta el compromiso de pagar la Prima en la forma y plazos pactados con la ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante de la Póliza.

## SEGURO DE VIDA – EDUCACIÓN RIMAC

- **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. 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.
- **Dependiente:** Persona natural designada en la Póliza de Seguro, cuyos costos de educación son asumidos por el(los) Asegurados bajo la presente Póliza 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 a la Póliza.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por el seguro. Las exclusiones se encuentran expresamente indicadas en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales
- **Fallecimiento:** Fin de la vida del **ASEGURADO** por cualquier causa.
- **Indemnización, Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe 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. El Beneficio será pagado en función a los meses considerados como año lectivo, ya sea en etapa escolar o universitaria, incluyendo matrícula. Se considerarán meses lectivos desde marzo hasta diciembre (10 meses).
- **Interés Asegurable:** Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el deseo que debe tener el Contratante para obtener la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca, ya que, en caso que se produzca, le generaría un perjuicio económico.
- **Invalidez Total y Permanente:** El hecho que el Asegurado sufra una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual, de forma definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, debido a lesiones corporales o por enfermedad y siempre que el carácter de tal incapacidad sea.

## SEGURO DE VIDA – EDUCACIÓN RIMAC

- **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.
- **Póliza:** Es el documento emitido por la ASEGURADORA en el que consta el contrato de seguro. Está conformado por las presentes Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones especiales, si las hubiere 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 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.
- **Reticencia:** Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO.
- **Siniestro:** Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.
- **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.

### **ARTÍCULO 2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:**

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

### **ARTÍCULO 3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE / 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 en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este

## SEGURO DE VIDA – EDUCACIÓN RIMAC

producto a través de dichos canales, 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.

En caso que la condición de EL CONTRATANTE y ASEGURADO recaigan en personas distintas, se requiere el consentimiento del ASEGURADO en la Póliza. El ASEGURADO puede revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento. LA ASEGURADORA, desde la recepción del documento que acredite la revocatoria, no será responsable de cualquier siniestro que se produzca, por lo que cesa la cobertura del riesgo. El CONTRATANTE tiene derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

### **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 la Póliza de Seguro y está supeditada a las particularidades señaladas en el Capítulo II del presente documento.

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

El inicio de la cobertura se encontrará condicionado al pago de la prima convenida firma del Convenio de Pago obligándose a pagarla, o ante la ocurrencia del siniestro, en caso que éste se produzca antes del vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima.

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; 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 Contratante puede solicitar -por escrito- la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendarios 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.

## **SEGURO DE VIDA – EDUCACIÓN RIMAC**

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

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

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

En este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

### **D. Renovación Automática de la Póliza:**

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

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

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

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

## **ARTICULO 6. CAUSALES DE TERMINO DEL CONTRATO DE SEGURO:**

**El contrato de seguro terminará una vez que ocurra uno de los siguientes eventos, sin necesidad de aviso previo, simultáneo o posterior por parte de la ASEGURADORA:**

- a) Se produzca un siniestro que dé lugar al pago de cualquiera de las coberturas de la presente Póliza, al cien por ciento (100 %).**
- b) Al término de la anualidad correspondiente a la fecha en que el ASEGURADO haya cumplido la edad máxima de permanencia, que será señalada en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales.**
- 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 período efectivamente cubierto. Asimismo, procederá a devolver al CONTRATANTE, el importe de la prima correspondiente al período de vigencia no transcurrido.

**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:

- 7.1. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.2. Por falta de pago de la prima, por lo cual la ASEGURADORA podrá optar por resolver la Póliza de Seguro, durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. La Póliza de Seguro se considerará resuelta en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación por escrito 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 por escrito en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato de Seguro tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el Contrato de Seguro podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra prima o de modificar las condiciones contractuales.

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

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE 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 o ASEGURADO incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.

- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.**
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del 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, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el período efectivamente cubierto, debiendo LA ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.**

- 7.5 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión (reajuste de primas) de la póliza. La propuesta de revisión deberá ser presentada al CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La ASEGURADORA podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el CONTRATANTE de respuesta a la revisión propuesta. La resolución del contrato se producirá luego de recibida la comunicación con la decisión de la ASEGURADORA, correspondiéndole a ésta la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.**

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

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

- a) El CONTRATANTE en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1. y 7.6. precedentes
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.3., 7.4. y 7.5. precedentes.

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

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por EL CONTRATANTE, éste deberá presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE haya presentado la solicitud.

Para los efectos del reembolso de prima, en caso corresponda, no aplicará penalidades u otro cobro de naturaleza similar.

### ARTICULO 8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

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

El Contrato de Seguro será nulo:

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

Para el caso descrito en el numeral 8.3. precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que se iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro. Asimismo, dicho pronunciamiento deberá ser notificado por medio fehaciente.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

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

- b) La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses), excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.

El CONTRATANTE deberá presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. El plazo con que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE haya presentado la solicitud.

### **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 este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato por razón de la reticencia y/o declaración inexacta, ya sea el reajuste de primas y/o coberturas o la resolución del contrato.**

**En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del CONTRATANTE, la ASEGURADORA podrá resolver la Póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal.**

**Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.**

- (ii) Constatación DESPUES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA reducirá la 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 establecida 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.

## **SEGURO DE VIDA – EDUCACIÓN RIMAC**

- 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 sea requerido por el Comercializador, Contratante y/o Asegurado, la ASEGURADORA realizará una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la Prima, la cual constará en las Condiciones Particulares.
- 10.9.** 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 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 período corrido del Contrato de Seguro.

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

### 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.

### **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** o **ASEGURADO** 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 y gastos debidamente justificados. 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 la Póliza de Seguro.

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 rectificaran las Primas en el futuro y se devolverá el exceso de Primas percibidas sin intereses.

### **ARTICULO 13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:**

## SEGURO DE VIDA – EDUCACIÓN RIMAC

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 o 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).**

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:**

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

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

### **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:

**Verbal:** Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas, descritas en el Resumen de la presente Póliza de Seguro.

**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.



## **SEGURO DE VIDA – EDUCACIÓN RIMAC**

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

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de los mecanismos de comunicación acordados en la Póliza 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.

## **SEGURO DE VIDA – EDUCACIÓN RIMAC**

Para los efectos del presente Contrato la ASEGURADORA, el CONTRATANTE y el ASEGURADO señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en la Póliza 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 y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral, siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo, consulta o denuncia ante la Defensoría del Asegurado, 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 cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

Edad mínima de ingreso	= 18 años
Edad máxima de ingreso	= 70 años y 364 días (después solo renovaciones)
Edad máxima de permanencia	= 74 años y 364 días

Asimismo, sólo podrán ser aseguradas las personas que cuenten con un Dependiente en etapa escolar. Solo se podrá contratar el presente Seguro garantizando la cobertura a un Dependiente.

**ARTICULO 23. COBERTURAS:**

- a) **FALLECIMIENTO:** En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, La Compañía pagará al Beneficiario, 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.

El pago de la Suma Asegurada será pagado en forma de renta anual, tal como se indica en la Póliza de Seguro.

En caso que el fallecimiento del ASEGURADO se produjere durante el transcurso de un período anual lectivo, LA ASEGURADORA pagará como primera cuota, el importe proporcional correspondiente a los meses lectivos restantes hasta la finalización del año lectivo, y las cuotas restantes serán pagadas con periodicidad anual.

b) **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad o de accidente, la Compañía pagará el capital asegurado indicado para esta cláusula en la Póliza de Seguro, y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la presente cláusula. Esto se cumplirá siempre que la Póliza de Seguro se encuentre vigente, y si la invalidez total y permanente surge como consecuencia de una enfermedad, y que haya transcurrido el Período de Carencia descrito a continuación.

El pago de la Suma Asegurada será pagado en forma de renta anual, tal como se indica en las Condiciones Particulares.

la presente cobertura se brindará incluso, si la invalidez, que derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

La Invalidez Total y Permanente Accidente o Enfermedad del ASEGURADO será evaluada tomando en consideración las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.”

En caso que la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad del ASEGURADO se produjere durante el transcurso de un período anual lectivo, LA ASEGURADORA pagará como primera cuota, el importe proporcional correspondiente a los meses lectivos restantes hasta la finalización del año lectivo, y las cuotas restantes serán pagadas con periodicidad anual.

**PERIODO DE CARENCIA**

Para el caso de Invalidez Total y Permanente que surja como consecuencia de una enfermedad, aplicará un período de carencia de ciento ochenta (180) días calendario, los mismos que serán contados desde la fecha de inicio de vigencia del seguro. En virtud de ello, en caso que la enfermedad que produzca la Invalidez Total y Permanente se presente o diagnostique dentro de dicho período, esta enfermedad será considerada como preexistente, y no se brindará la presente cobertura.

**CONDICIONES ESPECIALES:**

Se cubrirá como máximo, un año de educación repetido, en caso esto suceda; reprogramándose la fecha de culminación estimada de estudios. En caso de repetir más de un año, solo se dará cobertura hasta la nueva fecha prevista que considera 1 año repetido.

**ARTICULO 24. EXCLUSIONES:**

La ASEGURADORA estará eximida de cualquier obligación, en caso de que el fallecimiento o invalidez del (os) ASEGURADO (s) ocurra en las siguientes circunstancias:

- A. Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación de esta póliza.
- B. Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado, servicio militar; así como en huelgas, motín, tumulto popular, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- C. Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o heredero.
- D. 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, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- E. 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.
- F. Lesiones o fallecimiento a consecuencia de un accidente aéreo devenido de un viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, así como operaciones o viajes submarinos; excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

- G. 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.**
- H. Realización de las siguientes actividades o deportes riesgosos: inmersión submarina, artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de cualquier tipo de animales.**
- I. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**
- J. Los accidentes o fallecimiento que se produzcan en situación y a consecuencia directa de embriaguez (0.5gr/lit) o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas o en estado de sonambulismo.**
- K. Fallecimiento como consecuencia de enfermedades graves y/o crónicas preexistentes a la contratación [de esta póliza](#).**
- L. Los siniestros derivados de fenómenos de la naturaleza como son Terremotos, inundaciones, huaycos.**
- M. Enfermedades mentales o nerviosas y las complicaciones médicas de embarazos o partos.**
- N. Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa. Se considera legítima defensa el derecho de todo ciudadano a responder por medio de la violencia a una agresión e infracción actual, inminente e inmediata, injusta y dirigida contra él o contra otro. Aplica únicamente para la cobertura de Invalidez Total y Permanente.**
- O. Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.**
- P. Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.**

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

**25.1 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 su ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

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

**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 de la presente Póliza de Seguro) los siguientes documentos:

### PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO

En caso de Muerte Natural:

- Certificado de Defunción, en original ó copia certificada.
- Acta ó Partida de Defunción, en original ó copia certificada.
- Historia Clínica foliada y fedateada del Asegurado (solo en caso de muerte natural)
- Certificado de Notas del o los Dependiente(s), cursando el Colegio.

En caso que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de un accidente, se deberán presentar adicionalmente, los siguientes documentos: (No requiere presentar Historia Clínica.

- Copia del parte y atestado policial, de haberse realizado.
- Certificado y protocolo de necropsia, de haberse realizado.
- Resultado de examen toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado.
- Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito, según corresponda, el mismo que deberá ser realizado por la autoridad correspondiente.

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.

### PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

Corresponde al Asegurado otorgar las pruebas de su situación de invalidez total y permanente, debiendo presentar a la Compañía Aseguradora, los antecedentes y documentos que respalden su condición, los mismos que se detallan a continuación:

- Copia del Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO
- Dictamen de Invalidez emitidos por la Comisión Médica de Essalud o el Ministerio de Salud (MINSA) o EPS o la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas o Policiales si corresponde.
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada de todos los centros médicos donde se atendió antes y durante la enfermedad o accidente que generó la Invalidez Permanente Total e Informes Médicos sobre atenciones y/o tratamientos relacionados al accidente o enfermedad y estado de Invalidez.
- En caso de Invalidez por accidente se requiere el atestado policial o diligencias fiscales según corresponda, Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, y el Dosaje etílico según corresponda, el mismo que deberá ser realizado por la autoridad correspondiente.

El Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de HIV/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía,

incluyendo la referida al HIV/SIDA. La información que obtenga la compañía referida al HIV/SIDA será confidencial y empleada exclusivamente para determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico por la cual se solicita cobertura.

La Compañía, mediante una comunicación escrita, determinará e informará su decisión sobre la invalidez total y permanente del Asegurado en un máximo de treinta (30) días.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen, podrá apelar al mismo dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía. En este caso, la invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres médicos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y tomando en consideración las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez”, según la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.

La declaración de invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la Compañía y para la junta médica un valor meramente informativo y referencial.

### 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.

### 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, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse respecto a la procedencia del siniestro hasta que se presente la documentación e información 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 solicite la prórroga de dicho plazo.

Cuando la ASEGURADORA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la

**indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al ASEGURADO, BENEFICIARIO o HEREDERO, según corresponda la extensión del plazo antes señalado.**

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

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

**Una vez consentido 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.**