

Seguro de Desgravamen Prima Única

Condiciones Generales

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la Compañía, emite a usted, en adelante el Contratante, la presente póliza sobre la vida del Asegurado. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguros:

- **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, accidente cerebro vascular, dolores de espalda crónicos, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- **Asegurado:** Es la persona cuya vida se asegura en virtud de la póliza. Para este seguro, es el cliente titular de un préstamo o de una línea de crédito vigente con el Contratante (en adelante el "Crédito Asegurado"), que ha presentado una solicitud-certificado o una solicitud de seguro aceptada por la Compañía, cuando corresponda.
- **Accidente médico:** Es aquel accidente producido durante o como consecuencia de una intervención, tratamiento o atención médica. Para efectos del presente seguro, esta definición comprende aquellos casos de negligencia o impericia médica.
- **Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que será pagado por la Compañía al Contratante, en caso de siniestro bajo los términos de la póliza. Dicho importe es equivalente al saldo deudor que el Asegurado mantenga con el Contratante al momento de su fallecimiento **según el cronograma de pagos del Crédito Asegurado**, hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado.
- **Certificado de Seguro:** Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una póliza de seguro determinada, y que contiene la información mínima sobre las condiciones de aseguramiento, conforme a las disposiciones de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.
- **Contratante:** Es la persona o entidad que suscribe la póliza con la Compañía y la obligada al pago de la prima.
- **Días:** Días calendario, salvo que la póliza establezca expresamente lo contrario.
- **Endoso:** Es el documento mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la póliza. Los endosos surten efectos una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía y el Contratante, según corresponda.
- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud-certificado o de la solicitud de seguro, según corresponda.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en estas condiciones generales.

- **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir las coberturas del Seguro.
- **Miembros:** Largos apéndices anexos al tronco destinados a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y prensión.
- **Muerte Accidental:** Fallecimiento inmediato del Asegurado por causas que cumplen la condición de accidente definida en la presente póliza. **Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.**
- **Órgano:** Entidad anatómicamente independiente y siempre específica.
- **Pérdida Total:** La separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta.
- **Pérdida Funcional Absoluta:** La ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiológica del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.
- **Póliza:** Es el documento emitido por la Compañía en el que consta el contrato de seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.
- **Prima:** Es el valor determinado por la Compañía, como contraprestación por la cobertura de seguro contratada.
- **Siniestro:** Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran el riesgo asegurado (cobertura) previsto en el presente contrato de seguro. Para que el siniestro se encuentre cubierto bajo la presente póliza, éste no deberá haberse configurado por alguno de los supuestos de exclusión establecidos en la póliza; asimismo, deberá cumplirse con las condiciones establecidas en el presente contrato de seguros.
- **Solicitud-Certificado:** Formato proporcionado al Asegurado que contiene la Solicitud de Afiliación y el Certificado de Seguro.
- **Solicitud de Seguro o Solicitud de Afiliación:** Constancia de la voluntad del Asegurado de afiliarse al presente contrato de seguro.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS

La póliza es el único documento válido para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

El Contratante deberá enviar a la Compañía las solicitudes-certificados o solicitudes de seguro presentadas por sus clientes. Asimismo, deberá notificar por escrito los respectivos nombres, apellidos, fecha de nacimiento y demás datos que solicite la Compañía para la determinación de las sumas a asegurarse. **La Compañía se reserva el derecho de solicitar evaluaciones de salud y declaraciones adicionales a efectos de aprobar las solicitudes de seguro presentadas en caso la suma asegurada de una o más afiliaciones por Asegurado exceda los límites indicados en las Condiciones Particulares y en la solicitud de seguro o certificado de seguro.**

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

1. Los Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros.
2. Las Cláusulas Adicionales.
3. Las Condiciones Particulares.
4. Las Condiciones Generales.
5. La Solicitud de Seguro.

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo a su jerarquía e importancia; de existir alguna contradicción entre ellos, se entenderá que los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo.

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACION DE LA PÓLIZA

Las partes contratantes, así como aquellos Asegurados que se incorporen al presente seguro y sus respectivos herederos, se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza y a las disposiciones contenidas en la Ley del Contrato de Seguros y sus normas modificatorias, sustitutorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

QUINTA: BASES DEL CONTRATO – DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

El seguro ha sido emitido por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Asegurado en la solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y/o en los cuestionarios relativos a la salud y actividades del Asegurado, de ser el caso.

Toda declaración inexacta o reticente formulada por el Asegurado, que de haber sido conocida por la Compañía hubiera impedido la afiliación del Asegurado al presente seguro o modificado las condiciones de dicho acto, determina la nulidad de la afiliación, si media dolo o culpa inexcusable. En dicho supuesto el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario carecerán de todo derecho a indemnización bajo la póliza, quedando la Compañía liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo indicado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del acto de afiliación, la Compañía devolverá las primas pagadas que correspondan, sin intereses ni impuestos, y disminuidas en un monto máximo equivalente a las primas pagadas por el primer año de duración de la póliza.

Se consideran dolosas a aquellas respuestas a preguntas formuladas en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios que contengan declaraciones inexactas o reticentes sobre circunstancias conocidas por el Asegurado.

Si la declaración inexacta o reticente, no obedece a dolo o culpa inexcusable del Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas, según sea constatada antes o después de producido el siniestro:

(i) Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía presentará al Asegurado una propuesta de revisión del Seguro 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 Asegurado en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso sea aceptada la revisión del Seguro, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver el acto de afiliación, mediante una comunicación dirigida al Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente. Corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

(ii) Si la constatación de la declaración inexacta o reticente es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la póliza, la Compañía reducirá la indemnización debida en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. De determinarse que el riesgo no era asegurable no existirá suma asegurada a pagar y se procederá con la devolución total de la prima percibida.

SEXTA: INDISPUTABILIDAD

El presente seguro será indisputable respecto de cada Asegurado una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contado desde la fecha de inicio de vigencia que figura en la solicitud-certificado o en el certificado de seguro correspondiente, salvo en caso de dolo.

Lo dispuesto en la presente cláusula no será aplicable en caso que la inexactitud o falsedad verse sobre la edad del Asegurado. En este supuesto se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Séptima de las Condiciones Generales de la presente póliza titulada: "Edad".

SÉPTIMA: EDAD

Para efectos del seguro se considerará que la edad es la edad actuarial del Asegurado, es decir, aquella que éste tuviera a la fecha de presentación de su solicitud-certificado o solicitud de seguro, salvo que a dicha fecha hayan transcurrido más de seis (6) meses desde su último cumpleaños, en cuyo caso se considerará el número entero inmediatamente superior.

Podrá ingresar como Asegurado bajo la presente póliza cualquier persona que no supere la "Edad Límite de Ingreso" a la fecha de presentación de su solicitud-certificado o solicitud de seguro, pudiendo permanecer como Asegurado, en caso de renovación, sólo hasta cumplir la "Edad Límite de Permanencia", incluso si el plazo del Crédito Asegurado en función al cual se otorga el presente seguro contempla una duración mayor.

La Compañía podrá requerir al Contratante, al Asegurado y/o a los herederos del Asegurado que acrediten la edad del Asegurado a través de un documento oficial antes de otorgar cualquier beneficio acordado a través de la presente póliza.

Si se comprobare que existe una declaración inexacta de la edad del Asegurado y la edad real superaba de la "Edad Límite de Ingreso" establecida en las Condiciones Particulares al momento de presentar su solicitud-certificado o su solicitud de seguro, su cobertura quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Asegurado el valor de las primas pagadas, sin intereses .

OCTAVA: INICIO DE VIGENCIA Y PLAZOS DE LA PÓLIZA

La póliza inicia su vigencia en la fecha indicada en las **Condiciones Particulares** y se emite con vigencia anual renovable automáticamente de acuerdo con lo indicado en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación del Seguro".

La cobertura otorgada a cada Asegurado en virtud de esta póliza, se iniciará desde que el Contratante efectúe el desembolso del préstamo o apruebe la línea de Crédito Asegurado; salvo que la suma asegurada de una o más afiliaciones por Asegurado exceda los límites indicados en las Condiciones Particulares y en la solicitud de seguro y se requiera la presentación de una declaración de salud, en cuyo caso, el inicio se computará desde que la Compañía otorgue su conformidad por escrito.

La cobertura de cada Asegurado se mantendrá vigente mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente el Crédito Asegurado; (ii) el Asegurado hubiera realizado el pago de la prima única; (iii) el Asegurado no supere la "Edad Límite de Permanencia" por cobertura indicada en las Condiciones Particulares; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro establecidos en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza: titulada "Terminación de la Cobertura".

NOVENA: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta póliza y que no pertenecen a la Compañía, estarán reservados al Contratante, salvo que en las Condiciones Particulares o Generales se hubiere convenido lo contrario.

DÉCIMA: RENOVACIÓN DEL SEGURO

La póliza se emite con vigencia anual. Transcurrido este periodo, la presente póliza se renovará en forma automática siempre que el Contratante haya efectuado el pago de la prima única, salvo que el Contratante o la Compañía manifiesten, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al vencimiento de la póliza. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación escrita de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. En dicha comunicación, la Compañía detallará las modificaciones en caracteres destacados. El Contratante tendrá un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea aceptada, la Compañía emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones y proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en la póliza de conformidad al párrafo precedente.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la cobertura se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia anual correspondiente de la presente póliza. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza por lo que el contrato quedará resuelto.

En caso no proceda la renovación automática de la presente póliza debido a que (i) alguna de las partes manifestó su decisión de no renovarla; o, (ii) se rechazó la propuesta de modificación enviada por la Compañía; el Contratante deberá comunicar a los Asegurados que la póliza no será renovada y que las coberturas se extinguirán al término de la vigencia anual correspondiente.

Se deja expresa constancia que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida en grupo temporal.

DÉCIMO PRIMERA: CAMBIOS EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Toda modificación de la póliza solicitada por el Contratante, para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de la Compañía.

Durante cada periodo de vigencia anual de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados 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. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

En caso la Compañía y el Contratante acuerden modificar las condiciones de la póliza, la Compañía proporcionará al Contratante documentación suficiente a fin de que éste comunique a los Asegurados las modificaciones que hayan sido incorporadas a la póliza.

DÉCIMO SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

a. Vida (Muerte Natural o Accidental):

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la cobertura, sea en territorio nacional o internacional, la Compañía pagará al Contratante el saldo deudor del Crédito Asegurado que hubiera mantenido el Asegurado al momento de su fallecimiento, según el cronograma de pagos del Crédito Asegurado, y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de póliza.

b. Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Únicamente se considerará que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente por Accidente si, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, presenta alguna de las siguientes condiciones:

- i. Pérdida total o funcional absoluta de la visión de ambos ojos.
- ii. Pérdida total o funcional absoluta de ambos brazos o ambas manos.
- iii. Pérdida total o funcional absoluta de ambas piernas o ambos pies.
- iv. Pérdida total o funcional absoluta de una mano y un pie.
- v. Paraplejía o Cuadriplejía por fractura de la columna vertebral.
- vi. Estado absoluto de descerebramiento ocasionado por accidente que no permita al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida. Se entiende por descerebramiento a la ausencia de función cerebral y/o inactividad total del cerebro.

En este sentido, se deja expresa constancia que no se cubrirá otra situación de invalidez distinta a las arriba mencionadas, aún cuando la misma pudiera afectar al Asegurado en más de los dos tercios de su capacidad de trabajo.

Es condición necesaria que la invalidez se manifieste a más tardar dentro de los (2) años siguientes de producido un accidente durante la vigencia de la póliza.

c. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una enfermedad presenta una pérdida o disminución irreversible de su fuerza física o intelectual igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo. **Siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses (Periodo de Observación). La Compañía evaluará la condición del Asegurado, a fin de determinar el estado de invalidez total y permanente y la aplicación de la cobertura.**

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

Para la determinación de la invalidez será de aplicación supletoria las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia de las lesiones originadas por una enfermedad diagnosticada luego de transcurrido el periodo de carencia indicado en las Condiciones Particulares.

DÉCIMO TERCERA: EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS

Este contrato de seguros no cubre el fallecimiento del Asegurado cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

- a. Enfermedades o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro; o, enfermedades congénitas.
- b. Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación a la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.
- c. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- d. Participación en acto delictuoso o tipificado como delito, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- e. Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- f. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- g. La práctica o participación en los siguientes deportes peligrosos: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; participación como piloto o acompañante en carreras de velocidad, entrenamiento o resistencia, en caballo, automóviles, motocicletas y lanchas.
- h. SIDA/VIH.
- i. El uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes.
- j. Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos-litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su deceso.
- k. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- l. Adicionalmente, se excluye la invalidez total y permanente por accidente a consecuencia de los denominados “Accidentes Médicos”, como los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.

DÉCIMO CUARTA: PRIMAS

La prima única (prima comercial) es la prima pagada por cada Asegurado al Contratante y que incluye la comisión de comercialización. El Contratante transferirá las primas pagadas por la totalidad de Asegurados a la Compañía de conformidad con lo dispuesto en el respectivo contrato de comercialización.

Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares.

DÉCIMO QUINTA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS

El inicio de la vigencia de la cobertura está condicionado a que se efectúe el desembolso del Crédito Asociado del cual se descuenta automáticamente el monto de la prima única, por lo tanto, se deja expresa constancia que no serán de aplicación al presente seguro las disposiciones relativas al incumplimiento del pago de primas.

DÉCIMO SEXTA: REHABILITACIÓN

Considerando que la prima pagada por el Asegurado debe efectuarse en una sola oportunidad, se deja expresa constancia que el derecho de rehabilitación no tiene aplicación efectiva en el presente producto.

DÉCIMO SÉPTIMA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE

El Contratante, en cualquier momento, sin expresión de causa y pudiendo para ello emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, podrá solicitar la resolución de la presente póliza, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la notificación de la respectiva solicitud (fecha de resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza respecto de la totalidad de Asegurados incorporados a la misma. La comunicación de resolución de la póliza deberá adjuntar copia del RUC del Contratante y DNI de su representante legal.

Se deja expresa constancia que el Contratante deberá comunicar a los Asegurados sobre su decisión de resolver la presente póliza y que las coberturas otorgadas en virtud de la misma se extinguirán en la fecha de resolución indicada en el párrafo precedente .

DÉCIMO OCTAVA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente póliza se resolverá por solicitud escrita del Contratante de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Resolución de la Póliza por parte del Contratante” y se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Renovación del Seguro”.

Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados afiliados a la misma y la Compañía quedará liberada de toda obligación indemnizatoria derivada del presente contrato.

Adicionalmente, este seguro se resolverá respecto de cada Asegurado en los siguientes supuestos:

1. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión del Certificado de Seguro efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.
2. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales de la póliza titulada “Solicitud de Cobertura Fraudulenta”.
3. Por solicitud de desafiliación presentada por el Asegurado (resolución del seguro respecto de sí mismo), la cual podrá efectuarse en cualquier momento y sin expresión de causa, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la afiliación al seguro y con

por lo menos treinta (30) días de anticipación. En caso el Asegurado ejerza esta opción a través de una comunicación escrita, deberá acompañar a la comunicación copia simple de su Documento de Identidad. Se deja constancia que es responsabilidad del Asegurado dar aviso previo a la Entidad Financiera Comercializadora y que tiene conocimiento de los efectos de su decisión sobre el Crédito Asegurado.

Asimismo, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes hechos:

1. Cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso el Beneficiario estará facultado a presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en la presente póliza.
2. Cuando el Asegurado supere la "Edad Límite de Permanencia" correspondiente a la cobertura principal indicada en las Condiciones Particulares.
3. Cuando se produzca la cancelación (pago anticipado) del Crédito Asegurado o el término de su plazo.

Salvo en caso de fallecimiento del Asegurado, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y el Beneficiario todo derecho indemnizatorio bajo la presente póliza y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

Se deja expresa constancia que, en caso de resolución o extinción de la póliza o de la Solicitud-Certificado; la Compañía devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima por el tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se solicita la resolución o se toma conocimiento de la extinción de la póliza.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el Certificado de Seguro o la Solicitud-Certificado será Nula, según corresponda, y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. Si, al momento de la contratación del seguro, el Asegurado incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".
2. En caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobase que la edad real superaba la "Edad Límite de Ingreso" a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad".
3. En ausencia de interés asegurable al tiempo de la afiliación al seguro, en virtud del artículo 2º de la Ley del Contrato de Seguro.
4. Si al tiempo de la afiliación al seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3º de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2, 3 o 4 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Asegurado, sin intereses y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, la devolución de la prima pagada se realizará de conformidad

con lo dispuesto en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.

Las coberturas contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la presente póliza, terminarán en cualquiera de los supuestos de extinción, resolución y nulidad mencionados en los puntos precedentes.

DÉCIMO NOVENA: AVISO DE SINIESTRO – PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

El Beneficiario deberá informar por escrito al domicilio de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio.

Posteriormente, el Beneficiario deberá entregar a la Compañía el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la siguiente documentación:

Muerte Natural	Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente por Accidente	Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
(1) Partida de defunción o acta de defunción. (2) Certificado médico de defunción completo. (3) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (4) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (5) Confirmación formal de saldos y cronograma por parte de la Entidad Financiera Comercializadora.	(1) Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada. (2) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal. (3) Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda. (4) Resultado del examen toxicológico, según corresponda. (5) Confirmación formal de saldos y cronograma de pagos por parte de la Entidad Financiera Comercializadora. En caso de muerte accidental se exigirá, además de los documentos antes listados, los siguientes: (6) Partida de defunción o acta de defunción. (7) Certificado médico de defunción completo. (8) Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). (9) Protocolo de Necropsia Completo, según corresponda.	(1) Certificado o Dictamen Médico emitido por la Compañía en base a evaluaciones médicas o por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), que indique el porcentaje de invalidez según las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez” del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP. (2) Historia Clínica completa, foliada y fedateada.

Se deja expresa constancia que, en caso de muerte natural, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud donde se diagnosticó la enfermedad que causó el deceso del Asegurado, la cual deberá contener el Informe Anatomopatológico del diagnóstico inicial de cáncer, en caso corresponda; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

En caso de muerte accidental, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud que realizó la atención médica del accidente que causó el deceso del Asegurado; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, si el Asegurado no contara con un dictamen emitido por algún organismo previsional (COMAFP o COMEC), la Compañía emitirá un Dictamen en base a exámenes médicos, los cuales se realizarán de conformidad con lo dispuesto en las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N° 232-98-EF/SAFP. La programación de las evaluaciones médicas que correspondan se comunicará dentro de los veinte (20) días siguientes de presentada la Historia Clínica completa, foleada y fedateada y el dictamen de la Compañía será notificado dentro de los diez (10) días siguientes de la fecha en que se realiza el último examen médico requerido por la Compañía.

Asimismo, dentro de los primeros veinte (20) días de completada la información y/o documentación exigida en la presente cláusula para la evaluación de la solicitud de cobertura, la Compañía podrá requerir información y/o documentación adicional para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario; y, se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. Hasta que el Beneficiario cumpla con proporcionar la información y/o documentación adicional solicitada por la Compañía, se suspenderá el plazo para considerar un siniestro consentido, el cual se reanudará al día siguiente de completada toda la documentación adicional requerida por la Compañía.

Excepcionalmente, en los casos en los que exista un proceso judicial, en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa la cobertura del siniestro o el derecho de los beneficiarios, la Compañía podrá supeditar la decisión de la cobertura del siniestro o el pago del beneficio a la conclusión en última instancia del proceso respectivo, requiriendo el original o copia con certificación de reproducción notarial de la sentencia o resolución definitiva dentro del plazo de treinta (30) días establecido en el artículo 74° de la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946. En el requerimiento, la Compañía deberá justificar al Beneficiario, la necesidad de dicho documento. Lo antes expuesto no afecta el derecho de la Compañía de apersonarse al proceso.

La Compañía tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos indicados en la presente cláusula, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por la Compañía o hubiese transcurrido el plazo antes indicado o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, sin pronunciamiento; se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro establecido en la presente cláusula no genera la pérdida de los derechos que pudiese tener el Beneficiario en virtud del presente seguro los cuales podrán ser requeridos dentro del plazo de prescripción vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

VIGÉSIMA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO

La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o el Beneficiario perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo el Asegurado, sus herederos o terceras personas que actúen en su representación, exageran los daños o emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta generará la resolución del seguro, respecto del Asegurado cuya cobertura es objeto de fraude. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará su decisión de resolver el seguro en virtud de la presente cláusula. Dicha comunicación podrá ser remitida a través de los medios y dirección acordados en la presente póliza o consignados por el Asegurado en la solicitud de seguro. En caso dichos

datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a la Compañía, ésta quedará liberada de toda obligación.

Se deja expresa constancia que, sin perjuicio de la aplicación de lo dispuesto en la presente cláusula, la Compañía deberá cumplir con los plazos previstos en el artículo 74° de la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946.

VIGÉSIMO PRIMERA: PAGO DEL BENEFICIO

La obligación de pagar el beneficio en caso de siniestro al Contratante deberá ser cumplida por la Compañía en un solo acto y por su valor total.

VIGÉSIMO SEGUNDA: BENEFICIARIO DEL SEGURO

El Beneficiario único será el Contratante.

VIGÉSIMO TERCERA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas, contribuciones y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, sobre los seguros, tanto en el caso de las primas como de las indemnizaciones o beneficios por siniestros, estarán a cargo del Contratante, Asegurado, del Beneficiario o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

VIGÉSIMO CUARTA: DOMICILIO

La Compañía, el Contratante y el Asegurado señalan como su domicilio contractual la dirección física (particular o comercial) y la dirección electrónica declaradas y que originalmente se consignan en las **Condiciones Particulares** o en la solicitud de seguro o solicitud-certificado, según corresponda. Para que cualquier variación respecto del domicilio (dirección física o electrónica) sea válida y surta efectos, deberá ser comunicada a la otra parte con por lo menos quince (15) días de anticipación.

Las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas y/o derivadas de la presente póliza, deberán efectuarse **en el último domicilio declarado por las partes de conformidad con lo dispuesto en el párrafo precedente.**

Toda comunicación realizada en cumplimiento de lo dispuesto en la presente cláusula, se considerará válida para todo efecto legal. **La Compañía no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio declarado por el Contratante y/o el Asegurado. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del Contratante o Asegurado, según corresponda, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.**

VIGÉSIMO QUINTA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación del Asegurado notificar a sus herederos de la existencia del presente contrato de seguro, quienes adicionalmente podrán solicitar información del estado de la póliza al fallecimiento del Asegurado en el 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 29355.

Cumplido el plazo de prescripción sin que el Contratante, el Asegurado o el Beneficiario, según corresponda, hubiera solicitado la cobertura o el cumplimiento de cualquier obligación derivada de esta póliza, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado y de toda obligación derivada de la misma, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o, en caso de fallecimiento, desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio; sin embargo se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

VIGÉSIMO SEXTA: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, el Beneficiario y/o los herederos del Asegurado, si la hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

VIGESIMO SÉPTIMA: MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista en las Condiciones Particulares del Contrato de Seguro. No procederá la modificación de la moneda indicada en las Condiciones Particulares, salvo por lo dispuesto a continuación.

También se deja claramente establecido que si la moneda prevista en las Condiciones Particulares del presente Contrato de Seguro, no fuese la de curso legal en el Perú, y como consecuencia de: (i) cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de Reserva del Perú o (ii) por mandato de cualquier norma legal, o (iii) por cualquier otra razón ajena al control de la Compañía:

- a. La Compañía, el Contratante, o el asegurado no pudiera o no le estuviera permitido obtener la moneda extranjera en el mercado; o
- b. Existiera impedimento de mantener las reservas o inversiones en moneda extranjera,

todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas serán convertidas a moneda nacional utilizando el tipo de cambio determinado por la Compañía y basado en las condiciones de mercado, salvo que en los supuestos (i) o (ii) precedentes, la disposición del Banco Central o la norma legal, fijara la tasa de cambio aplicable. En cualquier circunstancia, el Contratante será notificado sobre la conversión a moneda nacional de conformidad con el plazo y procedimiento dispuesto en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación del Seguro", salvo que por norma legal se establezca un plazo o procedimiento distinto.