

Seguro de Vida en Grupo

Condiciones Generales

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilepticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, accidente cerebro vascular, dolores de espalda crónicos, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- **Accidente médico:** Es aquel accidente producido durante o como consecuencia de una intervención, tratamiento o atención médica. Para efectos del presente seguro, esta definición comprende aquellos casos de negligencia o impericia médica.
- **Asegurado:** Es la persona cuya vida se asegura en virtud de la póliza, que cumple con los requisitos de edad establecidos en la misma y cuyo nombre figura en el certificado de seguro.
- **Beneficiario:** Es la persona (o las personas) designada(s) en la póliza por el Asegurado, 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.
- **Beneficio, Capital Asegurado 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.
- **Contratante:** Es la persona o entidad que suscribe la póliza con la Compañía.
- **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 o para transferir a terceros, total o

parcialmente, los derechos emanados de la póliza. Los endosos surten efectos una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía y el Contratante, según corresponda.

- **Cláusula Adicional:** Se refiere a la o las coberturas opcionales contratadas y que son complementarias y forman parte del Contrato de Seguro.

- **Días:** Días calendario, salvo que la póliza establezca expresamente lo contrario.

- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.

- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en la póliza.

- **Informe Médico Ampliatorio:** Es un formato de la Compañía que forma parte de los documentos exigidos para la evaluación de una solicitud de cobertura por fallecimiento. Este formato es entregado al beneficiario a fin de que sea debidamente completado por el médico que tuvo a su cargo la atención del accidente que ocasionó el deceso del Asegurado.

- **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.

- **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-Certificado:** Formato proporcionado al Asegurado que contiene la Solicitud de Afiliación y el Certificado de Seguro.

- **Solicitud de Seguro o Solicitud de Afiliación:** Constancia de la voluntad del Asegurado de afiliarse al presente contrato de seguro.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS – 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 su afiliación al seguro, dentro de los quince (15) días siguientes de recibida la correspondiente Solicitud-Certificado, 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 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 POLIZA

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 ASEGURADO

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

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

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

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

- i. **Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía presentará al Asegurado una propuesta de revisión de la Solicitud-Certificado 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 de la Solicitud-Certificado, 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 Solicitud-Certificado, 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 el Certificado de Seguro correspondiente, salvo en caso de dolo.

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

SÉPTIMA: EDAD

Podrá ingresar como Asegurado bajo la presente póliza cualquier persona que mantiene vigentes cuentas de ahorros y/o cuentas corrientes con el Contratante y 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 hasta cumplir la "Edad Límite de Permanencia" establecida en las Condiciones Particulares para cada cobertura.

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 superaba de la "Edad Máxima de Ingreso" establecida en las Condiciones Particulares al momento de presentar su solicitud de seguro, su cobertura quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Asegurado el valor de las primas pagadas, sin intereses.

OCTAVA: INICIO DE VIGENCIA Y PLAZOS DE LA PÓLIZA

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

La cobertura otorgada a cada Asegurado, en virtud de la esta póliza, **empezará desde las cero horas del primer día del mes siguiente a la suscripción de la Solicitud-Certificado**; 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 las edades límites por cobertura establecidas en las Condiciones Particulares; y, (iv) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y nulidad del seguro establecidos en la Cláusula Décimo Séptima 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.

DÉCIMO PRIMERA: COBERTURAS

Sin perjuicio de las exclusiones expresamente estipuladas y de conformidad con los términos establecidos en el presente contrato y con el plan elegido por el Contratante, durante la vigencia de la presente póliza se otorgan las siguientes coberturas:

11.1 Vida Principal|:

La Compañía pagará la suma asegurada correspondiente a la presente cobertura, 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.

11.2 Muerte Accidental:

La Compañía pagará la suma asegurada correspondiente a la presente cobertura, en caso de 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.**

11.3 Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre:

La Compañía pagará la suma asegurada correspondiente a la presente cobertura, si la muerte accidental del Asegurado, definida en los términos del numeral 11.2 de la presente cláusula, se produce mientras el Asegurado hubiera estado viajando, subiendo o descendiendo, en calidad de pasajero, de cualquier medio de transporte público terrestre que cuente con una capacidad igual o mayor a veinte (20) pasajeros, de acuerdo con lo establecido en la respectiva tarjeta de propiedad vehicular, y que esté debidamente autorizado. **Es condición necesaria que el mencionado medio de transporte tenga la licencia respectiva para transportar pasajeros así como haberse realizado el pago respectivo por el pasaje.**

11.4 Adelanto por Enfermedad Terminal:

La Compañía pagará la suma asegurada correspondiente a la presente cobertura, si al Asegurado se le diagnostica alguna de las Enfermedades Terminales listadas en el presente acápite, siempre y cuando tal diagnóstico hubiese sido emitido por primera vez **luego de transcurrido el periodo de carencia indicado en las Condiciones Particulares. Para efectos de la presente cobertura es necesario que el diagnóstico cumpla con las siguientes condiciones: (i) sea emitido por un médico especialista colegiado; (ii) sea confirmado por la Compañía; y, (iii) indique con certeza médica que el Asegurado padece una de las cinco (5) enfermedades terminales indicadas a continuación, la cual producirá el fallecimiento del Asegurado dentro de los seis (6) meses posteriores a dicho diagnóstico.**

Las Enfermedades Terminales Cubiertas son:

- a. Cáncer: La presencia de uno o más tumores malignos caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión de tejidos. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. **Se excluye el cáncer in situ, tumores debidos al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), cualquier tipo de cáncer de piel a excepción del melanoma maligno. Asimismo, se excluyen los linfomas, la enfermedad de Hodking y las leucemias.**
- b. Insuficiencia Renal Crónica: Insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones, que implique la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.
- c. Accidente Cerebro Vascular: Cualquier accidente cerebrovascular de duración mayor a veinticuatro (24) horas que produzca secuelas neurológicas persistentes de más de quince (15) días.
- d. Infarto al Miocardio: Muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como consecuencia del deficiente suministro sanguíneo a la zona afectada y cuyo diagnóstico debe inequívoco y estar basado en los tres (3) siguientes criterios:
 - i. Antecedentes de dolores pectorales típicos.
 - ii. Cambios nuevos y relevantes detectados por electrocardiograma.
 - iii. Aumento de las enzimas cardíacas por encima de los valores aceptados como normales.
- e. Cirugía Puente Aortocoronario (By pass): Cirugía a corazón abierto que se realiza para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos (2) o más arterias coronarias con injertos de by-pass o puente coronario, diagnosticado por el resultado de una angiografía y/o coronariografía, **quedando excluida cualquier otra técnica como la angioplastia o las técnicas con laser.**

11.5 Renta Mensual por Muerte Accidental:

La Compañía pagará la renta mensual correspondiente a la presente cobertura, en caso de 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.**

El pago de esta cobertura es independiente del pago de otras coberturas de muerte accidental.

Las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental y Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre son excluyentes entre sí, por lo que solamente se procederá con el pago de una (1) de ellas, dependiendo la causa del siniestro.

El pago del beneficio de la cobertura de Adelanto por Enfermedad Terminal será a cuenta del beneficio de la cobertura de Muerte Natural.

El pago del beneficio por Muerte Natural, Muerte Accidental o Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre se efectuará en una sola cuota y por su valor total, excepto cuando se haya realizado el Adelanto de la suma asegurada por Enfermedad Terminal, por lo que el monto adelantado será descontado del beneficio por Muerte Natural.

En caso procediese el pago de la cobertura de Renta Mensual por Muerte Accidental, la Compañía pagará el beneficio en cuotas mensuales por un periodo de doce (12) meses.

DÉCIMO SEGUNDA: EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre los eventos que se produjeran como consecuencia de:

- a. **Enfermedades o dolencias preexistentes a la afiliación del seguro, según la definición de la Cláusula Primera de las Condiciones Generales de la presente póliza titulada: "Definiciones".**
- b. **Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación a la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.**
- c. **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.**

- d. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- e. Participación del Asegurado como sujeto activo de un acto delictivo o tipificado como delito o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- 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, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- h. La participación en 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 caballos o carreras de vehículos terrestres, marítimos o aéreos, motorizados o no.
- a. SIDA/VIH.
- j. El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- 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 del acontecimiento que produjo su deceso.

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 cualquier otro motivo no imputable a la Compañía.

DÉCIMO CUARTA: 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 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 siniestro 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 la Solicitud-Certificado. 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: REHABILITACIÓN

El Asegurado podrá solicitar a la Compañía la rehabilitación de sus coberturas, en caso éstas hubieren quedado suspendidas 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 las coberturas se aplica hacia el futuro y requiere que el Asegurado 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 SEXTA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA 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 último día calendario del mes siguiente a la notificación de la respectiva solicitud (fecha de

resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza respecto de la totalidad de Asegurados incorporados a la misma. La comunicación de resolución de la póliza deberá adjuntar copia del RUC del Contratante y DNI de su representante legal.

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 y que como consecuencia de ello terminará la cobertura otorgada a los Asegurados.

Asimismo, se deja expresa constancia que el Asegurado, en cualquier momento, sin expresión de causa y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios empleados para su incorporación al seguro, podrá solicitar su desafiliación al mismo (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 último día calendario del mes en el que se realice la respectiva solicitud (fecha efectiva de la desafiliación) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza respecto del Asegurado solicitante. En caso la desafiliación sea solicitada por escrito, se deberá adjuntar a la solicitud de desafiliación copia del DNI del Asegurado.

Se deja expresa constancia 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 .

DÉCIMO SÉPTIMA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente póliza se resolverá por solicitud escrita del Contratante de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza 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 afiliados a la misma y la Compañía quedará liberada de toda obligación indemnizatoria derivada del presente contrato.

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

1. Por 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 rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Asegurado respecto de la propuesta de revisión de la Solicitud-Certificado 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 la Solicitud-Certificado 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 de desafiliación del Asegurado, la cual podrá efectuarse en cualquier momento y sin expresión de causa, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Sexta 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".
6. Por revocación del consentimiento del Asegurado efectuada por escrito de conformidad con lo dispuesto en el artículo 121° de la Ley del Contrato de Seguro. La revocación surtirá efectos desde su notificación a la Compañía.

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. Cuando el Asegurado supere la Edad Límite de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares para la cobertura principal.
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 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 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 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 Asegurado, sin intereses y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, 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.

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

El beneficiario deberá informar por escrito al domicilio de la Compañía o del Comercializador sobre la ocurrencia del siniestro objeto de cobertura dentro de los siete (07) días siguientes a la fecha en la cual tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio.

Posteriormente, el Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

En caso de Muerte Natural	En caso de Muerte Accidental	Adelanto por Enfermedad Terminal
<ol style="list-style-type: none"> 1. Partida o acta de defunción. 2. Certificado Médico de Defunción Completo. 3. Informe Médico ampliatorio (formato de la Compañía). 4. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partida o acta de defunción. 2. Certificado Médico de Defunción Completo. 3. Informe Médico ampliatorio (formato de la Compañía). 4. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada. 5. Protocolo o Acta de necropsia completa, cuando corresponda. 6. Atestado o Informe policial completo (o Carpeta Fiscal). 7. Resultado del examen de dosaje etílico y Toxicológico, cuando corresponda. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informes y exámenes médicos que respalden su condición y diagnóstico, así como 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).

Se deja expresa constancia que, en caso de fallecimiento no accidental, 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 herederos 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.

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.

En caso la solicitud de cobertura sea presentada ante el Contratante, le corresponderá a éste, solicitar a los Beneficiarios y/o Herederos Legales los documentos indicados para acceder a las coberturas del presente seguro.

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 NOVENA: BENEFICIARIOS

Son beneficiarios de las coberturas otorgadas en virtud de la presente póliza las personas designadas por el Asegurado en la solicitud de afiliación 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.

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 y contribuciones 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 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 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; (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.