

# Condiciones Generales

## Póliza Individual de Seguro de Vida Universal

### Condiciones Generales

#### **CAPÍTULO I. CONSIDERACIONES GENERALES 2**

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES 2

ARTÍCULO 2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA COMPAÑÍA 6

ARTÍCULO 3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO 6

ARTÍCULO 4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO 7

ARTÍCULO 5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE 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 7

ARTÍCULO 6. CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO 8

ARTÍCULO 7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA) 8

ARTÍCULO 8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO 9

ARTÍCULO 9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA 10

ARTÍCULO 10. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO 11

ARTÍCULO 11. REHABILITACIÓN LEGAL DE LA COBERTURA 13

ARTÍCULO 12. COMPROBACIÓN DE LA EDAD 13

ARTÍCULO 13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA 13

ARTÍCULO 14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO 14

ARTÍCULO 15. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS 14

ARTÍCULO 16. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO 14

ARTÍCULO 17. INDISPUTABILIDAD 15

ARTÍCULO 18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES 15

ARTÍCULO 19. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS 15

ARTÍCULO 20. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA 16

ARTÍCULO 21. TRIBUTOS 16

ARTÍCULO 22. CONSENTIMIENTO DEL TERCERO 16

## **CAPÍTULO II. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO 16**

ARTÍCULO 23. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO 16

ARTÍCULO 24. CESIÓN 17

ARTÍCULO 25. COBERTURA DE FALLECIMIENTO 17

ARTÍCULO 26. EXCLUSIONES 17

ARTÍCULO 27. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO 18

ARTÍCULO 28. PAGO A LOS BENEFICIARIOS 20

ARTÍCULO 29. IMPORTE DEL BENEFICIO 21

ARTÍCULO 30. RESCATE 22

ARTÍCULO 31. CARGO POR RESCATE 23

ARTÍCULO 32. PRÉSTAMOS 23

## **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 No. 29355.**

**La COMPAÑÍA 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.**

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

### **ARTÍCULO 1. DEFINICIONES**

**1. ASEGURADO:** Persona natural cuyo nombre y demás datos de identificación constan en las Condiciones Particulares y cuya vida se asegura en la presente Póliza, Es el titular del interés asegurable, objeto del contrato del seguro, puede ser también el Contratante del seguro.

**2. ASEGURADO ADICIONAL:** Persona natural cuyos datos de identificación constan en las Condiciones Particulares y cuya vida se asegura mediante la contratación de una Cláusula Adicional (Muerte para asegurado adicional y/o Invalidez Total y Permanente para Asegurado Adicional).

**3. BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica designada en la Póliza o mediante declaración posterior, que recibirá la indemnización, Beneficio o Suma Asegurada que se establezca de acuerdo con las condiciones y términos de esta Póliza. La COMPAÑÍA tiene el derecho de rechazar cualquier cambio de BENEFICIARIO(s) solicitado que implique el otorgamiento de los derechos o beneficios de esta Póliza a

una persona, natural o jurídica que no tenga un interés asegurable en la vida del ASEGURADO al momento de la petición de cambio. En caso del Fallecimiento de cualquier BENEFICIARIO el importe del beneficio que le hubiera correspondido acrecentará el Importe del Beneficio de los BENEFICIARIOS supérstites.

**4. BENEFICIARIO CONTINGENTE:** El que así ha sido declarado en las Condiciones Particulares de esta Póliza; tendrá derecho al cobro del importe del beneficio solo en caso de que al momento del siniestro no exista ningún BENEFICIARIO vivo. En caso del Fallecimiento de cualquier BENEFICIARIO CONTINGENTE el importe del beneficio que le hubiera correspondido acrecentará el Importe del Beneficio de los BENEFICIARIOS CONTINGENTES supérstites.

**5. BENEFICIARIO IRREVOCABLE:** La declaración de BENEFICIARIO(S) podrá tener el carácter de irrevocable. Toda modificación de BENEFICIARIO(S) IRREVOCABLE(S) será solicitada mediante comunicación escrita, debidamente suscrita por el CONTRATANTE y el BENEFICIARIO IRREVOCABLE a ser modificado, cuyas firmas deberán contar con certificación ante notario. Asimismo, se requerirá este consentimiento para llevar adelante cualquier cesión.

**6. CARGO PERIODICO DE LA POLIZA:** Es el monto compuesto por el Costo del Seguro y el Gasto Administrativo, que la COMPAÑÍA descontará diariamente del Valor Póliza.

**7. 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.

**8. COMPAÑÍA:** Es OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA S.A. quien emite la presente Póliza.

**9. CONTRATANTE:** Persona natural o jurídica que firma este Contrato de Seguro con la COMPAÑÍA y quien es el responsable del pago de las Primas. Él designará a los BENEFICIARIOS o podrá ceder esta facultad al ASEGURADO. La designación de BENEFICIARIOS será realizada mediante la presentación del formulario proporcionado por la COMPAÑÍA.

Las designaciones de BENEFICIARIOS son revocables y el CONTRATANTE podrá cambiarlos en cualquier momento hasta antes de la fecha de fallecimiento del ASEGURADO.

El CONTRATANTE cuenta con todos los derechos inherentes a la Póliza mientras que el ASEGURADO no haya fallecido, con sujeción a los derechos de cualquier cesionario conocido. Luego del fallecimiento del ASEGURADO, el CONTRATANTE únicamente tendrá los derechos que le pudieran corresponder según la sección BENEFICIARIO. El CONTRATANTE podrá solicitar a la COMPAÑÍA el cambio de CONTRATANTE, mediante la presentación del formulario correspondiente. Dicha solicitud estará sujeta a la evaluación de la COMPAÑÍA.

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

**11. CORREDOR DE SEGUROS:** Es la persona que realiza la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizada 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.

**12. COSTO DEL SEGURO O PRIMA PURA DE RIESGO:** Es el monto que permite cubrir los riesgos de las coberturas contratadas en la presente póliza y que se descontará del Valor Póliza. Para su determinación se utilizará la Edad Actuarial del ASEGURADO, es decir, aquella que éste tuviera a la Fecha de Inicio de vigencia de la Póliza, salvo que a dicha fecha hayan transcurrido más de seis (6)

meses desde su último cumpleaños, en cuyo caso se considerará el número entero inmediatamente superior. La Edad Actuarial aumentará en cada aniversario de la póliza. El Costo del Seguro se calculará periódicamente por la COMPAÑÍA de acuerdo con sus expectativas de mortalidad futura y no podrá exceder, en ningún caso el "COSTO MAXIMO DEL SEGURO", que figura en las Condiciones Particulares.

**a. En opción A:** El costo del seguro es decreciente en relación con el Monto Neto en Riesgo por parte de la Compañía.

**b. En opción B:** El costo del seguro se mantiene nivelado en relación con el Monto Neto en Riesgo por parte de la Compañía.

**13. 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.

**14. 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.

**15. DECLARACION PERSONAL DE SALUD – DPS:** Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud. La Declaración Personal de Salud deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por la COMPAÑÍA. El o los documento(s) donde conste(n) esta declaración puede(n) ser parte(s) de la Solicitud de Seguro.

**16. DÍAS:** Días calendario.

**17. DOLO:** Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir o no declarar intencionalmente lo que se debe declarar. Tiene el mismo efecto que la Culpa Inexcusable, salvo las excepciones previstas normativamente.

**18. ENDOSO:** Documento que se adhiere con posterioridad a la emisión de la Póliza, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del CONTRATANTE, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE, según corresponda.

**19. EXCLUSIONES:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por este seguro. Las exclusiones se encuentran expresamente indicadas en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales.

**20. FECHA DE VENCIMIENTO:** La Fecha de Vencimiento es el aniversario de la Póliza en el que el ASEGURADO llega con vida a la edad de cien (100) años. En dicha fecha se pagará el Importe del Beneficio, según la opción vigente a la fecha de vencimiento.

**21. FONDO PROYECTADO GARANTIZADO:** Es el importe acumulado en base al abono efectivo de la Prima Planeada más el rendimiento de la TIR Garantizada menos los Cargos Periódicos de la Póliza (utilizando el "Costo Máximo del Seguro") de las coberturas contratadas.

**22. GASTO ADMINISTRATIVO:** Es el monto que se descontará del Valor Póliza para cubrir los gastos de administración de la póliza.

**23. INTERÉS ASEGURABLE:** Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es la relación de pérdida económica que motiva al CONTRATANTE y/o ASEGURADO a obtener la cobertura para la protección de determinado riesgo, reflejado en el deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que, de producirse, generaría un perjuicio económico para ellos mismos o para los BENEFICIARIOS.

**24. MESES Y AÑOS PÓLIZA:** Esta Póliza entrará en vigencia en la Fecha de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares. Los Meses y Años Póliza se obtienen a partir de la Fecha de la Póliza. El primer día del Año de la Póliza corresponde a la Fecha de la Póliza y sus aniversarios.

**25. MONTO NETO EN RIESGO O INDEMNIZACIÓN:** Es lo siguiente:

a. En la Opción A: Es el resultante mayor entre: la Suma Asegurada menos el Valor Neto de la Póliza o el Valor Neto de la Póliza multiplicado por un Factor de Seguridad que figura en las Condiciones Particulares.

b. En la Opción B: Es el resultante mayor entre: la Suma Asegurada o el Valor Neto de la Póliza multiplicado por un Factor de Seguridad que figura en las Condiciones Particulares.

**26. MUERTE O FALLECIMIENTO:** Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa.

**27. PÓLIZA:** Es el documento emitido por la COMPAÑÍA 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); la solicitud del seguro; 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.

**28. PRIMA BÁSICA:** Monto de prima indicado en las Condiciones Particulares y en función de la cual se calcularán los gastos administrativos y los cargos de rescate.

**29. PRIMA PAGADA:** Es igual a la prima efectivamente abonada por el CONTRATANTE.

**30. PRIMA PLANEADA:** Es el importe que el CONTRATANTE se compromete a abonar con la periodicidad establecida en las Condiciones Particulares y que será indicada en el Convenio de Pagos.

**31. RETICENCIA:** Es la omisión en describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.

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

**33. SUMA ASEGURADA:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares, en base al cual se pagará el Importe del Beneficio (Artículo 28) en caso de la ocurrencia de un siniestro cubierto por la Póliza.

**34. SUMA ASEGURADA MINIMA:** Es el importe así establecido en las Condiciones Particulares.

**35. TASA INTERNA DE RETORNO (TIR):** Es la tasa anual calculada a un año de 360 días calendario del rendimiento de las inversiones de la COMPAÑÍA.

**36. TASA INTERNA DE RETORNO ACREDITADA (TIR ACREDITADA):** Es la TIR que la COMPAÑÍA pagará periódicamente sobre el Valor Póliza, la cual no podrá ser menor a la TIR Garantizada.

**37. TASA INTERNA DE RETORNO GARANTIZADA (TIR GARANTIZADA):** Es la TIR mínima que la COMPAÑÍA se compromete a pagar sobre el Valor Póliza y que será fijada en las Condiciones Particulares.

**38. VALOR DE RESCATE:** Es el equivalente al Valor Neto de la Póliza menos el Cargo por Rescate, de aplicarse.

**39. VALOR NETO DE LA POLIZA:** Es el monto del Valor Póliza menos los saldos insolutos de los préstamos vigentes.

**40. VALOR POLIZA:** Es la suma de las Primas Pagadas y la rentabilidad obtenida en el periodo, menos los costos de seguro de las coberturas contratadas, los gastos administrativos de la Póliza, las cuotas de los préstamos vigentes, los rescates parciales efectuados por el CONTRATANTE y los cargos por rescate parcial.

## **ARTÍCULO 2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA COMPAÑÍA**

2.1 La COMPAÑÍA se compromete a indemnizar al ASEGURADO o BENEFICIARIO(s), según corresponda, de acuerdo con las condiciones de la Póliza.

2.2 La COMPAÑÍA enviará un estado de cuenta con una periodicidad mínima anual donde constará: (1) el Valor Póliza; (2) el Valor de Rescate; (3) cualquier interés acreditado desde la última declaración; (4) todas las primas pagadas desde la última declaración; (5) cualquier cargo tomado desde la última declaración; y (6) cualquier préstamo vigente. A solicitud del CONTRATANTE o ASEGURADO la COMPAÑÍA podrá enviar declaraciones con mayor frecuencia.

2.3 Desde que esta Póliza esté vigente, a solicitud del CONTRATANTE, la COMPAÑÍA enviará información ilustrativa actualizada, mostrando el Valor Póliza, el Valor de Rescate y los Beneficios por Fallecimiento basados en la TIR Acreditada y TIR Garantizada, así como cualquier otro supuesto.

2.4 La Póliza otorgará cobertura al ASEGURADO en todo el territorio de la República del Perú; asimismo, otorgará cobertura fuera del territorio nacional en los países indicados en las Condiciones Particulares.

## **ARTÍCULO 3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO**

3.1 El CONTRATANTE se compromete a pagar la prima.

3.2 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la COMPAÑÍA, cuando corresponda. En caso la normativa vigente permita la contratación de este tipo de seguro mediante mecanismos de comercialización a distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.

3.3 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a brindar a la COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.

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

3.5 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declaran conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un Corredor de Seguros como representante. De ser el caso, éste 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 COMPAÑÍA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.

3.6 La Póliza se basa en la información ofrecida por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE en la Solicitud de Seguro y en cualquier otra comunicación escrita con la COMPAÑÍA.

3.7 El ASEGURADO se compromete a facilitar a la COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, física o electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la COMPAÑÍA desde que recibe la solicitud de seguro. El compromiso y autorización del ASEGURADO se entiende también extendido a la información que requiera la COMPAÑÍA para evaluar cualquier solicitud de cobertura bajo este seguro.

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

4.1 La presente Póliza tendrá la vigencia indicada en las Condiciones Particulares.

4.2 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 de la Prima Planeada.

#### **ARTÍCULO 5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE 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**

##### **5.1 Solicitud de Modificación de la Póliza formulada por el CONTRATANTE:**

El CONTRATANTE pueden 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 COMPAÑÍA solo desde que ésta comunique al CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso de que, la COMPAÑÍA no responda la solicitud de modificación en el plazo de quince (15) 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.

##### **5.2 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 COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA, se tendrán las diferencias como no escritas, excepto cuando éstas 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.

### **5.3 Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:**

La **COMPAÑÍA** 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 **COMPAÑÍA**. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del **CONTRATANTE** no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

### **ARTÍCULO 6. CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO**

El Contrato de Seguro terminará en la primera de las siguientes fechas o lo que ocurra primero, sin necesidad de aviso previo, simultáneo o posterior por parte de la **COMPAÑÍA**:

- a) Cuando se produzca un siniestro que dé lugar al pago del cien por ciento (100%) del Importe del Beneficio de la cobertura de la presente Póliza.
- b) Al finalizar la vigencia de la Póliza.
- c) En caso corresponda, 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 del presente Condicionado General.
- d) Si el interés asegurable desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

En caso se produzca la terminación contractual, la **COMPAÑÍA** tendrá derecho a percibir el Cargo Periódico de la Póliza correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

### **ARTÍCULO 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 **COMPAÑÍA**, 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 **COMPAÑÍA** el Cargo Periódico de la Póliza, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- b) Por falta de pago del Cargo Periódico de la Póliza en el caso que la **COMPAÑÍA** 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 escrita de la **COMPAÑÍA** informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la **COMPAÑÍA** el cobro del Cargo Periódico de la Póliza correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

c) 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, el Importe del Beneficio que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho a éste. En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actúe, 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 c) anterior, la COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA el Cargo Periódico de la Póliza, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

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

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

En caso de que la resolución se haya producido por parte de la COMPAÑÍA, o por parte del CONTRATANTE, y corresponda el reembolso del Valor de Rescate a favor del CONTRATANTE, la COMPAÑÍA deberá reembolsar el Valor del Rescate referido dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso de que la resolución haya sido ejercida por EL CONTRATANTE, éste deberá presentar su solicitud de reembolso a la COMPAÑÍA, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. El plazo con el que cuenta la COMPAÑÍA 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 del Valor de Rescate, en caso corresponda, no aplicará penalidades u otro cobro de naturaleza similar.

## **ARTÍCULO 8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO**

La nulidad deja sin efecto el Contrato de Seguro desde el inicio de vigencia, debido a que existía una causal al momento de su celebración que hubiera impedido su celebración o modificado sus condiciones, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y, por lo tanto, nunca tuvo 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 COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del

riesgo. En caso de 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 COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que la COMPAÑÍA 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, no está dentro de 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 COMPAÑÍA el importe total de la Indemnización recibida.

- La COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las Primas Pagadas (sin intereses), dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente, en cuyo caso los Cargos Periódicos de la Póliza quedan adquiridas por La COMPAÑÍA, quien tiene derecho al cobro de los acordados para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

#### **ARTÍCULO 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 COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente.

9.2 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.

9.3 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:

a. Constatación antes que se produzca el siniestro:

La COMPAÑÍA 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 del Cargo Periódico de la Póliza 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 COMPAÑÍA podrá resolver la Póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer

**párrafo del presente literal. Corresponden a la COMPAÑÍA los Cargos Periódicos de la Póliza, hasta el momento en que se efectuó la resolución.**

b. Constatación después de que se produzca el siniestro:

La COMPAÑÍA reducirá la Indemnización a pagar en la misma proporción existente entre el Cargo Periódico de la Póliza efectivamente realizado y el que debió haberse realizado.

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

10.1 El pago de la Prima Planeada tiene por objeto constituir el Fondo Proyectado Garantizado que figura en las Condiciones Particulares y contribuir al Valor Póliza de manera que siempre cuente con saldo suficiente sobre el cual resulte posible realizar el Cargo Periódico de la Póliza.

10.2 El Cargo Periódico de la Póliza es el monto compuesto por el Costo del Seguro y el Gasto Administrativo, que la COMPAÑÍA descontará diariamente del Valor Póliza, el cual tiene por objeto garantizar las coberturas de la Póliza, siempre y cuando exista saldo en el Valor Neto de la Póliza sobre el cual realizar dichos cargos.

10.3 El Cargo Periódico de la Póliza es debido por el CONTRATANTE a la COMPAÑÍA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de este pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el BENEFICIARIO.

10.4 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.

10.5 La COMPAÑÍA podrá compensar el Cargo Periódico de la Póliza a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al cesionario 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 COMPAÑÍA provenientes de Siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la COMPAÑÍA, sin la expresa y previa aceptación de la COMPAÑÍA.

10.7 En caso de Siniestro que deba ser indemnizado en virtud de la presente Póliza, el Cargo Periódico de la Póliza para cubrir el riesgo se entenderá totalmente devengado, debiendo la COMPAÑÍA descontarla del pago de la Indemnización correspondiente.

10.8 El pago de la Prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la COMPAÑÍA o la entidad financiera o persona jurídica autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.

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

#### **EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:**

##### **i) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-**

**La Póliza se mantendrá vigente mientras que el saldo del Valor Neto de la Póliza permita realizar el Cargo Periódico de la misma.**

Si el saldo del Valor Neto de la Póliza resultara insuficiente para cubrir el importe del Cargo Periódico de la Póliza, la COMPAÑÍA comunicará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, a través de los medios acordados en las Condiciones Particulares, que en caso no realice el pago del importe suficiente para cubrir el valor de una mensualidad del Cargo Periódico de la Póliza, dentro de los treinta (30) días desde que no se pudo realizar el Cargo Periódico de la Póliza, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo.

La COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si el fallecimiento ocurriese sin que se regularice el pago del monto adeudado y dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, se deducirá del beneficio correspondiente el monto del Cargo Periódico de la Póliza adeudado por el CONTRATANTE.

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

LA COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la COMPAÑÍA el Cargo Periódico de la Póliza.

Se deja expresa constancia que si la COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

#### ARTÍCULO 11. REHABILITACIÓN LEGAL DE LA COBERTURA

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la COMPAÑÍA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato 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 Primas Planeadas vencidas o un monto mínimo equivalente al total de los Cargos Periódicos de la Póliza que no se han podido realizar a dicha fecha. En este caso, la rehabilitación de la Póliza aplicará hacia el futuro y la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, **no siendo la COMPAÑÍA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.**

#### ARTÍCULO 12. COMPROBACIÓN DE LA EDAD

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 Indemnización se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con el Cargo Periódico de la Póliza percibida por la COMPAÑÍA.
- b) Si es menor, se rectificaran los Cargos Periódicos de la Póliza en el futuro y se devolverá el exceso percibido, sin intereses.

## **ARTÍCULO 13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA**

Se considera fraudulento (a):

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 ASEGURADO ADICIONAL y/o BENEFICIARIO bajo su complicidad o consentimiento.

**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, el Importe de Beneficio que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al Importe del Beneficio.**

**En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actúe, contando con los poderes legales requeridos para ello, en nombre y representación de los demás ASEGURADOS, BENEFICIARIOS o herederos legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados.**

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

## **ARTÍCULO 14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

**Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado mediante comercializadores y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este tipo de seguro mediante dicho mecanismo de comercialización, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación de la misma. Para esto, el CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la Prima o parte de la misma, la COMPAÑÍA procederá a la devolución total del importe pagado, dentro de los treinta (30) días siguientes al ejercicio del derecho de arrepentimiento.**

## **ARTÍCULO 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 señalada en el Resumen de la presente Póliza de Seguro.

**15.2. Por escrito:** Mediante carta dirigida a la COMPAÑÍA la cual deberá ser presentada en nuestra Plataformas de Atención o mediante un correo electrónico, ambos dirigidos a las direcciones señaladas en el Resumen de la presente Póliza.

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

#### **ARTÍCULO 16. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO**

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) BENEFICIARIOS, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO, ubicada en Calle Amador Merino Reyna 339 - San Isidro, Lima, Teléfono 4210614, y página web [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe), para resolver las controversias por montos de hasta USD 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos), que surjan entre ellos y la COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA.

Debe interponerse previamente el reclamo ante la COMPAÑÍA para poder acudir a la Defensoría del ASEGURADO.

#### **ARTÍCULO 17. INDISPUTABILIDAD**

Si transcurren dos (2) años desde la celebración del contrato, la COMPAÑÍA no puede invocar la reticencia o falsa declaración del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, excepto cuando es dolosa.

#### **ARTÍCULO 18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES**

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los BENEFICIARIOS y la COMPAÑÍA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

En caso de contratación a través de sistemas de comercialización a distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este tipo de seguro bajo dicho sistema de comercialización, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del Seguro o cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

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

El CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán informar a la COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA, el CONTRATANTE y el ASEGURADO señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares.

## **ARTÍCULO 19. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

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

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

## **ARTÍCULO 20. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA**

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurre el Siniestro o desde la fecha en que se tome conocimiento del beneficio, según corresponda, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

## **ARTÍCULO 21. TRIBUTOS**

Todos los tributos presentes que graven las Primas o cualquier beneficio que derive de la Póliza, 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 COMPAÑÍA y no puedan ser trasladados.

## **ARTÍCULO 22. CONSENTIMIENTO DEL TERCERO**

La COMPAÑÍA requerirá consentimiento previo por escrito del ASEGURADO cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. En este supuesto, el ASEGURADO podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberá cursar una comunicación escrita a la COMPAÑÍA, adjuntando copia de su documento de identidad. Una vez notificada la revocación del consentimiento del ASEGURADO, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho.

## **CAPÍTULO II. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO**

### **ARTÍCULO 23. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO**

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporadas como tal en la Póliza, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad, los cuales incluyen el siguiente rango de edad:

- **Edad Mínima de Ingreso a la Póliza: 18 años.**
- **Edad Máxima de Ingreso a la Póliza: 69 años y 364 días.**
- **Edad Máxima de Permanencia en la Póliza: 99 años y 364 días.**

Adicionalmente, la asegurabilidad estará determinada por el resultado de la evaluación de las respuestas a las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) y será manifestada mediante la aceptación expresa de parte de la COMPAÑÍA a las solicitudes de seguro formuladas.

## **ARTÍCULO 24. CESIÓN**

El CONTRATANTE podrá ceder sus derechos en virtud de esta Póliza como garantía para un préstamo o crédito, con sujeción a los términos o disposiciones que puedan afectar la integridad de este contrato. No obstante, la COMPAÑÍA no estará vinculada a ningún tipo de cesión permitida a menos que reciba el formulario de solicitud de cesión, debidamente llenado y firmado. El cesionario tiene un derecho preferente para reclamar el Importe del Beneficio antes que el CONTRATANTE y los BENEFICIARIOS, salvo que se trate de BENEFICIARIOS IRREVOCABLES nombrados con anterioridad a la recepción de la solicitud de cesión. La COMPAÑÍA no asumirá responsabilidad por la validez de ninguna cesión.

La COMPAÑÍA tiene el derecho de rechazar cualquier cesión solicitada que implique la transferencia de derecho o beneficios de esta Póliza a una persona, natural o jurídica, que no tenga un interés asegurable en la vida del ASEGURADO, al momento de pedir la cesión.

## **ARTÍCULO 25. COBERTURA DE FALLECIMIENTO**

En caso de fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, la COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS el Importe del Beneficio señalado 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 ésta.

## **ARTÍCULO 26. EXCLUSIONES**

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

**26.1 Suicidio y/o lesiones auto infligidas causadas intencionalmente por el ASEGURADO, o por terceros con el consentimiento del ASEGURADO, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.**

Asimismo, los aumentos de Suma Asegurada solicitados por el CONTRATANTE que se hayan concedido en los dos (2) años inmediatamente anteriores al suicidio, no integrarán el Importe del Beneficio por fallecimiento.

Esta exclusión no afectará el derecho que le pudiera corresponder a los BENEFICIARIOS sobre el Valor Neto de la Póliza.

**26.2 Cuando el fallecimiento sea consecuencia de intervención directa o indirecta del ASEGURADO en actos delictivos, subversivos, terroristas o aplicación de la pena de muerte.**

**26.3 Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ADICIONAL y/o BENEFICIARIO o quien pudiera reclamar el Importe del Beneficio. En ese sentido, el autor o cómplice pierden el derecho a ser indemnizados. En este supuesto, el Importe del Beneficio que le correspondía a éstos, se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al importe del beneficio.**

**26.4 Guerra convencional, química, biológica y/o nuclear (civil o internacional) declarada o no, estando el ASEGURADO en campaña, así como por intervención, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (haya o no declaración de guerra), duelo concertado, rebelión, revolución, insurrección, tumulto, desorden civil, golpe militar o poder usurpado, confiscación o nacionalización, requisita o destrucción o reclamaciones que resulten del ejercicio de cualquier autoridad pública o gobierno.**

26.5 Como consecuencia de epidemias, fisión o fusión nuclear o radioactividad, sean en forma directa o indirecta o como resultado de cualquier incidente nuclear o riesgos nucleares incluyendo, entre otros, ataques nucleares, accidentes nucleares, desastres nucleares, contaminación radiactiva y/o liberación de energía nuclear o atómica.

## **ARTÍCULO 27. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO**

### **27.1 AVISO DE SINIESTRO:**

El siniestro será comunicado a la COMPAÑÍA 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, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización del presente producto bajo dicho canal de comercialización, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a la COMPAÑÍA, 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, en caso de culpa leve, la COMPAÑÍA 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 a un evento de 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 COMPAÑÍA.

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 COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

### **27.2 SOLICITUD DE COBERTURA:**

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la COMPAÑÍA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente, cuyas direcciones se encuentran detalladas en el Resumen del presente condicionado, los siguientes documentos:

- Solicitud de Cobertura debidamente llenada y suscrita por el(los) BENEFICIARIO(S). Este documento tendrá carácter de declaración jurada.
- Copia del Documento de identidad del ASEGURADO, en caso se cuente con dicho documento.
- Copia Certificada del Certificado de Defunción del ASEGURADO.
- Copia Certificada del Acta o Partida de Defunción del ASEGURADO.
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica completa del ASEGURADO.

- Copia simple del Documento de Identidad de los BENEFICIARIOS. En caso de que haya BENEFICIARIOS menores de edad y no cuenten con Documento de Identidad, deberán presentar Copia Certificada de su Partida de Nacimiento.

- En caso los BENEFICIARIOS sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, además de copia literal de la partida donde conste inscrito definitivamente dicho acto en Registros Públicos. En caso de que la Declaratoria de Herederos se haya realizado por vía judicial, será necesario que presenten la copia Literal de la partida donde conste la inscripción definitiva en Registros Públicos. Estos documentos deberán tener una antigüedad no mayor a treinta (30) días.

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

- Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado.

- Copia Certificada del Resultado del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.

- Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo.

- Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.

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

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera debe ser Apostillado por el Consulado Peruano en el país de expedición; en defecto de ello, deberá ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una Traducción Oficial del mismo.

### **27.3 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 COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, 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 de que la COMPAÑÍA 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 COMPAÑÍA para consentir o rechazar el Siniestro.

Cuando la **COMPAÑÍA** 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 **BENEFICIARIO**, la extensión del plazo antes señalado.

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

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

Una vez consentido el Siniestro, la **COMPAÑÍA** cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago de la Indemnización.

## **ARTÍCULO 28. PAGO A LOS BENEFICIARIOS**

Si se designaron varios **BENEFICIARIOS** sin indicación de porcentajes de participación sobre el Importe del Beneficio, la repartición se hará en partes iguales a menos que se disponga lo contrario. En caso no se designen **BENEFICIARIOS** o **BENEFICIARIOS CONTINGENTES**, 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 se trate de **BENEFICIARIOS IRREVOCABLES** o haya cedido este derecho al **ASEGURADO** y siempre antes del fallecimiento del **ASEGURADO**.

Los **BENEFICIARIOS CONTINGENTES** recibirán el Importe del Beneficio únicamente si no existe ningún **BENEFICIARIO** supérstite. Los derechos de un **BENEFICIARIO** que fallezca antes que el **ASEGURADO** pasarán a los **BENEFICIARIOS** supérstites de la misma clase, salvo que el **CONTRATANTE** disponga lo contrario por escrito. En caso de que no haya ningún **BENEFICIARIO** supérstite, ni herederos legales, será el **CONTRATANTE** quien reciba el Importe del Beneficio.

## **ARTÍCULO 29. IMPORTE DEL BENEFICIO**

El Importe del Beneficio será igual a el Monto Neto en Riesgo más el Valor Neto de la Póliza a la fecha de Muerte del Asegurado

### **29.1 Cambio de la Opción del Importe del Beneficio**

Luego del primer Año Póliza, el **CONTRATANTE** podrá solicitar a la **COMPAÑÍA** el cambio de Opción del Importe del Beneficio, mediante la presentación del formulario escrito que proporcionará la **COMPAÑÍA**. No se puede solicitar más de dos (2) cambios en la Opción del Importe del Beneficio en un mismo Año Póliza.

#### **• Cuando el cambio sea de Opción A a la Opción B**

La Suma Asegurada a la fecha de la solicitud de cambio disminuirá en un monto equivalente al Valor Neto de la Póliza, de tal manera que el Monto Neto en Riesgo se mantendrá inalterable.

Si la reducción de la Suma Asegurada resultase en un monto menor al monto de Suma Asegurada Mínima descrita en las Condiciones Particulares, no se podrá efectuar el cambio de Opción.

- **Cuando el cambio sea de Opción B a la Opción A**

La Suma Asegurada a la fecha de la solicitud de cambio incrementará en un monto equivalente al Valor Neto de la Póliza, de tal manera que el Monto Neto en Riesgo se mantendrá inalterable.

Para evaluar la solicitud de cambio de la Opción A a la Opción B, la COMPAÑÍA podrá exigir las pruebas de asegurabilidad respectivas.

La COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.

## **29.2 Cambio en la Suma Asegurada**

Luego del primer Año Póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar a la COMPAÑÍA el cambio en la Suma Asegurada, mediante la presentación del formulario escrito que proporcionará la COMPAÑÍA. No se puede solicitar más de dos (2) cambios en la Suma Asegurada en un mismo Año Póliza.

- **En caso de Aumento**

Para evaluar la solicitud de Aumento de Suma Asegurada, la COMPAÑÍA podrá exigir las pruebas de asegurabilidad respectivas.

El aumento de la Suma Asegurada generará un incremento de la Prima Básica.

La COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.

Cada incremento en Suma Asegurada generará un nuevo periodo de cargos por rescate adicionales a los establecidos en las Condiciones Particulares y únicamente respecto del valor del incremento, así como un incremento en las primas.

- **En caso de Reducción**

Para evaluar la solicitud de Reducción de la Suma Asegurada, la COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.

La disminución de la Suma Asegurada generará una reducción de la Prima Básica.

La reducción en Suma Asegurada generará un cobro administrativo que será equivalente al resultado de multiplicar el Cargo por Rescate Total por un valor equivalente a la relación proporcional existente entre la nueva Suma Asegurada y la Suma Asegurada original.

En el caso de disminuciones de Suma Asegurada, la resultante no podrá ser menor al monto de Suma Asegurada Mínima indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

## **ARTÍCULO 30. RESCATE**

### **30.1 Rescate Parcial**

Luego del primer Año Póliza, el CONTRATANTE puede rescatar parte del Valor de Rescate, mientras que el ASEGURADO siga vivo y antes de la Fecha de Vencimiento, sujeto a los derechos de cualquier cesionario conocido. No se puede tomar más de dos (2) rescates parciales en el mismo Año Póliza.

El Valor Póliza es reducido en el monto del Rescate Parcial y cualquier cargo resultante de tal Rescate Parcial. Si el CONTRATANTE escogió la Opción A, la Suma Asegurada es también reducida en el monto del Rescate Parcial y cualquier cargo resultante de tal Rescate Parcial.

El Rescate Parcial no podrá ser menor ni mayor a los valores o tasas establecidas en las Condiciones Particulares.

No podrá efectuarse ningún Rescate Parcial si éste reduce la Suma Asegurada por debajo de la Suma Asegurada Mínima que figura en las Condiciones Particulares.

### **30.2 Rescate Total**

Luego del primer Año Póliza, el CONTRATANTE puede rescatar todo el Valor de Rescate de la Póliza, mientras que el ASEGURADO siga vivo y antes de la Fecha de Vencimiento, sujeto a los derechos de cualquier cesionario conocido.

Si el CONTRATANTE ejerce este derecho, la Póliza queda extinguida.

La COMPAÑÍA puede posponer el pago de un Rescate Total o Rescate Parcial por hasta seis (6) meses después de recibida la solicitud. Si la COMPAÑÍA pospone el pago por más de treinta (30) días, abonará intereses legales sobre dicho Valor de Rescate, a partir del día siguiente de vencido este plazo.

### **ARTÍCULO 31. CARGO POR RESCATE**

Si es que el CONTRATANTE rescata la Póliza, la COMPAÑÍA deducirá un cargo de rescate del Valor Póliza, el cual variará en cada Año Póliza, según figura en las Condiciones Particulares.

### **ARTÍCULO 32. PRÉSTAMOS**

Luego del segundo Año Póliza, el CONTRATANTE podrá obtener préstamos que en total no superen el porcentaje que figura en las Condiciones Particulares sobre el Valor de Rescate, a la fecha en que se atienda la solicitud de préstamo. La COMPAÑÍA cobrará una tasa anual que figurara en las Condiciones Particulares.

Además, los préstamos estarán sujetos a las siguientes condiciones:

- a) Que al efectuarse el préstamo se cubra cualquier deuda anterior que el CONTRATANTE tuviere con la COMPAÑÍA;
- b) El CONTRATANTE podrá pagar a la COMPAÑÍA el importe total del préstamo o parte del mismo durante la vigencia de la Póliza;
- c) En caso de fallecimiento del ASEGURADO, el importe total adeudado en virtud de los préstamos otorgados bajo la Póliza se deducirá del Importe del Beneficio que corresponda pagar.