

**Póliza De Seguro De Vida En Grupo Temporal  
Anual Renovable Automáticamente  
“Seguro De Desgravamen Prima Única”**

**Condiciones Generales**

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

**PRIMERA: DEFINICIONES**

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

- **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, trastornos mentales, enfermedades vasculares, accidente cerebro vascular, dolores de espalda crónicos, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- **Asegurado:** Es la persona cuya vida se asegura en virtud de la póliza. Para este seguro, es el cliente titular de un préstamo o de una línea de crédito vigente con el Contratante (en adelante el “Crédito Asegurado”), que ha presentado una solicitud de seguro aceptada por la Compañía.
- **Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que será pagado por la Compañía al Contratante, en caso de siniestro bajo los términos de la póliza. Dicho importe es equivalente al saldo deudor que el Asegurado mantenga con el Contratante al momento de su fallecimiento **según el cronograma original de pagos del Crédito Asegurado**, hasta el límite indicado 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 y la obligada al pago de la prima.
- **Días:** Días calendario, salvo que la póliza establezca expresamente lo contrario.
- **Endoso:** Es el documento mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la póliza.
- **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 estas condiciones generales.
- **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir las coberturas del Seguro.
-

- **Muerte Accidental:** Fallecimiento inmediato del Asegurado por causas que cumplen la condición de accidente definida en la presente póliza. **Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.**
- **Póliza:** Es el documento emitido por la Compañía en el que consta el contrato de seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.
- **Prima:** Es el valor determinado por la Compañía, como contraprestación por la cobertura de seguro contratada.
- **Siniestro:** Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran el riesgo asegurado (cobertura) previsto en el presente contrato de seguro. Para que el siniestro se encuentre cubierto bajo la presente póliza, éste no deberá haberse configurado por alguno de los supuestos de exclusión establecidos en la póliza; asimismo, deberá cumplirse con las condiciones establecidas en el presente contrato de seguros.
- **Solicitud de Seguro o Solicitud de Afiliación:** Constancia de la voluntad del Asegurado de afiliarse al presente contrato de seguro.

## **SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS**

La póliza es el único documento válido para fijar los derechos y obligaciones de las partes. **La Compañía no asume responsabilidad por declaraciones efectuadas que no se encuentren recogidas en la póliza.**

El Contratante deberá enviar a la Compañía las solicitudes presentadas por sus clientes para su aprobación. Asimismo, deberá notificar por escrito los respectivos nombres, apellidos, fecha de nacimiento y demás datos que solicite la Compañía para la determinación de las sumas a asegurarse. **La Compañía se reserva el derecho de solicitar evaluaciones de salud y declaraciones adicionales a efectos de aprobar las solicitudes de seguro presentadas.**

## **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 Condiciones Particulares.
3. Las Condiciones Generales.
4. Las Cláusulas Adicionales.
5. La Solicitud del Seguro.

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

## **CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACION DE LA PÓLIZA**

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

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

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

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

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

**Toda declaración falsa, inexacta o reticente formulada por el Contratante y/o el Asegurado, que de haber sido conocida por la Compañía hubiera impedido la celebración del contrato o la afiliación del Asegurado al presente seguro o modificado las condiciones de dichos actos, determina la nulidad del contrato o de la afiliación, según corresponda, si media dolo o culpa inexcusable.** En dichos supuestos el Contratante, 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 los gastos administrativos incurridos por ésta por concepto de penalidad, los que ascenderán a un monto máximo equivalente a las primas pagadas por el primer año de duración de la póliza.

**Se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado que fueron contenido de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios; o, en otra declaración previa a la contratación del seguro.**

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

- (i) Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía presentará al Contratante y/o Asegurado una propuesta de revisión de la póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante y/o Asegurado en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso sea aceptada la revisión de la póliza, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, **la Compañía podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al Contratante y/o 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 suma asegurada a pagar en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. En este sentido, la suma asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no era asegurable no existirá suma asegurada a pagar.**

#### **SÉPTIMA: 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 o fraude en perjuicio de la Compañía.

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 Octava de las Condiciones Generales de la presente póliza titulada: "Edad".

#### **OCTAVA: EDAD**

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

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

El Contratante, el Asegurado o sus herederos deberán probar mediante documentación fehaciente, la fecha de nacimiento del Asegurado declarada para afiliarse al seguro. Dicha prueba podrá ser presentada por el Asegurado en cualquier momento. Asimismo, la Compañía podrá exigirla antes de otorgar cualquier beneficio acordado por la póliza.

**Si se comprobase que el Asegurado superaba de la "Edad Límite 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.**

## **NOVENA: 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 Décimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación del Seguro".

La cobertura otorgada a cada Asegurado, en virtud de esta póliza, empezará desde que el Contratante efectúe el desembolso del préstamo o apruebe la línea de crédito correspondiente, previo pago de la prima única, salvo que se requiera la presentación de una declaración de salud, en cuyo caso, el inicio se computará desde que la Compañía otorgue su conformidad por escrito.

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

## **DÉCIMA: TITULAR DE ESTA PÓLIZA**

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

## **DÉCIMO PRIMERA: RENOVACIÓN DEL SEGURO**

La póliza se emite con vigencia anual. Transcurrido este periodo, la presente póliza se renovará en forma automática siempre que el Contratante esté al día en el pago de la prima, 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. 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 de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tendrá un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.**

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea 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.

Las modificaciones efectuadas a la presente póliza no afectarán a las coberturas otorgadas con anterioridad a la entrada en vigencia de las referidas modificaciones.

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

#### **DÉCIMO SEGUNDA: 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.

Sin perjuicio de lo antes expuesto, la Compañía podrá modificar las condiciones contractuales a la renovación de la póliza, conforme a lo indicado en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación del Seguro". Una vez renovada la póliza en iguales o distintas condiciones, se procederá conforme a lo establecido en el párrafo anterior y del mismo modo en cada periodo de renovación siguiente, mientras el contrato de seguro se mantenga vigente.

#### **DÉCIMO TERCERA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA – VIDA (MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL)**

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

#### **DÉCIMO CUARTA: EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS**

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

- a) Enfermedades o dolencias preexistentes a la fecha de afiliación al seguro; o, enfermedades congénitas.
- b) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación a la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.
- c) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y
- d)

habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

- e) Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- f) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- 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 práctica o participación en los siguientes deportes peligrosos: inmersión submarina; montañismo; ala delta; paracaidismo; participación como piloto o acompañante en carreras de velocidad, entrenamiento o resistencia, en caballo, automóviles, motocicletas y lanchas.
- 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.
- 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 QUINTA: PRIMAS**

La prima colectiva es el valor determinado por la Compañía como el precio de las coberturas de seguro contratada y que deberá ser pagada por el Contratante a favor de la Compañía. La prima única es la prima pagada por cada Asegurado al Contratante y que incluye la comisión de comercialización.

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

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

El inicio de la vigencia de la cobertura está condicionado a que se efectúe el desembolso del Crédito Asegurado y a que el Asegurado realice el pago de la prima única, por lo tanto, **en caso el Asegurado no cumpliera con realizar el pago de la prima única, no se iniciará la cobertura del presente seguro.**

#### **DÉCIMO SÉPTIMA: REHABILITACIÓN**

Considerando que la prima pagada por el Asegurado debe efectuarse en una sola oportunidad y de manera previa al inicio de vigencia de su cobertura, se deja expresa constancia que el derecho de rehabilitación no tiene aplicación efectiva en el presente producto.

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

El Contratante, en cualquier momento, podrá solicitar la resolución de la presente póliza, previa comunicación escrita con por lo menos treinta (30) días de anticipación, 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.**

**No obstante lo antes indicado, se deja expresa constancia que la resolución de la presente póliza no afectará la vigencia de las coberturas otorgadas con anterioridad a la fecha de resolución.**

## **DÉCIMO NOVENA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

La presente póliza se resolverá por solicitud escrita del Contratante de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza por parte del Contratante" y se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Primera 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 revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta a aquel que suscribió la solicitud de seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consentimiento del Tercero".
2. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Contratante y/o Asegurado respecto de la propuesta de revisión del seguro efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".
3. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Primera 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 el Beneficiario estará facultado a presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en la presente póliza.
2. Cuando el Asegurado supere la mayor de las "Edades Límite de Permanencia" por cobertura establecidas en las Condiciones Particulares para las coberturas de la presente póliza.
3. Cuando se produzca la cancelación del Crédito Asegurado o el término de su plazo.

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. Sin perjuicio de ello, queda expresamente convenido que, en caso la cobertura se resolviese o extinguiese antes



de cumplido el plazo original del Crédito Asegurado, el Contratante devolverá la parte proporcional de la prima que corresponda a los meses completos no devengados.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el contrato de seguro será **Nulo** y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante y/o el Asegurado incurrir en declaración falsa, inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”; o, si se comprobare que el Asegurado superaba la “Edad Límite de Ingreso” a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Edad”.

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.

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

El Contratante deberá informar por escrito al domicilio de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toma conocimiento de la existencia del beneficio. Asimismo, deberá solicitar a los herederos del Asegurado y entregar a la Compañía el original o copia certificada notarialmente de la siguiente documentación:

<b>En caso de Muerte Natural:</b>	<b>En caso de Muerte Accidental:</b>
1. Partida de defunción o acta de defunción.	1. Partida de defunción o acta de defunción.
2. Certificado médico de defunción completo.	2. Certificado médico de defunción completo.
3. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).	3. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).
4. Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada.	4. Copia de la Historia Clínica, foliada y fedateada.
5. Documento de Identidad del Asegurado.	5. Protocolo de Necropsia Completo.
6. Confirmación formal de saldos por parte del Contratante.	6. Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal, así como testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen.
	7. Resultado del examen de dosaje etílico y del examen toxicológico.
	8. Documento de Identidad del Asegurado.
	9. Confirmación formal de saldos por parte del Contratante.

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.

Asimismo, se proporcionará a la Compañía cualquier información que, dentro del plazo de veinte (20) días de completada la información antes listada, solicite la Compañía para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. Hasta que los beneficiarios cumplan con proporcionar la información y/o documentación 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 que sea requerida por la Compañía.

**En los casos en los que exista un procedimiento judicial, administrativo o arbitral 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 copia de la sentencia definitiva consentida. Lo antes expuesto no afecta el derecho de la Compañía de apersonarse al proceso.**

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

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

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

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

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta generará la resolución del seguro, respecto del Asegurado cuya cobertura es objeto de fraude. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará su decisión de resolver el seguro en virtud de la presente cláusula. Dicha comunicación podrá ser remitida a través de los medios y dirección acordados en la presente póliza o consignados por el Asegurado en la solicitud de seguro. En caso dichos datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a la Compañía, ésta quedará liberada de toda obligación.

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

La obligación de pagar el beneficio por fallecimiento o capital asegurado al Contratante deberá ser cumplida por la Compañía en un solo acto y por su valor total.

## **VIGÉSIMO TERCERA: BENEFICIARIO DEL SEGURO**

El beneficiario único será el Contratante.

## **VIGÉSIMO CUARTA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES**

Los impuestos, tasas, contribuciones y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, sobre los seguros, tanto en el caso de las primas como de las indemnizaciones o beneficios por siniestros, estarán a cargo del Contratante, Asegurado, 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 QUINTA: DOMICILIO**

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 o Asegurado, según corresponda, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación.**

## **VIGÉSIMO SEXTA: PRESCRIPCIÓN**

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

#### **VIGÉSIMO SÉPTIMA: MECANISMOS 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, de la responsabilidad u obligación de la Compañía o por cualquier otra causa, será resuelta de conformidad con lo establecido en la Cláusula Adicional de "Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable" que forma parte integrante del presente contrato de seguro.

#### **VIGESIMO OCTAVA: MONEDA DEL CONTRATO**

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

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

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

todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas serán convertidas a moneda nacional utilizando el tipo de cambio determinado por la Compañía y basado en las condiciones de mercado, salvo que en los supuestos (i) o (ii) precedentes, la disposición del Banco Central o la norma legal, fijara la tasa de cambio aplicable. En cualquier circunstancia, el Contratante será notificado sobre la conversión a moneda nacional.