

**PÓLIZA DE SEGURO EN GRUPO  
TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE  
“Adulto Seguro”**

**CONDICIONES GENERALES**

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la Compañía, emite a usted, en adelante el Contratante, la presente póliza sobre la persona del Asegurado. 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.
- **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 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.
- **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.**
- **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. **El Certificado de Seguro podrá ser rehabilitado, a opción del Asegurado, mientras que la Compañía no haya expresado por escrito su decisión el referido Certificado.**

- **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:** Documento escrito y firmado por el Asegurado que forma parte integrante de la póliza y en el que consta su voluntad de adherirse o afiliarse al seguro.
- **Solicitud-Certificado:** Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos y que contiene la Solicitud de Seguro y el Certificado 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 y empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la adquisición del seguro, dentro de los quince (15) días siguientes de recibida la solicitud-certificado o el certificado, según corresponda; 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.

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 adhieran 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: 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 o en la solicitud-certificado, en sus documentos accesorios o complementarios y/o en los cuestionarios relativos a la salud y actividades del Asegurado, de ser el caso.

**Toda declaración inexacta o reticente formulada por el Asegurado, que de haber sido conocida por la Compañía hubiera impedido la afiliación del Asegurado al presente seguro o modificado las condiciones de la misma, determina la nulidad de la afiliación 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 seguro, 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 afiliación. La devolución se realizará dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la nulidad.

Se consideran dolosas a aquellas respuestas a preguntas formuladas en la solicitud de seguro o certificado de seguro, según corresponda, 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 seguro dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Asegurado en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso sea aceptada la revisión del seguro, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver el seguro, mediante una comunicación dirigida al Contratante o Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente. La comunicación de resolución tendrá efectos desde su notificación. 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: EDAD**

Podrá ingresar como Asegurado bajo la presente póliza cualquier persona que haya cumplido la "Edad Mínima de Ingreso" y que no supere la "Edad Máxima de Ingreso" establecidas en las Condiciones Particulares a la fecha de afiliación, 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 comprobare que la edad del Asegurado era mayor a la declarada y que la edad real superaba la Edad Máxima de Ingreso establecida en las Condiciones Particulares, el seguro será nulo, debiendo la Compañía devolver el valor de las primas pagadas.

## **SÉTIMA: 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 Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación del Seguro".

La cobertura otorgada a cada Asegurado, en virtud de la presente póliza, empezará en la fecha y hora de suscrita la solicitud-certificado o certificado de seguro; y, se mantendrá vigente mientras concurren las siguientes circunstancias: **(i)** se encuentre vigente la presente póliza; **(ii)** la cobertura no se encuentra 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 Quinta de las Condiciones Generales de la póliza: titulada "Terminación de la Cobertura". Adicionalmente, si el seguro estuviese asociado a un crédito o línea de crédito, la cobertura se mantendrá vigente si el crédito o línea de crédito se mantuviera vigente.

## **OCTAVA: RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA**

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 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 con 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 se extinguirá de pleno derecho.

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 grupal de accidentes personales.

## **NOVENA: 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.

## **DÉCIMA: COBERTURA BÁSICA – MUERTE ACCIDENTAL**

La Compañía pagará el beneficio establecido para esta cobertura, si se produce el fallecimiento del Asegurado a consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

Se entenderá por fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente. La Compañía cubrirá la consecuencia de muerte que pueda resultar de un accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

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

Este contrato de seguro no cubre el fallecimiento del Asegurado cuando este se produjera como consecuencia de:

- a) Suicidio, intento de suicidio, auto mutilación o auto lesión, lesiones inferidas por terceros con el consentimiento del Asegurado, estando o no el Asegurado en su sano juicio.
- b) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- c) Lesiones o enfermedades preexistentes al momento de adquirir este seguro.
- d) Acto delictivo cometido por el Beneficiario contra el Asegurado, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir la suma asegurada de los restantes Beneficiarios, si los hubiere, así como su derecho de recibir la parte proporcional de la suma asegurada que le correspondía al Beneficiario excluido.
- e) Participación del Asegurado como sujeto activo de un acto delictivo o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- f) 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.
- g) El uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes.
- h) 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.

- i) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos y anestésicos.
- j) El denominado “Accidente Cerebro Vascular” y los denominados “Accidentes Médicos”, como los infartos del miocardio, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, apoplejías, congestiones, síncope y vértigos.
- k) Contaminación radioactiva o fisión y fusión nuclear.

## **DÉCIMO SEGUNDA: PRIMAS**

La prima es el valor determinado por la Compañía como el precio de las coberturas de seguro contratadas, que deberá ser pagado de conformidad con lo establecido en las Condiciones Particulares.

Las primas deberán ser pagadas sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie. La Compañía no será responsable por las omisiones o falta de diligencia del Contratante y/o del Asegurado que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque el pago se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

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

Si el siniestro ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, la prima adeudada 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 seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante y/o al Asegurado con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el seguro por falta de pago de prima.

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

Se deja expresa constancia que las comunicaciones referidas en la presente cláusula deberán ser notificadas al domicilio contractual fijado por las partes para efectos del presente seguro. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del Contratante y/o 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 debe ser escrita.

## **DÉCIMO TERCERA: REHABILITACIÓN**

El Contratante y/o Asegurado, según corresponda, 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 el seguro o el seguro no se hubiere extinguido.**

La rehabilitación de la póliza supone el levantamiento de la suspensión de la cobertura a partir de las 00:00 horas del día siguiente a aquel en el que el Contratante realiza el pago total de las primas adeudadas. **La Compañía sólo responderá por los siniestros ocurridos a partir de la fecha de rehabilitación, de conformidad con los términos de la presente póliza.**

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

#### **DÉCIMO CUARTA: RESOLUCIÓN UNILATERAL**

**EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO, según corresponda, podrá solicitar la resolución del presente seguro sin expresión de causa, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. La solicitud de resolución surtirá efectos a las 23:59 horas del día en el cual es notificada a LA COMPAÑÍA. En caso corresponda, LA COMPAÑÍA devolverá el monto de la prima pagada correspondiente al tiempo no transcurrido dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la solicitud de resolución.**

**En caso EL CONTRATANTE ejerza esta opción se obliga a comunicar 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 todos los Asegurados.**

#### **DÉCIMO QUINTA: TERMINACIÓN DEL SEGURO**

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

- 1. Por el ejercicio del derecho de arrepentimiento, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales.**
- 2. Por rechazo o falta de pronunciamiento respecto de la propuesta de revisión de la póliza efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales.**
- 3. Por falta de pago oportuno de primas de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales.**
- 4. Por solicitud de resolución del Contratante y/o Asegurado, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales.**
- 5. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Novena de las Condiciones Generales.**

**Asimismo, la presente póliza se extinguirá ante la ocurrencia de los siguientes eventos:**

- 1. Por fallecimiento del Asegurado. Si el fallecimiento es consecuencia de un accidente el Beneficiario estará facultado a presentar la solicitud de cobertura, la que será evaluada de conformidad con lo dispuesto en la presente póliza.**
- 2. Al finalizar el periodo de vigencia de la póliza o de sus renovaciones.**
- 3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima, de acuerdo a lo indicado en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales.**
- 4. Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia indicada en las Condiciones Particulares.**

Salvo en caso de fallecimiento del Asegurado, como consecuencia de la resolución o extinción del presente seguro, dejarán de surtir efectos las coberturas otorgadas en virtud del mismo, liberándose a la Compañía de toda responsabilidad indemnizatoria ante la ocurrencia de un siniestro.

Sin perjuicio de lo establecido para las causales de resolución y extinción antes listadas, queda expresamente convenido que la Compañía devolverá el monto de la prima correspondiente al 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 del seguro.

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

1. Si el Contratante o el Asegurado incurrir 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.
2. En caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobare que el Asegurado superaba la edad máxima de ingreso a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales.
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 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 que obedezca a dolo o culpa inexcusable, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Tercera de las Condiciones Generales.

#### **DÉCIMO SEXTA: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA**

En caso de siniestro, el beneficiario deberá informar por escrito al domicilio de la Compañía o del Comercializador sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio, o en el menor plazo posible.

Posteriormente, el beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial de los siguientes documentos:

- a) Partida o Acta de Defunción.
- b) Certificado Médico de Defunción completo.
- c) Documento de identidad de los Beneficiarios.
- d) Copia literal de la inscripción definitiva en Registros Públicos de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, si los beneficiarios son los herederos legales instituidos conforme a ley.
- e) Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal completa, según corresponda.
- f) Protocolo de Necropsia completo, cuando corresponda. (Incluye el dosaje etílico y el examen toxicológico).



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 SÉTIMA: PAGO DE LOS BENEFICIOS**

La obligación de pagar el beneficio por la cobertura de Muerte Accidental deberá ser cumplida por la Compañía en un solo acto y por su valor total, una vez que la Compañía determine su procedencia.

Se deja expresa constancia que no se podrá cambiar la forma de pago establecida en el presente documento una vez producido el siniestro objeto de cobertura. De la liquidación de la póliza será deducida cualquier deuda que con la Compañía tuvieran el Contratante o el Asegurado en relación con la presente póliza.

#### **DÉCIMO OCTAVA: BENEFICIARIOS**

Son beneficiarios de la cobertura de Muerte Accidental otorgada 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 a 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.

#### **DÉCIMO NOVENA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA**

**La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Contratante y/o el Asegurado perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo el Contratante, 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 reclamación o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.**

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta acarreará la resolución del seguro. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará al Contratante, Asegurado y/o beneficiario, según corresponda, el rechazo de la solicitud de cobertura y su decisión de resolver la póliza en virtud de la presente cláusula, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros. Dicha comunicación podrá ser remitida la dirección física, al correo electrónico y/o número telefónico proporcionado 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.

#### **VIGÉSIMA: 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 PRIMERA: DOMICILIO Y COMUNICACIONES**

La Compañía, el Contratante y/o el Asegurado señalan como su domicilio la dirección física (particular o comercial) y la dirección electrónica declaradas en la solicitud de seguro. 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 contractual declarado por el Contratante y/o el Asegurado.** Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas a la dirección física, a la dirección electrónica o al celular, 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 norma expresamente indique que debe comunicarse por escrito.

## **VIGÉSIMO SEGUNDA: 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 TERCERA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

En caso de discrepancia entre la Compañía, el Contratante, el 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, las partes contratantes, los Asegurados y los beneficiarios o herederos de éste, se someten a la competencia y jurisdicción de los juzgados y tribunales del Estado Peruano.

## **VIGÉSIMO CUARTA: 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.