

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO
TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE
PARATI FAMILIA – CARGO EN CUENTA**

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 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 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 trabajador que ha suscrito la solicitud de incorporación al seguro.
- **Capital Asegurado:** También llamado **Beneficio** o **Suma Asegurada**, es el importe que será pagado por la Compañía, en caso de siniestro, bajo los términos de la póliza. Figura en las **Condiciones Particulares**.
- **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.
- **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 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 de seguro.
- **Enfermedad Terminal:** Se considera Enfermedad Terminal a aquella Enfermedad en la que, después de haberse aplicado diversas modalidades de tratamiento específico al enfermo que la padece, el médico o médicos tratantes determinan que no hay ni habrá respuesta a dicho tratamiento y que la situación clínica del enfermo progresará inexorablemente hacia el fin de la vida en un periodo de tiempo próximo (expectativa de vida). **Para efectos de la presente póliza, se considerará cubierta la Enfermedad Terminal cuando la expectativa de vida del Asegurado, determinada a través de un Certificado Médico emitido por un médico especialista colegiado y confirmada por la Compañía, no supere los seis (6) meses contados a partir de la emisión del referido Certificado Médico.**
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en la póliza.

- **Muerte o Fallecimiento 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.**
- **Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre:** Fallecimiento accidental ocurrido cuando el Asegurado estuviera viajando, subiendo o descendiendo de cualquier medio de transporte público terrestre, bajo la condición de pasajero. **Es condición necesaria que el mencionado medio de transporte tenga la licencia respectiva para el transporte público de pasajeros así como haberse realizado el pago respectivo del pasaje.**
- **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.
- **Rehabilitación:** Es la posibilidad que tiene el Asegurado 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 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 o Solicitud de Afiliación o Solicitud de Incorporación:** Constancia de la voluntad del Asegurado de afiliarse al presente contrato de seguro.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS – DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

El Asegurado podrá resolver el seguro respecto de sí mismo, sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la adquisición del seguro, dentro de los quince (15) días siguientes de recibido el correspondiente Certificado de Seguro, en cuyo caso, 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.

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 Incorporación al 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 CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

Las partes contratantes, así como aquellos Asegurados que se incorporen al presente seguro y sus respectivos beneficiarios, 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.

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

QUINTA: 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 Asegurado en la solicitud de incorporación, en sus documentos accesorios o complementarios, 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 Asegurado y/o los beneficiarios 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 contrato o 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 Contratante y/o 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 Certificado de 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 Certificado de 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 Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado 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 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

Podrá ingresar como Asegurado bajo la presente póliza cualquier persona trabajadora del Contratante o perteneciente al grupo Contratante que no supere la "Edad Máxima de Ingreso" establecida en las Condiciones Particulares a la fecha de presentación de su solicitud de seguro, pudiendo permanecer como Asegurado sólo hasta la "Edad Máxima de Permanencia" establecida en las Condiciones Particulares.

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 comprobase que la edad declarada por el Asegurado fuese inexacta y la edad real superaba de la "Edad Máxima de Ingreso" establecida en las Condiciones Particulares al momento de presentar su solicitud de seguro, su cobertura será nula y 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 Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación del Seguro".

La cobertura otorgada a cada Asegurado, en virtud de esta póliza, empezará a las cero horas del primer día del mes siguiente a la aceptación de solicitud de incorporación al seguro presentada por el Asegurado, inicio que estará condicionado a la incorporación de un mínimo de veinte (20) trabajadores que cumplan con los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía; y, se mantendrá vigente mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) se encuentre vigente la presente póliza; (ii) la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago; (iii) el Asegurado no supere la "Edad Máxima de Permanencia" establecida en las Condiciones Particulares; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro establecidos en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza: titulada "Terminación de la Cobertura".

NOVENA: RENOVACIÓN DEL SEGURO

La póliza se emite con vigencia anual. Transcurrido este periodo, la presente póliza se renovará en forma automática, 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 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.

Para estos efectos, la Compañía 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.

DÉCIMA: 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.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo anual correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza.

DÉCIMO PRIMERA: COBERTURAS BÁSICAS

La presente póliza otorga las siguientes coberturas:

11.1. Muerte Natural:

En caso de fallecimiento del Asegurado por causas no accidentales, producido durante la vigencia de la cobertura, sea en territorio nacional o internacional y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma, la Compañía pagará a los beneficiarios el capital asegurado o beneficio establecido para la cobertura de Muerte Natural, en los términos y condiciones establecidos en la presente póliza, de acuerdo al Plan elegido por el Asegurado.

La Compañía deducirá de la cobertura de Muerte Natural, el beneficio que hubiera pagado por la cobertura de Adelanto por Enfermedad Terminal, de ser el caso.

11.2. Muerte Accidental:

Si el fallecimiento se produce a consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura y definido en los términos establecidos en las presentes Condiciones Generales, la Compañía pagará el beneficio establecido para la cobertura de Muerte Accidental, de acuerdo al Plan elegido por el Asegurado y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

La Compañía deducirá de la cobertura de Muerte Accidental, el beneficio que hubiera pagado por Invalidez Accidental Total y Permanente, si el fallecimiento y la invalidez fueron producto del mismo accidente.

Asimismo, deducirá de la cobertura de Muerte Accidental, el beneficio que hubiera pagado por la cobertura de Adelanto por Enfermedad Terminal, de ser el caso.

11.3. Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre:

La Compañía pagará el beneficio establecido para esta cobertura, de acuerdo al Plan elegido por el Asegurado, si el fallecimiento accidental del Asegurado cubierto por esta póliza, se produce mientras éste se encuentre usando un medio de transporte público terrestre durante la vigencia de la cobertura y de acuerdo a la definición contenida en las presentes Condiciones Generales.

La Compañía deducirá de la cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre, los beneficios que de ser el caso hubiera pagado por las coberturas de Adelanto por Enfermedad Terminal y/o Invalidez Accidental Total y Permanente (en este último supuesto, sólo si el fallecimiento y la invalidez fueran producto del mismo accidente).

El pago de la cobertura de Muerte Accidental por Transporte Público Terrestre excluye el pago de la cobertura de Muerte Accidental.

11.4. Invalidez Accidental Total y Permanente:

La Compañía pagará el beneficio establecido para esta cobertura, de acuerdo al Plan elegido por el Asegurado, si durante la vigencia de la cobertura el Asegurado sufre un accidente, cuya causa no se encuentre excluida de la cobertura, que le produce cualquiera de los siguientes estados:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental o descerebramiento que no permita al Asegurado 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
- Paraplejia o Cuadriplejia por fractura de la columna vertebral.
- Pérdida completa de la visión de ambos ojos.

- Pérdida completa de ambas manos.
- Pérdida completa de ambos pies.
- Pérdida completa de una mano y de un pie.

Se entiende por pérdida completa la amputación o inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por Muerte Accidental o Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Accidental Total y Permanente; se deducirá del beneficio por Muerte Accidental o Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre, el beneficio que se hubiera pagado por Invalidez Accidental Total y Permanente. 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.

11.5. Desamparo Familiar Súbito:

Si como consecuencia inmediata de un mismo accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura, fallecen el Asegurado y su cónyuge o concubino a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil y en tanto les sobrevivan uno o más hijos de ambos menores de dieciocho (18) años de edad a la fecha del fallecimiento, la Compañía pagará a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura, de acuerdo al Plan elegido por el Asegurado.

11.6. Renta Familiar Mensual por Muerte Accidental:

De proceder el pago de la cobertura de Muerte Accidental o de Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre, la Compañía pagará durante doce (12) meses, el beneficio establecido para la cobertura de Renta Familiar Mensual por Muerte Accidental, de acuerdo al Plan elegido por el Asegurado.

Este beneficio es adicional a la cobertura de Muerte Accidental y Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre.

11.7. Adelanto por Enfermedad Terminal:

La Compañía otorgará el beneficio establecido para esta cobertura de acuerdo al Plan elegido por el Asegurado, si al Asegurado se le diagnostica una Enfermedad Terminal definida en los términos de la Cláusula Primera de las Condiciones Generales de la presente póliza titulada: "Definiciones", siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez luego de transcurrido el periodo de carencia aplicable a esta cobertura.

El periodo de carencia aplicable a esta cobertura es de tres (3) meses contados a partir de la incorporación del Asegurado a la presente póliza.

El pago de esta cobertura se efectuará por una sola Enfermedad Terminal, independientemente del número de Enfermedades Terminales diagnosticadas o intervenciones quirúrgicas practicadas al Asegurado en la misma o en distintas fechas, en cuyo caso el pago procederá con la primera Enfermedad Terminal diagnosticada.

El beneficio otorgado constituirá un pago a cuenta del beneficio de Muerte Natural, Muerte Accidental o Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre, sin que su pago obligue a la Compañía al pago de la cobertura por fallecimiento si es que el mismo, luego de la evaluación, cae bajo los alcances de riesgos excluidos.

11.8. Gastos de Sepelio:

De proceder el pago de la cobertura de Muerte Natural, Muerte Accidental o Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre, la Compañía pagará, adicionalmente, el beneficio establecido para esta cobertura, de acuerdo al Plan elegido por el Asegurado.

11.9. Incapacidad para el Trabajo:

La Compañía otorgará el beneficio establecido para esta cobertura al Asegurado que estando incapacitado para el trabajo hubiere superado el límite máximo de subsidio de Essalud (11 meses y 10 días) en un periodo ininterrumpido, y siempre que la enfermedad o accidente que motive el periodo de subsidio se hubiera diagnosticado o producido con posterioridad a la presentación de la solicitud de incorporación al seguro.

Esta cobertura se otorgará contra la presentación de copia de las constancias de subsidio de Essalud.

Los Paquetes y Planes de coberturas a los que puede acceder el Asegurado a través del presente seguro se detallan en el "Anexo I" adjunto a las Condiciones Particulares. El Asegurado elegirá su inclusión en alguno de éstos con ocasión de la suscripción de su solicitud de incorporación.

DÉCIMO SEGUNDA: EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS

Este contrato de seguro no cubre el fallecimiento, invalidez, enfermedad o incapacidad para el trabajo del Asegurado cuando éstos se produjeran como consecuencia de:

- a) **Enfermedad preexistente a la incorporación del Asegurado.**
- b) **Suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra, o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento; salvo para la cobertura de Muerte Natural cuando la incorporación 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 un 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 establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario regular.**
- d) **Participación del Asegurado como sujeto activo en un acto delictuoso o por aplicación legítima de la pena de muerte.**
- e) **Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía a él o los beneficiarios responsables. De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Asegurado.**
- f) **Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.**
- g) **Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.**
- h) **La participación o práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo y artes marciales; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante, en los siguientes deportes de velocidad: carreras de automóviles, lanchas, motocicletas o carreras de caballo.**
- i) **SIDA/VIH.**
- j) **El uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes.**
- k) **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 o invalidez.**

- l) 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.

DÉCIMO TERCERA: PRIMAS

La prima es el valor determinado por la Compañía como el precio de las coberturas de seguro contratadas. Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura del Asegurado, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en la presente póliza.

Las primas deberán ser pagadas sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares. Es responsabilidad del Asegurado 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 por cualquier otro motivo no imputable a la Compañía.

DÉCIMO CUARTA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE 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 Asegurado que, en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de 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 Asegurado 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 el Certificado de Seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito al Asegurado con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la afiliación a 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 para el pago de la prima adeudada, se entiende que el seguro queda extinguido respecto del Asegurado que incurrió en incumplimiento. 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 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 Asegurado, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia del 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 deba ser escrita.

DÉCIMO QUINTA: RESOLUCIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE Y DESAFILIACIÓN DEL ASEGURADO

El Contratante, en cualquier momento y sin expresión de causa, podrá solicitar la resolución de la presente póliza, previa comunicación escrita, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas del día en el cual la solicitud de resolución es notificada a la Compañía (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 deberá adjuntar copia del DNI del Contratante o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas.

En dicho supuesto, el Contratante comunicará a los Asegurados incorporados a la presente póliza, con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de resolución, su decisión de resolver el contrato de seguro, indicando que una vez resuelto, no procederá el otorgamiento de ningún beneficio en virtud del mismo.

Asimismo, se deja expresa constancia que el Asegurado, en cualquier momento y sin expresión de causa, podrá solicitar su desafiliación al seguro (resolución respecto de sus coberturas), quedando sin efecto las coberturas otorgadas al amparo de la presente póliza respecto de dicho Asegurado a partir de las 23:59 horas del día en el cual la solicitud de desafiliación es notificada a la Compañía (fecha efectiva de la desafiliación) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza respecto del Asegurado solicitante.

Por motivos de seguridad, la desafiliación deberá realizarse de las siguientes formas:

- Personalmente, acercándose con su DNI al domicilio u oficinas de la Compañía (Atención: Operaciones WSM).
- A través de una carta firmada por el Asegurado solicitando la desafiliación al seguro y adjuntando copia de su DNI.
- Por medio de una persona de su entera confianza que cuente con una Carta Poder en la que conste la firma legalizada notarialmente del Asegurado (adjuntando copia de DNI del Asegurado) y mediante la cual se faculte a dicha persona a solicitar la desafiliación al seguro.

Queda expresamente convenido que cualquier prima que, por error o debido al corto periodo que medie entre la solicitud y la fecha efectiva de la desafiliación, fuese cobrada de manera posterior a la fecha de la desafiliación del Asegurado, únicamente generará la obligación de devolución de la prima cobrada en exceso más el interés legal. En tal sentido, la Compañía no asumirá responsabilidad alguna por los siniestros ocurridos con posterioridad a dicha fecha.

Asimismo, se deja expresa constancia que el Contratante y/o el Asegurado han sido informados y conocen las consecuencias que la resolución y desafiliación tienen sobre la cobertura del presente seguro.

DÉCIMO SEXTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente póliza se resolverá por solicitud escrita del Contratante de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Resolución por parte del Contratante y Desafiliación del Asegurado” 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 Novena 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 incorporados 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 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 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”.
3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver el Certificado de Seguro durante la suspensión de la cobertura, mediante una comunicación con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales titulada: “Consecuencias del Incumplimiento de Pago de Primas”.
4. Por solicitud escrita de desafiliación del Asegurado realizada de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Resolución por parte del Contratante y Desafiliación del Asegurado”.
5. 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”.

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 los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en la presente póliza.
2. Al superar, el Asegurado, la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Edad”.
3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde la fecha establecida en las Condiciones Particulares 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.

Salvo en caso de fallecimiento, como consecuencia de los supuestos de resolución o extinción antes listados, terminará la cobertura respecto de cada Asegurado, perdiendo éste y sus respectivos beneficiarios 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 la cobertura del seguro se resolviese o extinguiese, la Compañía devolverá al Asegurado 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.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que la cobertura de este seguro será Nula respecto de cada Asegurado y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. Si, al momento de la incorporación, 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 el Asegurado, si se comprobase que el Asegurado superaba la “Edad Máxima 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 celebración del contrato, en virtud del artículo 2º 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 Asegurado, 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, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del seguro a título indemnizatorio.

La Compañía comunicará al Contratante en caso se produzca la terminación de la cobertura del Asegurado por cualquier causa.

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

Los beneficiarios deberán informar por escrito en el domicilio de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de cobertura, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en la cual tengan conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio.

Posteriormente, los Beneficiarios deberán presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la siguiente documentación:

En caso de Muerte Natural:	En caso de Muerte Accidental:
1. Partida o acta de defunción.	1. Partida o acta de defunción.
2. Certificado médico de defunción completo.	2. Certificado médico de defunción completo.
3. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).	3. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).
4. Historia Clínica completa, foliada y fedateada.	4. Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
	5. Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal completa.

6. Protocolo de Necropsia completo, según corresponda.
7. Resultado del examen de dosaje etílico, según corresponda.
8. Resultado del examen toxicológico, según 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 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 los beneficiarios sean los hederos legales del Asegurado 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.

En los casos en que se solicite la cobertura por Desamparo Familiar Súbito, se proporcionará a la Compañía la información que permita verificar que el cónyuge o concubino y el Asegurado fallecieron como consecuencia inmediata del mismo accidente.

En el caso de las coberturas de Invalidez Accidental Total y Permanente y Adelanto por Enfermedad Terminal, se deberá presentar el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los informes y exámenes médicos que respalden su condición y diagnóstico, así como de los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan, que necesariamente incluirán el certificado médico legalizado e informe médico ampliatorio (formato de la Compañía), además de la copia del documento de identidad del Asegurado.

En caso de la cobertura de Incapacidad para el Trabajo, se deberá presentar copia legalizada notarialmente de las constancias de subsidios de Essalud.

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, el Asegurado se compromete a realizar las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de VIH/SIDA, de ser el caso y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía incluyendo la referida al VIH/SIDA.

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 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.

DÉCIMO OCTAVA: PAGO DE LOS BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO

La obligación de pagar el beneficio por las coberturas deberá ser cumplida por la Compañía en un solo acto y por su valor total, con excepción de los siguientes casos:

- La cobertura de Renta Familiar por Muerte Accidental, será pagada en cuotas mensuales iguales durante doce (12) meses.
- La Compañía deducirá de la cobertura de Muerte Accidental o Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre, el beneficio que hubiera pagado por Invalidez Accidental Total y Permanente, si el fallecimiento y la invalidez fueron producto del mismo accidente.
- La Compañía deducirá de la cobertura de Muerte Natural, Muerte Accidental o Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre, el beneficio pagado por Adelanto por Enfermedad Terminal.

DÉCIMO NOVENA: BENEFICIARIOS

Son beneficiarios de las coberturas de fallecimiento otorgadas en virtud de la presente póliza las personas designadas por el Asegurado en la solicitud de seguro o en documento posterior con firma legalizada presentado a la Compañía o al Contratante; 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 la designación.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales. A falta de beneficiarios, el capital asegurado corresponderá, en partes iguales, a los herederos del Asegurado que figuren en la Sucesión Intestada o los que figuren en el Testamento en caso se hubiera otorgado.

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

Los beneficios de Invalidez Accidental Total y Permanente, Adelanto por Enfermedad Terminal, así como el beneficio de Incapacidad para el Trabajo, se otorgarán al Asegurado.

VIGÉSIMA: 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 Contratante, el Asegurado, sus beneficiarios 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 el rechazo de la solicitud de cobertura y su decisión de resolver el seguro 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 PRIMERA: 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, del Asegurado o de los beneficiarios, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

VIGÉSIMO SEGUNDA: DOMICILIO Y COMUNICACIONES

La Compañía, el Contratante y el Asegurado señalan como su domicilio contractual 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 o en el Certificado de Seguro, 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 y/o Asegurado, 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 deba ser escrita.

VIGÉSIMO TERCERA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación del Asegurado notificar a los beneficiarios designados 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 los Beneficiarios, según corresponda, hubieran 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 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 CUARTA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda discrepancia entre la Compañía, el Contratante/Beneficiario, el Asegurado y/o los herederos de éste último, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la validez, interpretación de los términos del presente contrato de seguro, 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 QUINTA: 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. 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; (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.