

# Condiciones Generales

**PRODUCTO: SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE BBVA CONTINENTAL  
(SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CNT)**

**CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506100330**

**ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS**

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

#### CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

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

#### CAPÍTULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO.
23. CONDICIONES PARA LA CONTRATACIÓN.
24. COBERTURAS.
25. EXCLUSIONES.
26. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO.

## CAPÍTULO I CONSIDERACIONES GENERALES

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

La ASEGURADORA se compromete a proteger al ASEGURADO contra los riesgos que se especifican en la presente Póliza, si la información proporcionada por el CONTRATANTE o ASEGURADO es verdadera.

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 1º.- DEFINICIONES:

**ACCIDENTES:** Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

**ASEGURADO:** Persona natural cuyo nombre y demás datos de identificación constan en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda, y cuya muerte o invalidez total o invalidez parcial producida por un accidente se asegura en la presente Póliza, para lo cual debe cumplir con los requisitos de edad y condiciones de asegurabilidad establecidos en esta.

**BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o Suma Asegurada que se establezca en la presente Póliza. Si se designaron varios BENEFICIARIOS sin indicación de porcentajes de participación sobre la indemnización o beneficio, la repartición se hará en partes iguales. En caso no se designen BENEFICIARIOS, o por cualquier causa la designación se vuelva ineficaz o quede sin efecto, los BENEFICIARIOS serán los Herederos declarados de acuerdo a ley, en caso corresponda.

El CONTRATANTE tiene la potestad de modificar a los BENEFICIARIOS, salvo que haya cedido este derecho al ASEGURADO.

**BUENA SALUD:** No adolecer de enfermedad preexistente.

**CERTIFICADO DE SEGURO:** Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos vinculado a una Póliza de seguro determinada.

**COMERCIALIZADOR:** Persona natural o jurídica proveedora de bienes y servicios (incluido Entidades Financieras) que cuenten con establecimientos propios o de terceros.

**CONTRATANTE:** Persona natural o jurídica que firma este Contrato de Seguro con la ASEGURADORA y quien es el responsable del pago de las Primas, salvo pacto en contrario. Él designará a los BENEFICIARIOS o podrá ceder esta facultad al ASEGURADO.

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

**CORREDOR DE SEGUROS:** Es la persona que realiza la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Entre sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza de Seguros, entre otros. También se les conoce como "Broker" o "agente de seguros".

**CULPA INEXCUSABLE:** Incumplimiento no intencional de lo que se debe o de lo que se estaba obligado a hacer. Es actuar con negligencia grave, con descuido, con imprudencia o por olvido injustificado; desconocer algo de lo que se estaba obligado a conocer o saber y que se debía declarar. Es la culpa injustificada o inaceptable de no declarar según las circunstancias del caso, de la persona o del lugar. Tiene el mismo efecto que el dolo, salvo las excepciones previstas normativamente.

**DECLARACIÓN INEXACTA:** Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD – DPS:**

Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud y del estado de salud de sus dependientes. La Declaración Personal de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por la ASEGURADORA, pudiendo encontrarse como parte de la Solicitud de Seguro.

**DÍAS:** Días calendario.

**DOLO:** Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar.

Tiene el mismo efecto que la culpa inexcusable, salvo las excepciones previstas normativamente.

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

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

**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. Quien desee 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 de Contratación y en los demás documentos que formen parte de la Póliza, se podrá hacer referencia indistintamente a Póliza de Seguro o a Contrato de Seguro.

**PRIMA O PRIMA COMERCIAL:** Es el precio del seguro determinado por la ASEGURADORA, la cual debe ser pagada bajo la forma y plazo establecida en la Póliza. Este precio incluye la Prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la ASEGURADORA.

**PRIMA NETA:** Es la Prima Pura de Riesgo más los cargos de evaluación, administración, producción y redistribución del riesgo.

**PRIMA PURA DE RIESGO:** Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro.

**RETICENCIA:** Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.

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

**SISTEMAS DE COMERCIALIZACIÓN A DISTANCIA:** Sistemas de telefonía, internet u otros análogos que le permiten a la ASEGURADORA de manera propia

o a través de entidades financieras, acceder de modo no presencial a los potenciales ASEGURADOS, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.

**TASA DE COSTO EFECTIVO ANUAL (TCEA):** Tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el usuario, con el monto por concepto de Prima comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días.

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

La ASEGURADORA se compromete a indemnizar al BENEFICIARIO de acuerdo con las condiciones de la Póliza.

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

- El CONTRATANTE se compromete a pagar la Prima.
- El ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente la Solicitud de Seguro. En la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.
- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro, y que, adicionalmente, se encuentran en la página web [www.rimac.com](http://www.rimac.com).
- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que, tiene el derecho de designar a un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente Contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y la ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la ley vigente. Es preciso indicar que en el caso de comercializar el producto de manera grupal, el CONTRATANTE designara el corredor de seguros si lo considera necesario, y este representara a todos los participantes de la Póliza.

- La Póliza se basa en la información ofrecida por el ASEGURADO o CONTRATANTE en la Solicitud de Seguro y en cualquier otra comunicación con la ASEGURADORA, pudiendo darse que la comunicación se realice por los mismos medios bajo los cuales se contrató la presente Póliza.

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

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

Asimismo, conforme a 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 periodo 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 5° del presente documento.

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

### **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 ASEGURADO y/o CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso que, la ASEGURADORA no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el CONTRATANTE tiene el derecho de resolver el Contrato de Seguro o continuar con las condiciones ya establecidas.

**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.

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

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

Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el periodo 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.

**ARTÍCULO 6°.- CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO:**

El Contrato de Seguro terminará, mediante un aviso previo, simultáneo o posterior por parte de la ASEGURADORA, cuando se produzca cualquiera de los puntos detallados a continuación:

- a) Se produzca un siniestro que de lugar al pago de cualquiera de las coberturas del certificado de seguro, al cien por ciento (100%).
- b) Al término de la anualidad correspondiente a la fecha en que el ASEGURADO haya cumplido la edad máxima de permanencia, que será señalada en el Capítulo II de las Condiciones Generales.
- c) Si el interés ASEGURADO desaparece durante la vigencia de la Póliza de Seguro.

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

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

## ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA):

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

- 7.1. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la Prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.2. Por falta de pago de la Prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación por escrito de la ASEGURADORA informándole

sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de la Prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

- 7.3. Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA por escrito en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el contrato dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la Prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el contrato, podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra Prima o de modificar las condiciones contractuales.

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

Asimismo, para los casos en que el 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 incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- II) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.
- III) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
- IV) La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales I), II) y III) precedentes, la ASEGURADORA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización, la suma proporcional

equivalente a la extra Prima que hubiere cobrado al CONTRATANTE, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

7.4. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, o quien actué en su nombre y representación con los poderes legales suficientes, perderá el derecho a ser indemnizado, sin perjuicio de la obligación de la ASEGURADORA de pagar la indemnización que corresponda a los ASEGURADOS y/o BENEFICIARIOS que si tengan derecho por haber presentado una solicitud de cobertura válida. En este supuesto, la indemnización correspondiente se repartirá en partes iguales entre los que tengan derecho a la misma.

Para que opere la resolución indicada, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las Primas por el periodo efectivamente cubierto, debiendo la ASEGURADORA devolver las Primas correspondientes al periodo no corrido.

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

7.6 En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en Artículo 5.A del presente condicionado, tendrá derecho a resolver la misma en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. La Póliza de Seguro quedará resuelta a los treinta (30) días de comunicada la decisión de resolución a la ASEGURADORA. Corresponden a la ASEGURADORA las Primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En este supuesto, el CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para solicitar la resolución de la presente Póliza, en virtud de lo señalado en el presente numeral.

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

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

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

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



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

## ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

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

El Contrato de Seguro será nulo:

- 8.1. Si el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** 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 que se produzca.
- 8.3. Por reticencia y/o declaración inexacta – si media dolo o culpa inexcusable del **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO**– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la **ASEGURADORA** hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

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

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a) El **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** y/o **BENEFICIARIO** no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** y/o **BENEFICIARIO** hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la **ASEGURADORA** la suma percibida.
- b) La **ASEGURADORA** procederá a devolver el íntegro de las Primas pagadas (sin intereses) al **ASEGURADO**, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el **CONTRATANTE** y/o el **ASEGURADO** actúen con reticencia o realicen una declaración inexacta dolosa

o con culpa inexcusable, en cuyo caso las Primas pagadas quedan adquiridas por la **ASEGURADORA**, quien tiene derecho al cobro de las Primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.

## ARTÍCULO 9°.- RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA:

- 9.1. Si el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la **ASEGURADORA** hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente. Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** que fueron materia de una pregunta y respuesta expresa en la Solicitud de Seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.
- 9.2. Si el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:

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

En caso la propuesta sea aceptada, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En este supuesto, el **CONTRATANTE** tendrá la obligación de poner en conocimiento de los **ASEGURADOS**, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato por razón de la reticencia y/o declaración inexacta, ya sea el reajuste de Primas y/o coberturas o la resolución del contrato.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del **CONTRATANTE**, la **ASEGURADORA** podrá resolver la Póliza, mediante una comunicación dirigida al

**CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal. Corresponden a la ASEGURADORA las Primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.**

**(II) Constatación DESPUÉS 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.

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

### **PAGO DE PRIMA:**

- 10.1. Las Primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en la fecha de pago y forma establecidas en las Condiciones Particulares o del Certificado de Seguro.
- 10.2. La Prima es debida por el CONTRATANTE a la ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la Prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el BENEFICIARIO.
- 10.3. El pago de Primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de Primas.
- 10.4. Previo acuerdo que constará mediante endoso que formará parte de la Póliza, la ASEGURADORA podrá modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la Prima sea anterior al vencimiento de la Póliza, salvo que se haya pactado el diferimiento del pago de la última cuota, en cuyo caso el plazo para el pago de la misma no podrá exceder de treinta (30) días siguientes a la fecha de fin de vigencia. En caso de fraccionamiento de la Prima o que exista un cronograma de cuotas de la Prima, que incluya intereses, la Tasa de Costo efectivo Anual aplicable (TCEA) se indicará en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro.
- 10.5. La ASEGURADORA podrá compensar las Primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o BENEFICIARIO en caso de siniestro.
- 10.6. **Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de Primas con las obligaciones de la ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.**
- 10.7. En caso de siniestro total que deba ser indemnizado en virtud de la presente Póliza, la Prima calculada para cubrir el riesgo se entenderá totalmente utilizada, debiendo la ASEGURADORA descontarla del pago de la indemnización correspondiente.
- 10.8. Si las partes convinieran el pago de la Prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago aplicando las siguientes reglas:
  - I) Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos.
  - II) Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la Prima pactada por el periodo de cobertura.
  - III) Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del seguro el CONTRATANTE deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la Prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de conformidad con lo detallado en el convenio de pago, inclusive en caso de pago diferido.
  - IV) En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas se aplicará la suspensión y resolución conforme a lo que establece el presente artículo (10.8) y el Artículo 7° respectivamente, de las presentes Condiciones Generales.
  - V) La ASEGURADORA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado, o en su defecto, el interés legal.

- 10.9. El pago de la Prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la Prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.
- 10.10. Los corredores de seguros están prohibidos de cobrar Primas por cuenta de la ASEGURADORA. Cualquier pago realizado al corredor de seguros se tiene por no efectuado.

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

### **(I) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:**

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

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica 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.

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

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

**(II) RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA (FINALIZACIÓN ANTICIPADA):** La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la Prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la Prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la Prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la Prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la Prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

## **ARTÍCULO 11°.- REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA:**

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro o el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

## **ARTÍCULO 12°.- COMPROBACIÓN DE LA EDAD:**

Para determinar la Prima correspondiente a la presente Póliza, se considerará la edad que tenga el ASEGURADO al primer día de vigencia de la Póliza, indicada en las Condiciones Particulares o en el certificado de seguro.

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

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

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

## **ARTÍCULO 13°.- SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:**

Se considera fraudulento:

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

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

## **ARTÍCULO 14°.- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:**

**En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por comercializadores o a través de**

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

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

## **ARTÍCULO 15°.- ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS:**

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

- 15.1. **Por vía telefónica:** A través de la Central de Consultas descrita en el resumen de la presente Póliza de Seguro o en el certificado.
- 15.2. **Por escrito:** Mediante carta dirigida a la ASEGURADORA la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestros Centros de Atención o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el resumen de la presente Póliza o en el certificado.

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

## **ARTÍCULO 16°.- DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:**

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

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

## **ARTÍCULO 17°.- INDISPUTABILIDAD:**

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

## **ARTÍCULO 18°.- DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:**

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los BENEFICIARIOS y la ASEGURADORA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza 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, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho(s) canal(es) de comercialización, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del seguro o cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

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

## **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, ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS, según corresponda de acuerdo a ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.**

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

## **ARTÍCULO 20°.- 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.

## ARTÍCULO 21°.- TRIBUTOS:

Todos los tributos presentes que graven las Primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o de sus Herederos Legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la ASEGURADORA y no puedan ser trasladados.

## CAPÍTULO II CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

### ARTÍCULO 22°.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

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

- Edad mínima de ingreso a la Póliza: 18 años.
- Edad máxima de ingreso a la Póliza: 65 años y 364 días.
- Edad máxima de permanencia en la Póliza: 70 años y 364 días.

No pueden ser aseguradas bajo esta Póliza de Seguro las personas que mantengan una Incapacidad Total Permanente.

### ARTÍCULO 23°.- CONDICIONES PARA LA CONTRATACIÓN:

Son asegurables conforme a esta Póliza, las Personas Naturales, Titular y/o Cónyuge, detallado en el Condicionado Particular, cuya edad no sea inferior a los 18 (dieciocho) años ni superior a los 65 (sesenta y cinco) años de edad y 364 (trescientos sesenta y cuatro) días, al momento de contratar el seguro. La edad de permanencia en la Póliza es de 70 (setenta) años de edad y 364 (trescientos sesenta y cuatro) días, por lo que la presente Póliza termina y pierde sus efectos automáticamente el día que el ASEGURADO cumpla 71 (setenta y un) años de edad.

No podrán asegurarse bajo esta Póliza de Seguro las personas afectadas con una incapacidad total o parcial permanente. En caso la solicitud esté destinada a brindar cobertura a una persona afectada con una Incapacidad parcial permanente, la

ASEGURADORA podrá considerar tal circunstancia, previo informe médico pertinente a efectos de verificar el real grado de invalidez y determinará la Prima adicional que considere necesaria, en caso decida aceptarlo.

### ARTÍCULO 24°.- COBERTURAS:

#### A. MUERTE ACCIDENTAL:

Si el ASEGURADO sufre un accidente que de lugar a su fallecimiento, siempre que su causa directa y única; o causa adecuada en caso esta difiera de la causa directa y única, fuera un accidente que no se encuentre excluido en la presente Póliza y se manifieste a más tardar dentro de los 30 (treinta) días calendarios contados desde la fecha del accidente, la ASEGURADORA pagará la Suma Asegurada por muerte Accidental a los BENEFICIARIOS del ASEGURADO según el plan escogido en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro.

#### B. INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:

Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su invalidez total o parcial permanente siempre que su causa directa y única, o causa adecuada en caso esta difiera de la causa directa y única, fuera un accidente que no se encuentre excluido en la presente Póliza y éste es dictaminado por la Comisión Médica de Essalud o el Ministerio de Salud o EPS, la ASEGURADORA pagará el porcentaje de la Suma Asegurada, dependiendo del Plan escogido en las Condiciones Particulares y de la invalidez total o parcial permanente por Accidente, según lo establecido en la tabla de indemnizaciones incorporada en el ANEXO A de las presentes Condiciones Generales.

### ARTÍCULO 25°.- EXCLUSIONES:

Son exclusiones del presente contrato:

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

- 1) Suicidio, auto mutilación o autolesión.
- 2) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios

- de las normas vigentes; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables (en caso de fallecimiento del ASEGURADO) que se ha tratado de legítima defensa; servicio militar; así como participando activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 3) Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el BENEFICIARIO, dejando a salvo el derecho de acrecer de los restantes BENEFICIARIOS. En caso no se hayan designado BENEFICIARIOS, se le aplica la misma condición para los Herederos Legales.
  - 4) Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiriera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un gobierno o autoridad pública.
  - 5) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
  - 6) Viajes aéreos y marítimos que haga el ASEGURADO en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, o en operaciones o viajes submarinos, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares.
  - 7) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos.
  - 8) Realización de actividades y/o deportes como escalamiento, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, inmersión o caza submarina, surf, windsurf, navegación en velero, canotaje, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, caza de fieras, rodeo, artes marciales, boxeo, lucha libre, squash, rugby, football Americano.
  - 9) La práctica o desempeño de profesiones u oficios como 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.
  - 10) Estar bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo al momento y como acto generador del siniestro.
  - 11) 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.
  - 12) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
  - 13) Las complicaciones médicas de embarazos o partos.

## ARTÍCULO 26°.-AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO:

### 26.1. AVISO DE SINIESTRO

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

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

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

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

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

## 26.2. SOLICITUD DE COBERTURA:

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus centros de Atención al Cliente en Lima o provincias (lugares autorizados para solicitar la atención del siniestro cuyas direcciones se encuentran detalladas en el resumen del presente condicionado o certificado de seguros) o a través del comercializador los siguientes documentos:

### COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL:

1. Copia Certificada del Acta de Defunción.
2. Certificación de Reproducción Notarial del Certificado de Defunción.
3. Copia Certificada del Atestado policial, en caso de haberse realizado.
4. Original del Informe elaborado por el empleador acerca de las circunstancias del accidente (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
5. Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso de haberse realizado.
6. Copia Certificada del Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, de acuerdo a las circunstancias, según corresponda.
7. Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y en caso que el ASEGURADO haya participado como conductor del vehículo).
8. Copia simple del documento de

- identidad de los BENEFICIARIOS o Copia Certificada de la Partida de Nacimiento, en caso que los BENEFICIARIOS sean menores de edad y no cuenten con DNI).
9. En caso de no contar con BENEFICIARIOS, adjuntar el Testimonio y Copia Literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada, según corresponda.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente.

### COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE

1. Copia Certificada del Atestado policial, en caso de haberse realizado.
2. Original del Informe elaborado por el empleador acerca de las circunstancias del accidente (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
3. Copia Certificada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y en caso que el ASEGURADO haya participado como conductor del vehículo).
4. Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO.
5. Copia Fedateada del Informe Médico de Invalidez e Historia Clínica completa.

La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostrare la imposibilidad de cumplir, demora el proceso de evaluación del siniestro, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este seguro, no pudiendo en caso alguno el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Póliza o del desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de requerir la siguiente información adicional en caso las circunstancias específicas lo ameriten y dentro del plazo establecido en el segundo párrafo del numeral 26.3:



- A. Resultado de pruebas y exámenes realizados (tomografías, resonancias, radiografías, patologías entre otros)
- B. Informe médico ampliatorio.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

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

**26.3. PAGO DE SINIESTRO:**

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

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, BENEFICIARIO o Heredero, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para pronunciarse respecto a la procedencia o rechazo 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 solicite la prórroga de dicho plazo.

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

Si no hubiera acuerdo, la ASEGURADORA solicitará a la Superintendencia la prórroga del plazo para el consentimiento de siniestros de acuerdo al procedimiento 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, BENEFICIARIO o Heredero, según corresponda dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP deberá comunicarse al ASEGURADO, BENEFICIARIO o Heredero, según corresponda en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago del beneficio, indemnización, Capital ASEGURADO o Suma Asegurada, según corresponda.

## ANEXO A

### TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE

#### PARA INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE:

INVALIDEZ	PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA SUMA ASEGURADA
Estado Absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%
Fractura Incurable de la columna vertebral que determinare la Invalidez Total y Permanente.	100%
Pérdida total de los ojos.	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.	100%

#### PARA INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE:

##### • Cabeza

INVALIDEZ	PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA SUMA ASEGURADA
Sordera total e incurable de los oídos.	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular.	40%
Sordera total e incurable de un oído.	15%
Ablación de la mandíbula inferior.	50%

##### • Miembros Superiores

INVALIDEZ	PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA SUMA ASEGURADA
Pérdida de un brazo. (Arriba del codo)	75%
Pérdida de un antebrazo. (Hasta el codo)	70%
Pérdida de una mano. (A la altura de la muñeca)	60%
Fractura no consolidada de una mano. (Seudoartrosis total)	45%
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30%
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25%
Anquilosis del codo en posición funcional.	20%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15%
Pérdida del dedo pulgar de la mano.	20%

Pérdida del dedo índice.	16%
Pérdida del dedo medio	12%
Pérdida del dedo anular.	10%
Pérdida del dedo meñique.	6%

## • Miembros Inferiores

INVALIDEZ	PORCENTAJE DE COBERTURA DE LA SUMA ASEGURADA
Pérdida de una pierna. (Por encima de la rodilla)	60%
Pérdida de una pierna. (Por debajo de la rodilla)	50%
Pérdida de un pie.	35%
Fractura no consolidad de un muslo. (Seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidad de una rótula. (Seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidad de un pie. (Seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional.	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms	8%
Pérdida del dedo gordo del pie.	10%
Pérdida de cualquier otro dedo de cualquier pie.	4%

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembros lesionados, según la tabla de Invalidez Total y Permanente.

La pérdida parcial se entiende a la amputación o a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional del órgano o miembros lesionados, según la tabla de invalidez parcial permanente. Si la invalidez parcial permanente deriva de la seudoartrosis (como secuela), la indemnización no podrá exceder del 70% (setenta por ciento) de la que correspondería, según lo indicado en la tabla de invalidez parcial permanente, por la pérdida total del miembro u órgano afectados.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido, por amputación total o anquilosis (como secuela). La indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, según lo indicado en la tabla de invalidez parcial permanente, si se tratare del pulgar y a la tercera parte, si se tratare de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdidos, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada.

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

## RESUMEN SEGURO PROTECCION MULTIPLE BBVA CONTINENTAL (Seguro de Accidentes Personales CNT)

### A. INFORMACIÓN GENERAL

#### 1. Datos de la empresa ASEGURADORA: RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

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

#### Centros de Atención al Cliente:

- **Lima:**  
Av. Paseo de la República 3505, San Isidro.  
Av. Las Begonias 471, San Isidro.  
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.
- **Arequipa:**  
Psj. Belén 103, Urb. Vallecito.  
Telf. (054)-381700
- **Cajamarca:**  
Jr. Belén 676-678.  
Telf. (076)-369635
- **Cusco:**  
Calle Humberto Vidal Unda G-5, Urbanización  
Magisterial, 2da. Etapa. Cusco.  
Telf. (084)-229990 / (084)-227041
- **Huancayo:**  
Jr. Ancash 125, Huancayo.  
Telf. (064)-223233
- **Trujillo:**  
C.C. Mall Aventura Plaza-Local 1004  
Av. América Oeste 750, Urb. El Ingenio  
Telf. (044)-485200
- **Chiclayo:**  
Av. Salaverry 560, Urb. Patazca.  
Telf. (074)- 481400
- **Iquitos:**  
Jr. Putumayo 501  
Telf. (065)-242107
- **Piura:**  
Calle Libertad 450.  
Telf. (073)-284900

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

**Central de Emergencias y Asistencias**  
Lima: (01) 411-1111 Provincias: 0-800-4-1111

**Correo Electrónico:**  
reclamos@rimac.com.pe

**Página Web:**  
www.rimac.com

#### 2. Denominación del producto: SEGURO MÚLTIPLE BANCO CONTINENTAL. (SEGURO ACCIDENTES PERSONALES CNT)

#### 3. Lugar y forma de pago de la Prima: El lugar y forma de pago de la Prima, esta detallado en el Condicionado Particular de la Póliza.

#### 4. Medio y plazo establecido para el aviso de siniestro: El medio y plazo se encuentran detallados en el Artículo 26 del Capítulo II de las Condiciones Generales o en el Certificado de Seguro según corresponda. El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

#### 5. Lugares autorizados por la ASEGURADORA para solicitar la cobertura del seguro: Centros de Atención al Cliente listadas en el punto 1 de este resumen.

#### 6. Medios habilitados por la ASEGURADORA para presentar reclamos: Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita como se detalla a continuación:

**Verbal:** Presencial o Vía Telefónica a través  
de los Centros de Atención en Lima y  
provincias y Central de Consultas. (Punto 1  
de este resumen)

**Escrito:** Mediante carta dirigida a RIMAC  
Seguros o a través de la página web o correo  
electrónico. (Punto 1 de este resumen)

#### 7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias según corresponda:

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

**Indecopi:**

www.indecopi.gob.pe

Lima: (01) 224-7777

Tel. gratuito de provincias: 0-800-4-4040

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

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

**Superintendencia de Banca, Seguros y AFP(SBS):**

www.sbs.gob.pe

Lima: (511) 630-9000

Fax: (511) 630-9239

Los Laureles 214, San Isidro, Lima.

Arequipa: Los Arces 302, Urb. Cayma.

Piura: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.

Consultas y Denuncias: 0800-10840 |  
(511) 428-0555

**8. Obligación de informar sobre agravación del riesgo ASEGURADO:**

Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el ASEGURADO o CONTRATANTE se encuentra obligado a informar a la ASEGURADORA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo ASEGURADO.

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

Se encuentran detallados en el Artículo 24° del Capítulo II de las Condiciones Generales.

**2. Principales Exclusiones:**

Se encuentran detallados en el Artículo 25 °del Capítulo II de las Condiciones Generales.

**3. Condiciones de acceso y límites de permanencia:**

Se encuentran detallados en el Artículo 22° del Capítulo II de las Condiciones Generales.

**4. Condiciones para la Contratación:**

Se encuentran detallados en el Artículo 23° del Capítulo II de las Condiciones Generales.

**5. Derecho de arrepentimiento del CONTRATANTE:**

Se encuentran detallados en el Artículo 14° del Capítulo I de las Condiciones Generales.

**6. Derecho del CONTRATANTE de resolver el contrato sin expresión de causa:**

Se encuentran detallados en el Artículo 7°, literal

a) del Capítulo I de las Condiciones Generales.

**7. Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la ASEGURADORA durante la vigencia del contrato:**

Se encuentran detallados en el Artículo 5°, literal c) del Capítulo I de las Condiciones Generales.

**8. Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro:**

Se encuentran detallados en el Artículo 26°, numeral 26.2 del Capítulo II de las Condiciones Generales.

## CLÁUSULA ADICIONAL RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos de las Condiciones Generales de contratación de la Póliza de Seguros contratada, Seguro Protección Múltiple BBVA continental (SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CNT) ante la presente cláusula adicional que forma parte de la misma, regirán las condiciones siguientes:

### 1. COBERTURA: RENTA HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

Se entiende por renta hospitalaria por accidente al seguro mediante el cual el ASEGURADO que sufre un accidente que dé lugar a su hospitalización, siempre que su causa directa y única; o causa adecuada en caso esta difiera de la causa directa y única, fuera un accidente que no se encuentre excluido en la presente Póliza, recibe una renta por cada día que se encuentre hospitalizado, en cualquier Institución Hospitalaria legalmente establecida dentro y fuera del territorio nacional.

Se entiende por institución hospitalaria, el hospital, clínica o establecimiento legalmente establecido para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, unidades de cuidados intensivos, sala de operaciones, equipos de rayos x, servicios de enfermería a tiempo completo y personal profesional especializado y debidamente calificado.

### 2. DEFINICIÓN DE ACCIDENTE:

Se define como accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y que de un modo violento afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también por lesiones internas o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes.

Se considera también como accidente para efectos de la presente cláusula adicional, a las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el ASEGURADO.

### 3. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO BAJO LA PRESENTE CLAUSULA ADICIONAL:

Podrán asegurarse bajo la presente Cláusula Adicional, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, que no hayan cumplido los sesenta (64) años al momento de la contratación, que cumplan con los demás requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

- Edad mínima de ingreso a la Póliza: 18 años.
- Edad máxima de ingreso a la Póliza: 65 años y 364 días.
- Edad máxima de permanencia en la Póliza: 70 años y 364 días.

### 4. EXCLUSIONES:

La presente cláusula adicional no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia directa o indirecta de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- a. 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 de Seguro.
- b. Los denominados «Accidentes Médicos», tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos de miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos.
- c. Los accidentes que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gramos-litro a más), drogas o en estado de sonambulismo, y esta situación sea acto generador del siniestro.
- d. Lesiones que el ASEGURADO sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra internacional o civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, terrorismo; en actos delictuosos en que el ASEGURADO participe por culpa grave propia o de sus BENEFICIARIOS, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legalmente, mediante sentencia judicial, la legítima defensa. Autolesiones, así como el suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas intencionalmente al ASEGURADO por los BENEFICIARIOS de esta Póliza de Seguro.
- e. Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación

por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible;

- f. Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes peligrosos y que no guarden relación con la ocupación declarada por el ASEGURADO ni mencionados por él mismo en la solicitud respectiva, o aun cuando lo hubiera hecho. Entiéndase como actividades y deportes peligrosos: carreras en vehículos a motor o en bicicletas, concursos o prácticas hípcas, alpinismo o andinismo, cacería de fieras y pesca submarina.
  - g. Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
  - h. Actos infractores de leyes o reglamentos, o actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional.
  - i. Las consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
5. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

Adicionalmente a lo establecido en las Condiciones Generales, la presente cláusula adicional terminará en la primera de las siguientes fechas o lo que ocurra primero:

- a. El vencimiento del plazo de vigencia de la Póliza.
  - b. A la fecha que el ASEGURADO haya cumplido la edad máxima de permanencia, descrita en la presente cláusula adicional.
  - c. A partir de la fecha en que el ASEGURADO quedare comprendido en el beneficio de muerte accidental, solo si la Póliza, a través de cláusula adicional, cubriera dicho beneficio.
6. AVISO DE SINIESTRO, SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO:

**AVISO DE SINIESTRO:**

El ASEGURADO deberá dar aviso por escrito a la ASEGURADORA, inmediatamente después de la fecha de iniciación del accidente que origine la hospitalización y que pudiera dar lugar a una solicitud de beneficio bajo las condiciones de esta Póliza hasta un plazo máximo de treinta (30) días calendario.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, pero 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 a 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.

**SOLICITUD DE COBERTURA:**

Para atender las solicitudes de cobertura en caso de Renta Hospitalaria por Accidente se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus centros de Atención al Cliente en Lima o provincias los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- a. Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO.
- b. Denuncia o Atestado Policial (si fuera un accidente donde hubo intervención policial).
- c. Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ser el accidente en horas de trabajo).
- d. Copia de la Factura o pre-liquidación de gastos del Institución Hospitalaria donde se verifique el nombre del ASEGURADO como paciente hospitalizado y el periodo de la hospitalización.
- e. Informe Médico detallado donde indique las circunstancias del accidente, diagnóstico, tratamiento y se especifique los días de hospitalización, de ser necesario.

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

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

- El listado anterior muestra la documentación mínima que debe ser presentada para solicitar la cobertura en caso de siniestro. La ASEGURADORA se reserva el derecho de solicitar informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.
- No serán procedentes las solicitudes de devolución de documentos sea que se apruebe o rechace la cobertura.
- Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una Traducción Oficial del mismo.

## **PAGO DE SINIESTRO:**

La ASEGURADORA tendrá un plazo máximo de 30 (treinta) días calendario contados desde la recepción de la totalidad de los documentos descritos precedentemente, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si el siniestro fuera consentido por la ASEGURADORA o hubiese transcurrido el plazo antes indicado o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, sin que la ASEGURADORA se pronuncie, ésta pagará la indemnización correspondiente y cualquier otro beneficio que corresponda según lo pactado en la Póliza, dentro de los 30 (treinta) días calendarios siguientes a la fecha en que el siniestro quedó consentido.

## **7. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:**

Se perderá el derecho a ser indemnizados, quedando la ASEGURADORA relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, se sustenta una solicitud de cobertura o

para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente Póliza empleando medios o documentos falsos, dolosos o engañosos.

## **8. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:**

Una vez ocurrido el siniestro se podrá acordar con la ASEGURADORA el someter a arbitraje u otro mecanismo de solución de controversias, cualquier controversia desavenencia o reclamación resultante, relacionada o derivada del Contrato de Seguro, siempre que los daños o pérdidas reclamadas como consecuencia de un siniestro sean iguales o superiores a 20 UIT.

En este caso, la controversia será resuelta mediante arbitraje de derecho por un tribunal arbitral conformado por tres árbitros. El laudo será definitivo e inapelable, de conformidad con los reglamentos y el Estatuto de Centro de Arbitraje de la Cámara de Comercio de Lima a cuyas normas, administración y decisión se someten las partes en forma incondicional, declarando conocerlas y aceptarlas en su integridad.

El laudo arbitral podrá ser revisado por el Poder Judicial, con arreglo a lo dispuesto en la Ley de Arbitraje (artículos 62° y 63° del D. Leg. 1071, normas modificatorias y/o sustitutorias)

En caso de acudir a la vía judicial, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes.

Las demás disposiciones establecidas en las condiciones generales, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.