

Condiciones Generales
Seguro Vida Asistencia Interbank

Código de Registro: VI0507210297

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias

INDICE INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1 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; 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 Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO.
7. RESOLUCION CONTRACTUAL (RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO)
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO Y NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO.
9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA
10. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO.
11. COMPROBACION DE LA EDAD
12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA
13. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO
14. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS
15. DEFENSORIA DEL ASEGURADO
16. INDISPUTABILIDAD
17. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES
18. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS
19. PRESCRIPCION LIBERATORIA
20. TRIBUTOS

CAPITULO 11 CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO (A SER COMPLETADO POR LA UNIDAD DE NEGOCIOS)

21. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO
22. COBERTURAS
23. EXCLUSIONES
24. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO

CAPÍTULO 1

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

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

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES:

- **Accidente:** Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.
- **Accidentes Médicos:** Suceso médico imprevisto, fortuito y/u ocasional que obra súbitamente sobre la persona independientemente de su voluntad; sea por acto médico o por enfermedad de presentación súbita. Por ejemplo accidente cerebro vascular, pérdida del conocimiento, vértigo, edemas agudos (cerebral, pulmonar, multivisceral), infarto de miocardio, trombosis, ataques convulsivos, cirugías y sus complicaciones.
- **Asegurado:** Persona natural cuyo nombre y demás datos de identificación constan en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda, y cuya vida se asegura en la presente Póliza, para lo cual debe cumplir con los requisitos de edad.
- **Beneficiario:** Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza. Si se designaron varios BENEFICIARIOS sin indicación de porcentajes de participación sobre la indemnización o beneficio, la repartición se hará en partes iguales. En caso no se designen BENEFICIARIOS, o por cualquier causa la designación se vuelva ineficaz o quede sin efecto, los BENEFICIARIOS serán los herederos declarados de acuerdo a ley, en caso corresponda. El CONTRATANTE tiene la potestad de modificar a los BENEFICIARIOS, salvo que haya cedido este derecho al ASEGURADO.
- **Buena Salud:** No adolecer de enfermedad preexistente.
- **Certificado de Seguro:** Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o

colectivos vinculado a una Póliza de seguro determinada.

- **Comercializador:** Persona natural o jurídica proveedora de bienes y servicios (incluido Entidades Financieras) que cuenten con establecimientos propios o de terceros, que realizan la oferta de los productos de seguros, mostrando los beneficios que brindan y las ventajas de su contratación.
- **Contratante:** Persona natural o jurídica que firma este contrato de seguro con la ASEGURADORA y quien es el responsable del pago de las Primas, salvo pacto en contrario. Él designará a los BENEFICIARIOS o podrá ceder esta facultad al ASEGURADO.
- **Convenio de Pagos o Cronograma de Pago:** Documento en el que consta el compromiso del CONTRATANTE de Pagar la Prima en la forma y plazos pactados con la ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular o del Certificado de Seguro.
- **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.
- **Días:** Días calendario.
- **Dolo:** Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar.
Tiene el mismo efecto que la Culpa inexcusable.
- **Endoso:** Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del CONTRATANTE, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la ASEGURADORA y el CONTRATANTE, según corresponda.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por el seguro. Las exclusiones se encuentran expresamente indicadas en el Capítulo 11 de las presentes Condiciones Generales.
 - **Indemnización, Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al/los BENEFICIARIO(S) en caso que ocurra un siniestro, siempre y cuando cuente con cobertura bajo los términos de la Póliza.
- **Interés Asegurable:** Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el deseo que debe tener el Contratante para obtener la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca, ya que, en caso que se produzca, le generaría un perjuicio económico.

- **La Aseguradora:** RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS. Es la empresa que emite la presente Póliza, y que otorgará la Indemnización, Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada, en caso se produzca un siniestro que cuente con cobertura bajo los términos de la presente Póliza.
- **Muerte Natural:** Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa, a excepción de lo indicado en el caso de muerte accidental.
- **Muerte Accidental:** Fin de la vida del ASEGURADO, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.
- **Póliza:** Es el documento emitido por la ASEGURADORA en el que consta el contrato de seguro. Está conformado por las presentes Condiciones Generales, 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 comercial sin incluir el Derecho de Emisión.
- **Prima Pura de Riesgo:** Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro.
- **Reticencia:** Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO.
- **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 ASEGURADO o al Beneficiario, conforme los términos y condiciones de la póliza.

ARTÍCULO 3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO:

- El ASEGURADO se compromete a pagar la prima.
- El ASEGURADO se compromete a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- La póliza se basa en la información ofrecida por el ASEGURADO en la solicitud de seguro y en cualquier otra comunicación escrita con la ASEGURADORA.

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

La presente póliza tiene vigencia desde las doce del mediodía (12:00 m.) hasta las doce del mediodía (12:00 m.) de las fechas señaladas en las condiciones particulares o en el Certificado de Seguro y está supeditada a las particularidades señaladas en el Capítulo 11 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.

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, OBSERVACION 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:

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 CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso que, la ASEGURADORA no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el CONTRATANTE tiene el derecho de resolver el Contrato de Seguro.

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

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

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

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

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

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

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

La ASEGURADORA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE, quien 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 TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO Y CERTIFICADO DE SEGURO:

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

A. **TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO:** Aplica la terminación total del Contrato de Seguro, cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

6.1. Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.

6.2. Si el interés asegurado del CONTRATANTE desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

B. **TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO DE SEGURO:** Aplica la terminación de la vigencia del Certificado de Seguro, cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

6.3. Se produzca un siniestro que dé lugar al pago de cualquiera de las coberturas del Certificado del Seguro.

6.4. 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 11 de las Condiciones Generales.

6.5. Al finalizar la vigencia del Certificado de Seguro.

6.6. Si el interés asegurado del ASEGURADO desaparece durante la vigencia del Certificado 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 ASEGURADO, el importe de la prima correspondiente al período de vigencia no transcurrido.

ARTICULO 7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (RESOLUCIÓN DEL CONTRATO Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO)

RESOLUCION CONTRACTUAL

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. RESOLUCION DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la resolución total del Contrato de Seguro, de cumplirse alguna de las siguientes causales:

- 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 uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.2 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 resolverla en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. La resolución podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. El contrato quedará resuelto a los 30 días de comunicada su decisión a la ASEGURADORA. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución

En caso de resolución, el CONTRATANTE tendrá la obligación de comunicar al ASEGURADO esta situación y sus consecuencias.

B. RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la resolución del Certificado de Seguro, es decir, solo para el ASEGURADO cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- 7.3 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, 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 Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.4 Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver el Certificado de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la

ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

- 7.5 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 Certificado de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Certificado de Seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el Certificado de Seguro, podrá proponer al ASEGURADO modificaciones al Certificado de Seguro, dentro de los límites de la póliza contratada, sujeto al cobro de una extra prima.

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 Certificado de Seguro y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

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

- i) El CONTRATANTE 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 Certificado 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 ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

- 7.6 Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, en cuyo caso LA COMPAÑÍA tendrá derecho a resolver el Certificado de seguro. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada en el presente numeral, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO 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.

- 7.7 Si el 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 ASEGURADO, una propuesta de revisión (reajuste y/o modificación de primas) del Certificado de Seguro. La propuesta de revisión deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El ASEGURADO tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La ASEGURADORA podrá resolver el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que éstos dieran respuesta a la revisión propuesta. Corresponden a La ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

- a) El CONTRATANTE (en caso de resolución de la Póliza de Seguro) y/o ASEGURADO (en el caso de la resolución del Certificado de Seguro) en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a los numerales 7.1. y 7.3. Asimismo, EL CONTRATANTE podrá solicitar la resolución del Contrato de Seguro, en caso se presente la causal descrita en el numeral 7.2. precedente.
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.4., 7.5., 7.6 y 7.7 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 ASEGURADO, 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 y/o ASEGURADO, según corresponda, éstos deberán 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 a favor del ASEGURADO es de treinta (30) días contados desde la fecha en que se haya presentado la solicitud. No resultan aplicables al reembolso de las primas penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

La ASEGURADORA se libera de responsabilidad por los siniestros que se produzcan con posterioridad a la fecha de resolución del Contrato de Seguro o del Certificado de Seguro, según corresponda. Por tanto, la ASEGURADORA no brindará cobertura alguna por gastos incurridos después de la terminación del Seguro o resolución del Contrato o del Certificado

de Seguro.

En todos los casos que el ASEGURADO o la ASEGURADORA soliciten la resolución del Certificado de Seguro, la ASEGURADORA deberá informar al CONTRATANTE de dichas resoluciones de certificados, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO.

ARTICULO 8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO Y NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO:

A. NULIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la nulidad total del Contrato de Seguro, si:

- 8.1 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.

B. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la nulidad del Certificado de Seguro, si:

- 8.3 El ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.4 Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.5 Por reticencia y/o declaración inexacta -si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO- de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido la emisión del Certificado de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en el numeral 8.5 precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro. La comunicación por la cual se invoca la nulidad debe ser 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) al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración falsa o 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.

En todos los casos de nulidad del Certificado de Seguro, la ASEGURADORA deberá informar al CONTRATANTE sobre la nulidad de los mismos, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO.

ARTICULO 9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

9.1 Si el Asegurado realiza 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 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 ASEGURADO realiza 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 ASEGURADO, por intermedio del CONTRATANTE una propuesta de revisión del Certificado de Seguro, dentro del plazo de treinta (30) días computados 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 ASEGURADO, 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 ASEGURADO, la ASEGURADORA podrá resolver el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO por intermedio del CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- (ii) Constatación DESPUES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA reducirá la indemnización a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida.

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 establecidos en las Condiciones Particulares o del Certificado de Seguro.

102. 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.
103. El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.
- 10.4. Previo acuerdo que constará mediante Endoso que formará parte de la Póliza, la ASEGURADORA podrá modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la Póliza, salvo que se haya pactado el diferimiento del pago de la última cuota, en cuyo caso el plazo para el pago de la misma no podrá exceder de treinta (30) días siguientes a la fecha de fin de vigencia. En caso de fraccionamiento de la prima o que exista un cronograma de cuotas de la prima, que incluya intereses, la Tasa de Costo efectivo Anual aplicable (TCEA) se indicará en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro.
- 10.5. La ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o Beneficiario en caso de siniestro.
- 10.6. Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.
- 10.7. En caso de Siniestro Total que deba ser indemnizado en virtud de la presente Póliza, la Prima calculada para cubrir el riesgo se entenderá totalmente utilizada, debiendo la Aseguradora descontarla del pago de la indemnización correspondiente.
- 10.8. En caso corresponda, la ASEGURADORA realizará una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la Prima, la cual constará en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro.
- 10.9. Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago y supletoriamente aplica lo siguiente:
 - i) Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos.
 - ii) Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el período de cobertura.
 - iii) Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del Seguro el CONTRATANTE deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de conformidad con lo detallado en el Convenio de Pago, inclusive en caso de pago diferido.

- iv) En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas se aplicará la suspensión y resolución conforme a lo que establece el presente artículo.
 - v) La ASEGURADORA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado, o en su defecto, el interés legal.
- 10.10.** El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.
- 10.11.** Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la ASEGURADORA. Cualquier pago realizado al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.

EFFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA

El incumplimiento de pago, señalado en el Convenio de Pago, origina la suspensión 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 COMPAÑÍA comunica de manera cierta al CONTRATANTE y ASEGURADO, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima. Asimismo, indicará el plazo del que se dispone para pagar la Prima antes de que se produzca la suspensión de la cobertura.

Cuando se haya pagado parte de la Prima, se mantendrá la cobertura hasta la fecha en que dicha Prima, calculada proporcionalmente a prorrata, efectivamente alcance para cubrir el riesgo.

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

REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA

Una vez producida la suspensión de la cobertura del Certificado de Seguro, y siempre que la COMPAÑÍA no haya expresado su decisión de resolver el Certificado de Seguro y que el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá optar por rehabilitar la cobertura de dicho Certificado de Seguro, previo pago de la totalidad de las Primas impagas, los intereses pactados por su fraccionamiento, los impuestos y, en caso de que se haya convenido en el convenio de pago, los respectivos intereses moratorios. En este caso, 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 cobertura suspendido.

RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE LA PRIMA

La COMPAÑÍA podrá optar por resolver el Certificado de Seguro, durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) Días contados a partir del día en que el ASEGURADO recibe una comunicación por escrito de la COMPANIA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la COMPAÑÍA la Prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado de Seguro.

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 Certificado 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 el Certificado de Seguro.

ARTICULO 11. COMPROBACIÓN DE LA EDAD:

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

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

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

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

ARTICULO 12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

Se considera fraudulento:

- 12.1. La presentación de una solicitud de cobertura engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
- 12.2. 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.
- 12.3 Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario bajo su complicidad o consentimiento.

El (los) ASEGURADO(s) o el (los) BENEFICIARIO(s) o el (los) heredero(s) legal(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s). En este supuesto, la indemnización que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al beneficio.

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

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

ARTICULO 13. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Cuando la oferta de la cobertura del Certificado de Seguro se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación del Certificado de Seguro. Para esto, el ASEGURADO puede resolver el Certificado de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince

(15) Días siguientes a la fecha en que el ASEGURADO haya recibido el Certificado de Seguro y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso que el ASEGURADO 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.

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

ARTICULO 14. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS:

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

- 14.1 Por vía telefónica:** A través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro o en el Certificado.
- 14.2 Por escrito:** Mediante carta dirigida a la ASEGURADORA la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el Resumen de la presente Póliza y en el Certificado de Seguro.

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

ARTICULO 15. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

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

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

ARTICULO 16. 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 17. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los Beneficiarios y la ASEGURADORA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o en el Certificado de Seguro.

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

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

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

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

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

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

ARTICULO 18. 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, 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 19. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 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.

ARTICULO 20. 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 21.CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Son asegurables conforme a esta Póliza, las personas que sean clientes del CONTRATANTE manteniendo una Cuenta Bancaria en dicha institución, así como los miembros dentro del NÚCLEO FAMILIAR que éste elija asegurar (máximo 4 personas), desde los dieciocho (18) años de edad hasta los sesenta (60) años de edad inclusive al momento de la inscripción al seguro.

El límite de permanencia en el seguro será al cumplir los sesenta y cinco (65) años. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia anual, la exclusión será en forma automática al cumplirse la edad indicada, sin previo aviso de LA ASEGURADORA.

ARTICULO 22. COBERTURAS:

En virtud de las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales, Condiciones Especiales y Certificado que las modifiquen, LA ASEGURADORA pagará al o los Beneficiario(s) designados en la Póliza, las indemnizaciones que correspondan en conformidad con las coberturas y sumas aseguradas contratadas por el CONTRATANTE en las correspondientes Condiciones Particulares y Certificado de acuerdo al Plan elegido, y que se definen a continuación:

1. **RENDA ALIMENTICIA POR FALLECIMIENTO.**- Cubre el riesgo de muerte natural del ASEGURADO nombrado en la póliza, ocasionada por una causa no excluida en estas Condiciones Generales.

La COMPAÑIA pagará la suma convenida en forma de rentas y por el periodo establecido de acuerdo al plan elegido en el Certificado de Seguro a la persona o personas designadas como Beneficiarios.

2. **MUERTE ACCIDENTAL.**- Cubre el riesgo de muerte accidental del ASEGURADO nombrado en la póliza, ocasionada por una causa no excluida en estas Condiciones Generales.

La COMPAÑIA pagará una indemnización, la cual es calculada tomando el saldo promedio de la cuenta bancaria del ASEGURADO (en la cual se cargará el costo de la prima del seguro) multiplicado por un número de veces, de acuerdo al plan elegido y hasta el límite de la suma asegurada, conforme lo establecido en el Certificado de Seguro a la persona o personas designadas como Beneficiarios.

El saldo promedio de la cuenta bancaria del ASEGURADO se calcula tomando como referencia los saldos de los últimos seis (06) meses anteriores a la fecha del fallecimiento del ASEGURADO.

3. **INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE EN TRANSPORTE PÚBLICO (TERRESTRE, ACUÁTICO O AEREO).** Este seguro cubre la muerte por accidente en tanto este ocurra mientras el ASEGURADO estuviera viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público (terrestre, acuático o aéreo), bajo la condición de pasajero.

Es condición necesaria que el mencionado medio de transporte tenga licencia respectiva vigente y otorgada por la autoridad competente para el transporte público de pasajeros. Para el transporte terrestre se excluye los denominados mototaxis.

La COMPAÑIA pagará una indemnización, la cual es calculada tomando el saldo promedio de la cuenta bancaria del ASEGURADO (en la cual se cargará el costo de la prima del seguro) multiplicado por un número de veces, de acuerdo al plan elegido y hasta el límite de la suma asegurada, conforme lo establecido en el Certificado de Seguro a la persona o personas designadas como Beneficiarios.

El saldo promedio de la cuenta bancaria del ASEGURADO se calcula tomando como referencia los saldos de los últimos seis (06) meses anteriores a la fecha del fallecimiento del ASEGURADO.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura por Muerte Accidental.

4. **INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE ONCOLÓGICA.-** Paga al ASEGURADO o beneficiarios (según sea el caso) una indemnización por diagnóstico oncológico o condición establecidos, hasta el límite del beneficio máximo por persona, según las condiciones particulares o certificado de seguro. LA ASEGURADORA será únicamente responsable por los siniestros incurridos durante la vigencia de la póliza.

Para la presente cobertura aplica un periodo de carencia de noventa (90) días calendarios calculados desde la fecha de inicio de vigencia. Cualquier enfermedad oncológica que haya sido diagnosticada durante dicho período no tendrá cobertura y constituirá causal de terminación de la presente cobertura.

Beneficio Máximo Anual por persona:

- Indemniza al Asegurado la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.
- La COMPAÑIA pagará una indemnización al ASEGURADO, la cual es calculada tomando el saldo promedio de la cuenta bancaria del ASEGURADO (en la cual se cargará el costo de la prima del seguro) multiplicado por un número de veces, de acuerdo al plan elegido y hasta el límite de la suma asegurada, conforme lo establecido en el Certificado de Seguro a la persona o personas designadas como Beneficiarios.
- Una vez otorgada la presente cobertura, esta finaliza automáticamente.

4.1 Riesgos a Indemnizar:

La cobertura de Indemnización por Enfermedad Grave Oncológica amparada por la presente Póliza será sólo para el diagnóstico de Cáncer, según la suma asegurada contratado por el asegurado.

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

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

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

Es indispensable para el pago del siniestro de Cáncer, presentar el informe anátomo patológico que sustente el diagnóstico de cáncer.

5. **RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE.** Esta cobertura brinda una suma asegurada por día de hospitalización hasta un máximo de días por año. La suma asegurada y los días máximos de cobertura por año se indican en las Condiciones Particulares y Certificado de la Póliza.

Cada año, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por Persona previa renovación de la Póliza y el pago correspondiente de la prima. La suma asegurada por día de hospitalización no es acumulable por cada año de vigencia.

Beneficio Máximo Anual por persona:

La COMPAÑIA cubre el 100% del monto de la renta contratada por cada día que el ASEGURADO se encuentre hospitalizado a causa de un accidente cubierto por la póliza; siempre y cuando la hospitalización supere las 24 horas y se realice en una Institución Hospitalaria legalmente constituida.

6. **ASISTENCIAS ADICIONALES**.- Por medio de la presente cobertura, LA ASEGURADORA se obliga a brindar atención a favor de LOS ASEGURADOS y/o su NUCLEO FAMILIAR, entre otras asistencias descritas en el Anexo 1 que forma parte integrante de las presentes Condiciones Generales. Las asistencias están sujetas a la disponibilidad y al tiempo de respuesta del proveedor de LA ASEGURADORA.

ARTICULO 23. EXCLUSIONES:

Este seguro no cubre al asegurado en las siguientes exclusiones detalladas por cobertura:

En el caso de la cobertura de Renta Alimenticia por Fallecimiento:

- a) Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio del presente seguro.
- b) El suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos (2) años.
- c) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- d) Pena de Muerte o participación activa en cualquier acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice por un beneficiario o quien pudiera reclamar la cantidad asegurada a la indemnización o en actos violatorios de leyes o reglamentos, en duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participación activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 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) Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.
- g) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en vuelos no comerciales, de itinerarios no fijos ni regulares, así como operaciones o viajes submarinos.
- h) Los siguientes fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario: inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

En el caso de la cobertura de Muerte Accidental e Indemnización Adicional por Muerte Accidental a consecuencia de un Accidente en Transporte Público (terrestre, acuático o aéreo:

- a) Las lesiones que sufra el ASEGURADO como consecuencia de la participación directa o durante la práctica habitual de las siguientes actividades o deportes riesgosos: corredor de automóviles, motocicletas, bicicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos; artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, ala delta, ultraligeros,

paracaidismo, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, Esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, buzo, boxeo, caza de fieras, trabajos con explosivos o químicos.

- b) Cuando el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gr/lt. a más) ó drogas, y esta situación sea acto generador del siniestro;
- c) Por inhalación de gases o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- d) Los siguientes accidentes médicos: apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos, así como los casos de negligencia o impericia médica.
- e) Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza.
- f) Las complicaciones médicas de embarazos o partos.
- g) Asimismo, se entiende que rigen las demás exclusiones establecidas para el riesgo de Fallecimiento.

En el caso de la Indemnización por Enfermedad Grave Oncológica:

La presente Póliza no cubre los gastos originados por prestaciones médicas. Tampoco cubre si el cáncer fuera consecuencia directa o indirecta, total o parcialmente, relacionadas o causadas por:

- a) Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio del presente seguro.
- b) Enfermedades que se hayan diagnosticado o detectado antes o durante el periodo de carencia o no cobertura.
- c) Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo.
- d) Tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique por propia cuenta, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.
- e) Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Kaposi Sarcoma.
- f) Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, radiación de cualquier tipo, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.
- g) Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales
- h) Diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones legalmente no establecidas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud.
- i) La práctica o desempeño de las siguientes profesiones u oficios claramente riesgosos: ingenieros químicos o personas que trabajen con sustancias tóxicas o radioactivas. Se excluye la cobertura de cáncer de pulmón y de cáncer de piel en cualquier etapa y sus respectivas metástasis para mineros y para obreros de construcción que trabajen con

asbesto.

- j) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- k) Omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
- l) En el caso de que se juzgue curable cualquiera de las condiciones cubiertas por medio de manipulación, sustitución, delación genética, vacunación o cualquier otro tipo de tratamiento médico o similar, tal condición ya no será válida.
- m) Se excluyen los siguientes tumores:
 - Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.
 - Tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3) o aquellos que son descritos histológicamente como pre-malignos
 - Todos los cánceres de piel, a menos que haya evidencia de metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow
 - Los cánceres que no ponen la vida en peligro, como el cáncer de próstata histológicamente descritos en la Clasificación TNM T1 (a) ó T2(b), o con alguna otra clasificación equivalente o menor;
 - Micro-carcinoma papilar de la tiroides
 - Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaNOMO o con una clasificación menor
 - Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio 1 de RAI ó Estadio A-1 de Binet -I.

En el caso de Renta Hospitalaria por Accidente:

La presente Póliza no cubre las hospitalizaciones originadas, relacionadas o causadas por:

- a) Enfermedades pre-existentes al inicio del presente seguro.
- b) Enfermedades y/o defectos congénitos y gastos derivados de causas relacionadas. No se encuentran cubiertas las enfermedades, lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.
- c) Curas de reposo, surmenage, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales.
- d) Chequeos médicos y despistajes de enfermedades en una persona sana, así como el tratamiento y/o medicina preventiva, así como todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- e) Cirugía estética o plástica o reconstructiva, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza. Cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia.
- f) Enfermedades resultantes del uso de drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) en caso de accidentes de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo o a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados sin tener licencia de conducir vigente para hacerlo. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si el ASEGURADO o los beneficiarios se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- g) Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio militar, así como los que resulten de la participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo
- h) Lesiones producidas voluntariamente o en estado mental insano como auto lesión, auto mutilación, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa.
- i) Embarazo, maternidad, sus complicaciones y consecuencias.
- j) Tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique por propia cuenta, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.
- k) Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasio y centros no reconocidos por el Colegio Médico Peruano, así como todo tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba cuya indicación no esté aprobada por la FDA (Food and Drugs Administration - EEUU).
- l) Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Kaposi Sarcoma.
- m) Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.
- n) Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes notoriamente

peligrosos y que no guarden relación con la actividad u ocupación declarada por el ASEGURADO, considerándose dentro de esta exclusión: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, y similares, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.

- o) Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR)
- p) Hospitalizaciones realizadas en instituciones ilegales o sin autorización de funcionamiento y hospitalizaciones por convalecencia.
- q) Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho a recibir el capital garantizado de los restantes beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
- r) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.
- s) 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.
- t) Las lesiones o afecciones que sufra el ASEGURADO con motivo de la práctica o desempeño de las siguientes profesiones u oficios claramente riesgosos: bomberos, mineros, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, obreros de construcción, manipuladores de explosivos.
- u) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza
- v) Los denominados Accidentes Médicos.

ARTICULO 24. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO:

24.1 AVISO DE SINIESTRO:

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de siniestro comunicado al comercializador del seguro indicado en las condiciones particulares del presente documento o certificado de seguro, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a La ASEGURADORA pudiendo recibir el Comercializador los documentos descritos para la atención del siniestro, descritos en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso

fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

24.2 SOLICITUD DE COBERTURA:

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

I. EN CASO DE RENTA ALIMENTICIA POR FALLECIMIENTO

1. Copia Certificada del Acta de Defunción.
2. Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción.
3. Copia Fedateada del Informe médico y/o Historia Clínica del ASEGURADO.
4. Copia simple del Documento de identidad del asegurado fallecido, en caso se cuente con el mismo, y de todos sus beneficiarios (partida de nacimiento en caso ser menores de edad).
5. Certificado domiciliario de los beneficiarios menores de edad.
6. En caso la póliza detalle a "Herederos legales" como beneficiarios, se deberá presentar Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, según corresponda.
7. Copia Literal de la inscripción definitiva del Testamento o de la Sucesión Intestada, o de la Declaratoria de Herederos realizada por vía judicial, en Registros Públicos.

II. Adicionalmente en caso de MUERTE ACCIDENTAL E INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE EN TRANSPORTE PÚBLICO (TERRESTRE, ACUÁTICO O AÉREO).-

1. Copia Certificada del Atestado policial completo, en caso corresponda.
2. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya practicado.
3. Copia Certificada del Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso se haya practicado.
4. Copia Certificado del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y el Asegurado haya sido conductor del vehículo).

III. EN CASO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE ONCOLÓGICA

1. Presentar evidencia médica, informes que sustenten el diagnóstico o condición cubierta por la Póliza. La evidencia sobre la ocurrencia de cualquier evento asegurado cubierto por esta póliza debe ser sustentada por:
 - Médico especialista debidamente registrado en Perú, sin que éste sea el propietario de la póliza, el mismo ASEGURADO o su respectiva pareja o cónyuge o familiar (hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad).
 - Investigaciones confirmatorias, así como evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio
 - Si el evento coberturado requiere de la realización de un procedimiento quirúrgico, éste debe ser el tratamiento usual para esta condición y ser médicamente necesario.
2. Copia Fedateada de la Historia Clínica del ASEGURADO donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados y que sustenten la cobertura en evaluación.
3. Copia Simple del Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO
4. En caso de fallecimiento del ASEGURADO posterior al periodo de supervivencia, los herederos legales deberán presentar los mismos documentos anteriores además de los documentos que se presentan para muerte por fallecimiento.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a 3 meses.

IV. EN CASO DE RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE:

1. Copia Simple del Documento de identidad del ASEGURADO.
2. Copia Fedateada del Informe Médico completo indicando los días de la hospitalización.
3. Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del documento que sustente el gasto por la Hospitalización (Boleta o Factura)

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.

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.

24.3 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 y/o BENEFICIARIO y/o HEREDEROS, 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 sobre la procedencia del siniestro, hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

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

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

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

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

ANEXO 1.- ALCANCES DE LAS ASISTENCIAS

Como parte de los beneficios de tu Póliza, **SIGMA DENTAL SAC** brindará a los Asegurados y sus beneficiarios (Incluye a cónyuge y todos los hijos menores de 23 años que vivan con sus padres), los servicios que se indican en la presente Cláusula.

1. COBERTURA DE EMERGENCIA AL 100%

El presente PLAN cubre los gastos incurridos por el Asegurado a consecuencia de una **emergencia odontológica**, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico-odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de emergencia odontológica indicada en el **ítem 3** de este **CONDICIONADO** y *que se limitarán a la(s) pieza(s) que ocasionen la emergencia.*

Los procedimientos cubiertos serán los siguientes:

- Medicina Bucal

En la que se realizará lo siguiente: Examen Clínico e Historia Clínica.

- Radiografías

Periapicales y Bitewing de diagnóstico requeridas para realizar los tratamientos cubiertos en el Plan de Emergencia Completa, realizadas en el consultorio.

- Odontología Restauradora y Operatoria
Resinas en piezas dentales anteriores y posteriores.
Ionómeros de Vidrio en Clase V (cuellos).

- Endodoncia
Tratamientos de Conductos o Endodoncias en piezas dentales Monorradiculares, Birradiculares y Multirradiculares.

No están cubiertos los retratamientos de endodoncias ni las endodoncias rotacionales.

Pulpotomías en piezas dentales deciduas.

- Cirugía

En los casos que la causa de la emergencia sea una pieza dental o resto dental y ya no se pueda realizar otro tipo de tratamiento para evitar la exodoncia, siempre y cuando la exodoncia sea un procedimiento simple. Se pueden realizar los siguientes tipos de exodoncia:

Exodoncias o Extracciones simples en dientes permanentes.
Exodoncias o Extracciones simples en dientes temporales.
Exodoncias o Extracciones simples en dientes restos radiculares.
Exodoncias o Extracciones simples en dientes fracturados.

No están cubiertas en este plan las exodoncias complejas o de terceras molares (llamadas "muelas del juicio").

- Emergencias

Emergencias Endodónticas: Eliminación de caries, Recubrimiento pulpar directo o indirecto, Intrusión, Extrusión, Avulsión, Fractura Dentaria, Abscesos, Pulpitis reversibles e irreversibles.

Emergencias Periodontales: Detartraje simple localizado o de todas las piezas dentales en boca siempre y cuando la emergencia lo requiera, Curetaje radicular localizado, Eliminación de contacto Prematuro, Medicación en caso de Dolor Muscular y Abscesos.

Emergencias Protésicas: Cementado provisional de coronas y puentes fijos. Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio o

pulido de áreas metálicas que estén causando irritación o inflamación, Estomatitis Sub-protésica.

Medicación en el caso de

Cuando la Emergencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo que no se mencionen anteriormente.

Cuando el afiliado requiera de tratamientos y/o procedimientos no originados por una emergencia odontológica, definida en el **ítem 3** de este **CONDICIONADO**, tiene derecho a atenciones ambulatorias (electivas) pagando un copago según el cuadro siguiente:

PLAN PROTECCION ODONTOLOGICA INTERBANK			
Servicios y Procedimientos *	Urgencias y/o Emergencias**	Atenciones Ambulatorias (COPAGO POR PIEZA DENTAL)	Máximo de Eventos por año
Consulta telefónica 24 horas	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sn Límite
Servicio de citas a través de nuestra línea gratuita a nivel nacional	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sn Límite
Atenciones de Emergencias y/o urgencias dentales 24 horas	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sn Límite
Consulta con el odontólogo general (incluye odontograma)	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sn Límite
Radiografías periapical (diagnóstico)	Cubierto al 100%	\$. 5.00	Sn Límite
Radiografías bite wing (diagnóstico)	Cubierto al 100%	\$. 5.00	Sn Límite
Radiografías oclusal (diagnóstico)	Cubierto al 100%	\$. 5.00	Sn Límite
Exodoncia (extracción) simple de piezas dentales	Cubierto al 100%	\$. 20.00	Sn Límite
Obturación anterior o posterior con resina simple	Cubierto al 100%	\$. 32.00	Sn Límite
Obturación anterior o posterior con resina compuesta	Cubierto al 100%	\$. 32.00	Sn Límite
Obturación anterior o posterior con resina compleja	Cubierto al 100%	\$. 32.00	Sn Límite
Curación en cuello de dientes con vidrio ionomérico	Cubierto al 100%	\$. 20.00	Sn Límite
Pulpectomías: endodoncias para niños (dientes de leche)	Cubierto al 100%	\$. 30.00	Sn Límite
Pulpectomías: endodoncias para niños (dientes de leche)	Cubierto al 100%	\$. 30.00	Sn Límite
Endodoncia en dientes anteriores***	Cubierto al 100%	\$. 30.00	Sn Límite
Endodoncia en dientes premolares***	Cubierto al 100%	\$. 30.00	Sn Límite
Endodoncia en dientes molares***	Cubierto al 100%	\$. 30.00	Sn Límite
Fluorización en niños menores de 12 años	Solo ambulatorio	\$. 15.00	Dos veces al año
Destarraje simple (eliminación de sarro) + Profilaxis o pulido de dientes	Solo ambulatorio	\$. 20.00	Dos veces al año
Sellantes por pieza	Solo ambulatorio	\$. 15.00	Dos veces al año
Reembolso al 100% para emergencias y urgencias	Solo en localidades donde no haya centros afiliados a Sigma Dental		
Tratamientos garantizados	1 año		
Tratamientos adicionales: prótesis, ortodoncia (brackets), blanqueamiento, etc.	Descuento 20%		
Red odontológica	Centros odontológicos en Lima y Provincias		
Cobertura Internacional para emergencias al 100%	Panamá, Costa Rica, Colombia, Ecuador y Chile		

* No incluye prótesis, implantes, exodoncias complejas ni retratamientos de endodoncias.

** Solo de la(s) pieza(s) que originan la emergencia o urgencia.

*** No están cubiertas las endodoncias rotacionales, solo están cubiertas las convencionales.

2. EXCLUSIONES

Este plan no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de:

1. Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, rehabilitación oral y prótesis, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, retratamiento de endodoncia, endodoncias rotacionales, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en el **ítem 1**.
2. Emergencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas

maxilares o de la cara y pérdida de tejido blando, sustancia calcificada y dientes. Este PLAN no cubre este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además, requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.

3. Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y cubiertos de acuerdo con el ítem 1, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
4. Medicinas (a excepción de la anestesia infiltrativa local que se requiera para los servicios cubiertos).
5. Defectos físicos, enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales, radioterapia y/o quimioterapia. Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en el ítem 3 de este PLAN.

No obstante, si el afiliado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de por lo menos un 20%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el afiliado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.

3. DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con este PLAN, queda expresamente convenido que se entiende por:

Emergencia Odontológica:

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios cubiertos por este PLAN y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

Red de Proveedores:

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales SIGMA DENTAL SAC ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

Gastos Razonables:

Se refiere al promedio calculado por SIGMA DENTAL SAC de los gastos odontológicos facturados en centros, consultorios y odontólogos afiliados a la Red de Proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL AFILIADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, cubierto o amparado por este PLAN. Dicho Promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga SIGMA DENTAL SAC de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que EL AFILIADO incurrió en dichos gastos, o las tarifas previamente acordadas con los Centros, Consultorios y Odontólogos, afiliados a la Red de Proveedores, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

4. PRESTACION DE SERVICIOS

Los tratamientos cubiertos descritos en el **ítem 1** del presente PLAN serán prestados de acuerdo con las

siguientes condiciones:

Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por SIGMA DENTAL SAC.

SIGMA DENTAL SAC no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aun cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.

Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.

En caso de requerir referencia a algún especialista, su odontólogo le proporcionará la información necesaria. El paciente no debe acudir al especialista sin referencia previa del odontólogo general que lleva su tratamiento.

Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos cubiertos por este contrato, deberá ponerse en contacto con SIGMA DENTAL SAC, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado.

El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su documento nacional de identidad (D.N.I.) o licencia de conducir, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él.

Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con SIGMA DENTAL SAC a través de su servicio telefónico 0800-13727 (línea gratuita a nivel nacional) o al 416-2842 desde celulares, donde serán guiados por un funcionario, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.

5. CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

El afiliado debe llamar al call center o pedir una cita a través de la página web: <https://sdsigma.com/sigma/peru/index#menuperu#solicitudcitas>

En caso de que el Asegurado requiera de un tratamiento de emergencia odontológica, según la definición en ítem 3, y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por SIGMA DENTAL SAC, el Asegurado podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de la emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

El asesor del call center le enviará las instrucciones para el reembolso.

Los gastos razonables y justificados incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por SIGMA DENTAL SAC (RUC N° 20519133530), una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

SIGMA DENTAL SAC puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por SIGMA DENTAL SAC de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos

afiliados a la red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este PLAN.

Queda entendido, según los términos de este CONDICIONADO, que el pago contra reembolso será única y exclusivamente en el caso referido en este ítem y cuyos gastos se originen en Perú.

6. OBLIGACIONES DEL AFILIADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO EN EL PRESENTE PLAN

Los Asegurados deberán presentar un documento de identificación con fotografía (DNI o Licencia de conducir) al momento que se acercan al consultorio o centro odontológico a recibir la atención. En el caso de los menores de edad deberán conocer el número de DNI del titular, el cual deberán proporcionar al momento de la atención.

Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.

El Asegurado está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos cubiertos.

El Asegurado está obligado a entregar todas las facturas requeridas por SIGMA DENTAL SAC en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de “gastos razonables” a los cuales se hace referencia en el **ítem 5** del presente PLAN.

En caso de requerir referencia a algún especialista, su odontólogo le proporcionará la información necesaria. El paciente no debe acudir al especialista sin referencia previa del odontólogo general que lleva su tratamiento.

7. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

SIGMA DENTAL SAC se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado al Asegurado, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro Odontológico, asumiendo estos su responsabilidad frente al Asegurado.

Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente PLAN están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por SIGMA DENTAL SAC en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a los Asegurados.

EL Asegurado TITULAR perderá el derecho de reembolso establecido en el **ítem 5**, si no se hiciere la reclamación por reembolso correspondiente ante SIGMA DENTAL SAC en el lapso indicado en el **ítem 8**, a menos que se demuestre que tal incumplimiento se deba a causa extraña no imputable al Asegurado.

8. PLAZO PARA RECLAMACIONES

Cualquier reclamación, observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito en la Av. Camino Real N° 1225 Oficina 402, San Isidro, o a través de su página web <https://sdsigma.com/sigma/peru/index#menuperu#csf> y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días útiles, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicho reclamo a SIGMA DENTAL.