

# Seguro de Sepelio

## Condiciones Generales

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la Compañía, emite a usted, en adelante el Contratante, la presente póliza sobre la persona del Asegurado, cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado de la póliza en la solicitud del seguro. 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:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un 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 como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos y/o sonambulismo.**
- **Asegurado:** Es la persona cuya vida se asegura en virtud de la póliza.
- **Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares y que será pagado por la Compañía a los beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro, bajo los términos de la póliza.
- **Beneficiario:** Es la persona (o las personas) designada(s) en la póliza por el Contratante como titular(es) del derecho al beneficio que en ella se establece. Su designación debe ser expresa y generalmente es de libre nombramiento, aunque debe existir siempre interés asegurable.
- **Comercializador:** Persona Natural o Jurídica que celebra con la Compañía un contrato de comercialización con el objeto de encargarse de facilitar la contratación del presente seguro.
- **Contratante:** Es la persona que suscribe la póliza con la Compañía y la obligada al pago de la prima. Generalmente el contratante es el mismo Asegurado. Cualquiera que sea la situación, se estipulará en las Condiciones Particulares.
- **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 titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia por la póliza y que se encuentran expresamente indicadas.
- **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienza a regir la cobertura del seguro.
- **Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el Asegurado y/o Contratante debido a la pérdida económica que ellos mismos y los beneficiarios del seguro sufrirían como consecuencia de la ocurrencia del siniestro.

- **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.
- **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 las coberturas de seguro contratadas.
- **Rehabilitación:** Es la posibilidad que tiene el Contratante de levantar la suspensión de la cobertura del seguro que hubiere operado por la falta de pago oportuno de primas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante y/o Asegurado, mientras que la Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver la póliza.
- **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 de Seguro:** Constancia de la voluntad del Contratante y/o Asegurado, según corresponda, de contratar el seguro. En caso la comercialización del presente producto se realice a través de una llamada telefónica, la constancia de la voluntad de adquirir el presente seguro se registrará en la grabación de la referida llamada telefónica, cuya conservación estará a cargo de la Compañía.

## **SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS - DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

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

**El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.**

El Contratante deberá devolver el cargo de recepción de la póliza debidamente firmado en señal de conformidad, cuando corresponda. El incumplimiento de dicha obligación no significará la resolución del contrato ni la anulación de la póliza.

## **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 del Seguro, sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos cuando corresponda.

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 se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza y a las disposiciones contenidas en la Ley del Contrato de Seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

#### **QUINTA: CONSENTIMIENTO DEL TERCERO**

La Compañía requerirá consentimiento previo por escrito del Asegurado cuando no sea la persona que suscribe la solicitud de seguro. En este supuesto, el Asegurado podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberá cursar una comunicación escrita a la Compañía, adjuntando copia de su documento de identidad. Una vez notificada la revocación del consentimiento del Asegurado, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho respecto de dicho Asegurado y la Compañía devolverá al Contratante la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido.

#### **SEXTA: BASES DEL CONTRATO – DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO**

La póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado en su solicitud, en sus documentos accesorios o complementarios.

Toda declaración inexacta o reticente formulada por el Contratante y/o el Asegurado sobre circunstancias conocidas por éstos, que de haber sido conocidas por la Compañía, hubieran impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones, determina la nulidad del presente contrato, si media dolo o culpa inexcusable. En dicho supuesto, el Contratante, el Asegurado y/o los Beneficiarios carecerán de todo derecho de 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 contrato, la Compañía devolverá al Contratante el valor de las primas pagadas sin intereses ni impuestos, y disminuidas en un monto máximo equivalente a la prima pagada 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 Contratante y/o Asegurado.

Si la declaración inexacta o reticente, no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o 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 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 sea aceptada la revisión de la póliza, 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 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 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 es asegurable, no existirá suma asegurada y se procederá con la devolución total de la prima percibida.

#### **SÉTIMA: INDISPUTABILIDAD**

Esta póliza será indisputable una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contado desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares, 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 estos supuestos se aplicará lo dispuesto en la solicitud de seguro o en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad", respectivamente.

#### **OCTAVA: FECHA DE INICIO DE VIGENCIA Y EMISIÓN DE LA PÓLIZA**

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

#### **NOVENA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA – INDEMNIZACIÓN POR GASTOS FUNERARIOS**

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, la Compañía pagará a los beneficiarios el importe del beneficio contratado señalado en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma.

#### **DÉCIMA: 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 se hubiere convenido lo contrario.

**Si el Contratante falleciere o se extinguiere estando esta póliza en vigencia, se producirá la terminación del contrato, a menos que el Asegurado, si fuese persona distinta, se hiciere cargo de sus obligaciones mientras la póliza se encuentre vigente, y en tal caso ejercerá también los derechos, facultades y opciones que esta póliza reconoce al Contratante, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato. Para estos efectos, el Asegurado deberá comunicarse con la Compañía a fin de que le proporcione el formato de Cambio de Contratante y suscribir el endoso correspondiente.**

#### **DÉCIMO PRIMERA: EDAD**

Al momento de contratación de la póliza, el Asegurado no deberá superar la "Edad Máxima de Ingreso" establecida en las Condiciones Particulares, teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurado, en caso de renovación, sólo hasta el fin del periodo de contratación en el que cumpla la "Edad Máxima de Permanencia" establecida en las Condiciones Particulares.

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

Si se comprobase que la edad del Asegurado era menor a la declarada, la Compañía procederá a restituir el exceso de la prima percibida sin intereses, de corresponder. Por otro lado, si se comprobase que la edad del Asegurado era mayor a la declarada, la Compañía reducirá la suma asegurada en proporción a la prima percibida y la que hubiese correspondido a la edad correcta. No

obstante si, además de comprobarse que la edad declarada por el Asegurado fuese inexacta, se verificase que la edad real del Asegurado superaba la “Edad Máxima de Ingreso” a la fecha de contratación del seguro, éste será nulo y la Compañía devolverá las primas pagadas por el Contratante sin intereses.

#### **DÉCIMO SEGUNDA: PRIMAS**

Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura del Asegurado durante el plazo de vigencia de la póliza, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares.

Las primas deberán ser pagadas sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, de acuerdo a lo indicado por el Contratante en la solicitud de seguro. La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Contratante que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

En caso que, cualquier prima o fracción de prima no pudiese ser pagada conforme a lo dispuesto en la presente póliza, será de aplicación lo dispuesto en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.

En los casos de pago de prima mediante un sistema de cargo automático, es responsabilidad del Contratante verificar que los cargos de prima se realicen. La Compañía carecerá de toda responsabilidad si el cargo de las primas no puede realizarse dentro del plazo otorgado por insuficiencia de saldos o cualquier otro motivo no imputable a la Compañía.

Si el Contratante deseara modificar el procedimiento de pago de primas inicialmente establecido, deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, la que se reservará el derecho de aceptar o no dicha solicitud.

#### **DÉCIMO TERCERA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS**

En caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, la Compañía comunicará al Contratante y/o al Asegurado que, en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro de los treinta (30) días desde el vencimiento de la obligación, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. La Compañía no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, la prima adeudada por el Contratante será deducida del beneficio correspondiente.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, la Compañía podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

En todo caso, si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en las Condiciones Particulares para el pago de la prima, se entiende que el contrato queda extinguido. Se entiende por reclamo del pago de primas, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza de pago de primas por parte de la Compañía.

Se deja expresa constancia que la Compañía no aplicará las consecuencias del incumplimiento en caso se haya pagado una prima igual o mayor a la correspondiente al periodo efectivamente transcurrido.

Asimismo, 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 temporal.

Además, queda expresamente convenido que las comunicaciones referidas en la presente cláusula, deberán ser notificadas al domicilio contractual fijado por las partes para efectos del presente

seguro. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del Contratante y/o del 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.

#### **DÉCIMO CUARTA: REHABILITACIÓN**

El Contratante podrá solicitar a la Compañía la rehabilitación de la póliza, en caso la cobertura del seguro hubiere quedado suspendida por falta de pago de prima, **siempre y cuando la Compañía no haya comunicado su decisión de resolver la póliza o el contrato de seguro no se hubiere extinguido.**

La rehabilitación de la póliza se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague previamente el total de las primas vencidas. La cobertura vuelve a tener efectos a partir de las 00:00 horas del día siguiente a aquel en el cual se realiza el pago total de las primas adeudadas (fecha de rehabilitación). **La Compañía sólo responderá por los siniestros ocurridos a partir de la fecha de rehabilitación, de conformidad con los términos de la presente póliza.**

#### **DÉCIMO QUINTA: RENOVACIÓN**

El plazo de contratación de la presente póliza figura en las Condiciones Particulares. Transcurrido este período, la presente póliza se renovará en forma automática hasta el periodo de contratación inmediatamente anterior a la fecha en la que el Asegurado cumpla la "Edad Máxima de Permanencia" indicada en las Condiciones Particulares; salvo que el Contratante manifieste, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al vencimiento de la vigencia 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 modificados en cada renovación, previa comunicación escrita de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente. En dicha comunicación, la Compañía detallará las modificaciones en caracteres destacados. El Contratante tiene un plazo 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 y la Compañía emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones, 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 rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza.

Se deja expresa constancia que no procederá la renovación automática del presente contrato de seguro, en caso el Contratante adeude tres (03) primas o cuotas de la prima de manera consecutiva.

#### **DÉCIMO SEXTA: 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 la vigencia 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 propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza.

#### **DÉCIMO SÉPTIMA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE**

El Contratante podrá solicitar, en cualquier momento, sin expresión de causa y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, la resolución de su póliza, quedando ésta sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación (fecha de resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza. En caso la comunicación de resolución de la póliza se presente por escrito, se deberá adjuntar copia del DNI del Contratante, o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas.

Se deja expresa constancia que, en caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas y el Contratante ejerza su derecho de resolución, deberá comunicarlo al Asegurado con por lo menos quince (15) días de anticipación.

#### **DÉCIMO OCTAVA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

La presente póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes supuestos:

1. Por el ejercicio del derecho de arrepentimiento, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “De los documentos – Derecho de Arrepentimiento”.
2. Por revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Consentimiento del Tercero”.
3. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Contratante respecto de la propuesta de revisión de la póliza 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 Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.
4. Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.
5. Cuando el Contratante manifieste su decisión de resolver la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Resolución de la Póliza por parte del Contratante”.
6. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada “Solicitud de Cobertura Fraudulenta”.

Como consecuencia de la resolución, el presente contrato de seguro dejará de surtir efectos, perdiendo el Asegurado la cobertura del seguro y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad indemnizatoria ante la ocurrencia de un siniestro.

Asimismo, la presente póliza se extinguirá y, por tanto, la cobertura de los riesgos asegurados en ella terminará, liberándose la Compañía de toda responsabilidad indemnizatoria en virtud de la misma, ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura de conformidad con los términos y condiciones de la póliza.
2. Por fallecimiento del Contratante, en caso el Asegurado fuese persona distinta y no se hiciere cargo de las obligaciones del Contratante mientras la póliza se encuentre vigente, según lo dispuesto en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Titular de esta Póliza".
3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro.
4. Por vencimiento del plazo de vigencia de la póliza o de los sucesivos plazos de renovación de ésta en caso (i) el Contratante manifieste su voluntad de no renovar la póliza; o, (ii) no proceda su renovación debido a que (a) el Asegurado cumplió la "Edad Máxima de Permanencia"; o, (b) el Contratante rechace la propuesta de modificación efectuada por la Compañía para los siguientes periodos de vigencia de la póliza; de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación".

Sin perjuicio de lo establecido para las causales de resolución y extinción de la póliza antes listadas, queda expresamente convenido que la Compañía devolverá al Contratante la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada 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.

En caso la resolución de contrato sea consecuencia del ejercicio del derecho de arrepentimiento, la devolución de la prima se realizará conforme a lo dispuesto en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "De los Documentos – Derecho de Arrepentimiento".

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el contrato de seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. Si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante y/o el Asegurado incurren en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Sexta 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 comprobare que el Asegurado superaba la "Edad Máxima de Ingreso" a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad".
3. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.
4. Si al tiempo de la contratación del seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° 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 Contratante, sin intereses 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, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".

Las coberturas adicionales 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 o en los supuestos de terminación indicados en las respectivas Cláusulas Adicionales, lo que ocurra primero.



## DÉCIMO NOVENA: EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

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

- a. 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.
- b. Participación en acto delictuoso o tipificado como delito, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- c. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- d. En los seguros sobre la vida de un tercero, la muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante.
- e. 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 del acontecimiento que produjo su deceso.
- f. El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- g. Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.
- h. Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- i. Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.
- j. Enfermedad o dolencia preexistente.

## VIGESIMA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Contratante tiene el derecho de nombrar a los Beneficiarios Principales y Contingentes que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso, siempre que exista interés asegurable entre el Asegurado y los Beneficiarios. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el beneficio del seguro de vida pagadero al fallecimiento del Asegurado. El Contratante podrá cambiar a los Beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero.

El cambio de los Beneficiarios se realizará en forma expresa y por escrito y será válido siempre que conste en un endoso a la póliza o conste en un testamento o en un documento legalizado ante notario público; **sin embargo, se deja expresa constancia que la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad en caso de pagar la indemnización correspondiente a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.**

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando el Contratante no designe Beneficiarios o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, el beneficio corresponderá a los herederos del Asegurado que figuren en la Sucesión Intestada o en el Testamento en caso se hubiera otorgado. El beneficio será dividido entre los herederos en partes iguales; salvo que en el testamento se hubiera establecido expresamente una proporción distinta para el pago de este seguro.

**La Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación de los Beneficiario o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.**

El pago del beneficio del seguro contratado se efectuará a los Beneficiarios Principales y solamente en caso que al momento del fallecimiento del Asegurado no quedara ninguno de los Beneficiarios Principales, se procederá a efectuar el pago a los Beneficiarios Contingentes y, a falta de éstos, la suma asegurada será entregada a los herederos del Asegurado, instituidos de acuerdo a ley.

Si al momento de pagar el siniestro se determina que uno de los Beneficiarios Principales falleció en forma previa al fallecimiento del Asegurado, la parte correspondiente al Beneficiario fallecido acrecerá la de los demás Beneficiarios Principales designados, en forma proporcional a su participación. Si el fallecimiento del Beneficiario Principal se produce con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, la parte que le hubiera correspondido será pagada a los herederos del Beneficiario Principal fallecido, instituidos de acuerdo a ley.

#### **VIGESIMO PRIMERA: AVISO DE SINIESTRO – PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA**

Los beneficiarios deberán 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 que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio, o en el menor plazo posible. Asimismo, deberán suministrar a la Compañía las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del siniestro y la forma en que se produjo.

Posteriormente, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, deberán presentar a la Compañía o al Comercializador, de ser el caso, la solicitud de cobertura empleando el formato de declaración de siniestro proporcionado por la Compañía, adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

<b>Caso de Muerte Natural:</b>	<b>Caso de Muerte Accidental:</b>
1. Partida de defunción o acta de defunción.	1. Partida de defunción o acta de defunción.
2. Certificado médico de defunción completo.	2. Certificado médico de defunción completo.
3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.	3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
	4. Protocolo de Necropsia completo, cuando corresponda.
	5. Copia Certificada del Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, cuando corresponda.
	6. Resultado del examen de dosaje etílico y del examen toxicológico, cuando corresponda.

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, 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 los beneficiarios sean los hederos legales instituidos conforme a ley, además de los documentos antes listados se deberá presentar copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

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.

Dentro de los veinte (20) días siguientes de presentada toda la documentación listada en la presente cláusula, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

En aquellos casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia, el cuerpo del Asegurado fallecido no podrá ser embalsamado o sometido a ningún tratamiento o cualquier otro proceso que signifique una alteración al estado de los tejidos u órganos del cuerpo, sin que previamente se haya realizado la necropsia de ley y en tanto la Compañía no se pronuncie respecto a la cobertura del siniestro. La falta de realización de la necropsia de acuerdo a ley constituye un acto de culpa inexcusable y en consecuencia libera a la Compañía de toda responsabilidad frente al siniestro, en tanto afecta la posibilidad de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro.

Asimismo, en caso la Compañía requiera exámenes médicos sobre el cuerpo del Asegurado fallecido dentro de los veinte (20) días de presentada toda la documentación listada en la presente cláusula y, posteriormente a ello, el cuerpo del Asegurado fallecido sea embalsamado o sometido a un tratamiento o proceso a los que se refiere el párrafo precedente, sin que se hayan efectuado los exámenes requeridos, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar la indemnización o beneficio pactado, en tanto ese hecho afecte la posibilidad de la Compañía de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro.

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 pudiesen tener los beneficiarios en virtud del presente seguro, los cuales podrán ser requeridos dentro del plazo de prescripción vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.**

#### **VIGÉSIMO SEGUNDA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA**

**La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo el Asegurado, sus Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, 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 acarreará la resolución del presente contrato de seguro. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará el rechazo de la solicitud de cobertura y su decisión de resolver la póliza en virtud de la presente cláusula, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros. Dicha comunicación podrá ser remitida por correo, correo electrónico y/o fax a la dirección o número indicado por éste en la solicitud del seguro o documento posterior. En caso dichos datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a la Compañía, ésta quedará liberada de toda obligación. El seguro quedará resuelto de pleno derecho a los treinta (30) días de recibida la comunicación de resolución.

#### **VIGÉSIMO TERCERA: PAGO DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO**

**La forma de pago del beneficio por fallecimiento será indicada en las Condiciones Particulares. Se pagará a los Beneficiarios un importe cuyo monto, periodicidad y número de cuotas será establecido en las Condiciones Particulares. En caso el pago del beneficio se realice en más de una (01) cuota, la primera de ellas será pagada dentro de los treinta (30) días siguientes de consentido o aprobado el siniestro.**

**De la liquidación de la póliza será deducida cualquier deuda que con la Compañía tuviera el Contratante o el Asegurado, en relación con la presente póliza.**

**Se deja expresa constancia que no se podrá cambiar la forma de pago establecida en las Condiciones Particulares.**

#### **VIGÉSIMO CUARTA: DUPLICADO DE LA PÓLIZA Y COPIA**

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Contratante podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original.

El Contratante tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta del Contratante.

#### **VIGÉSIMO QUINTA: 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, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

## **VIGÉSIMO SEXTA: DOMICILIO Y COMUNICACIONES**

La Compañía, el Contratante y/o el Asegurado señalan como su domicilio la dirección física (particular o comercial) y la dirección electrónica declaradas en la solicitud de seguro y que originalmente se consignan en las Condiciones Particulares. 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 del 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 SÉPTIMA: PRESCRIPCIÓN**

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación del Contratante notificar a los beneficiarios designados de la existencia del presente contrato de seguros, 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 los beneficiarios hubieran solicitado el beneficio, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado, 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 desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio, en los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona; sin embargo, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

## **VIGÉSIMO OCTAVA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios 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.

## **VIGÉSIMO NOVENA: CESIÓN DE DERECHOS**

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá ser aprobada por escrito por la Compañía, la que lo hará constar en la misma póliza por medio de un endoso. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Contratante con terceros no tendrán ningún valor para la Compañía.

## **TRIGÉSIMA: 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 Décimo Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación" o en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Cambios en las Condiciones Contractuales", salvo que por norma legal se establezca un plazo o procedimiento distinto.