

**PÓLIZA DE SEGURO DE SEPELIO
RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE
“SEGURO DE SEPELIO”
RESUMEN**

1. ¿Cuáles son las condiciones de acceso y límites de permanencia del seguro?

Podrán acceder al seguro aquellas personas que no superen la Edad Máxima de Ingreso, teniendo la oportunidad de mantenerse asegurados hasta el fin del periodo de contratación en el que cumpla la Edad Máxima de Permanencia.

2. ¿Cómo se ejerce el Derecho de Arrepentimiento?

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

3. ¿Qué riesgos cubre?

Otorga a los beneficiarios una “Indemnización por Gastos Funerarios” en caso se produzca el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las

exclusiones de la póliza. **Coberturas Adicionales (opcionales):**

a) Crédito o Reembolso del Destino Final.

4. ¿Cuáles son las Exclusiones?

Las principales exclusiones en caso de fallecimiento del Asegurado son las siguientes:

a) Guerra; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole. b) Participación en un acto delictivo. c) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, si el Asegurado participa como elemento activo. d) Muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante. e) Estado etílico. f) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas. g) Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva. h) Suicidio, salvo que hubieran transcurrido dos años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro. i) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios, no responsables, únicamente percibirán el porcentaje

de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado. j) Enfermedad o dolencia preexistente.

El detalle de las exclusiones se establece en la Cláusula Décimo Novena de las Condiciones Generales y en la Cláusula Cuarta de la respectiva Cláusula Adicional. Si el siniestro se produjera como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.

5. ¿Cuál es el lugar y forma de pago de la prima?

Cargo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito autorizada por el Contratante; o, pago en efectivo en la Oficina Principal de la Compañía ubicada en la Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima; de acuerdo a lo establecido en el acápite 6 de las Condiciones Particulares.

Para conocer cuáles son nuestros centros de pago en provincia, ingrese a www.pacifico.com.pe o llame al 513-5000.

6. ¿Cuál es el procedimiento para efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza?

Durante la vigencia de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de 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.

7. ¿Cuáles son las causales de terminación de la cobertura?

Se encuentran establecidas en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales. Asimismo, el Contratante o la Compañía podrán resolver el contrato de seguro en cualquier momento y sin expresión de causa, comunicando su decisión a la otra parte con 30 días de anticipación, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales.

8. ¿Existen obligaciones cuyo incumplimiento podría afectar la cobertura del producto?

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

En caso de ocurrencia de siniestro, los beneficiarios deberán observar el procedimiento establecido en la Cláusula Vigésimo Primera de las Condiciones Generales.

9. ¿Cuál es el medio y plazo para dar el aviso de siniestro y los lugares autorizados para presentar una Solicitud de Cobertura?

El siniestro debe ser comunicado por escrito a la Compañía, de ser el caso, dentro de los 7 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio. La solicitud de cobertura deberá presentarse en el

domicilio físico de la Compañía. Para mayor información podrá comunicarse a nuestra Central de Atención al Asegurado 513-5000 o ingresar a nuestra página web www.pacifico.com.pe. Los documentos que deben adjuntarse a la solicitud de cobertura se encuentran listados en la Cláusula Vigésimo Primera de las Condiciones Generales.

Sin perjuicio del plazo, los Beneficiarios podrán solicitar la cobertura dentro del plazo legal de prescripción establecido. 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; sin embargo se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

Ante el rechazo de la solicitud de cobertura de un siniestro, se podrá presentar un reclamo escrito dirigido a la propia Compañía o acudir gratuitamente a la Defensoría del Asegurado, entidad privada, cuyos principales datos son:

Web: www.defaseq.com.pe

Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 – Piso 9, San Isidro, Lima – Perú. **Telefax:** 421-0614

Además, podrá recurrir al INDECOPI o al mecanismo de solución de controversias establecido en la póliza. Adicionalmente, podrá solicitar orientación en la Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

10.¿Cuál es el mecanismo de solución de controversias?

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano

11.¿Consultas y/o Reclamos?

Para realizar consultas comuníquese con nuestra Central de Atención al Asegurado 5135000.

Puede presentar sus reclamos en la Compañía a través de los siguientes medios:

Verbalmente, acercándose a las oficinas de “Atención al Cliente” ubicadas **en Av. Juan de Arona 830, San Isidro**, o llamando a nuestra Central de Atención al Asegurado 513-5000.

Por escrito, a través de: un correo electrónico a servicioalcliente@pacificovida.com.pe; una carta enviada a nuestras oficinas dirigida a “Atención al Cliente”; o desde nuestra página web www.pacifico.com.pe

Además, podrá presentar reclamos, consultas o denuncias, según corresponda, ante: el **INDECOPI** ubicado en Calle de la Prosa N° 104, San Borja o al teléfono 2247800; la **Plataforma de Atención al Usuario de la SBS**, ubicada en Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro, Lima o al teléfono 0800-10840; o, recurrir al mecanismo de solución de controversias.

**PÓLIZA DE SEGURO DE SEPELIO
RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE
“SEGURO DE SEPELIO”**

SUMARIO

I. Condiciones Particulares

II. Condiciones Generales

1. Definiciones
2. De los Documentos – Derecho de Arrepentimiento
3. Estructura de la Póliza
4. Normas para la Contratación de la Póliza
5. Consentimiento para el tercero
6. Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado
7. Indisputabilidad
8. Fecha de Inicio de Vigencia y Emisión de la Póliza
9. Descripción de la Cobertura – Indemnización por Gastos Funerarios
10. Titular de esta Póliza
11. Edad
12. Primas
13. Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas
14. Rehabilitación
15. Renovación
16. Cambios en las condiciones contractuales
17. Resolución de la Póliza por parte del Contratante
18. Terminación del contrato
19. Exclusiones - Riesgos no cubiertos
20. Designación de beneficiarios
21. Aviso de Siniestro – Procedimiento y requisitos para presentar una solicitud de cobertura
22. Solicitud de Cobertura Fraudulenta
23. Pago del Beneficio por Fallecimiento
24. Duplicado de la póliza y copia
25. Impuestos, Tasas y Contribuciones
26. Domicilio y comunicaciones
27. Prescripción
28. Mecanismos de Solución de Controversias
29. Cesión de Derechos
30. Moneda del Contrato

III. Cláusulas adicionales

PÓLIZA DE SEGURO DE SEPELIO DE CORTO PLAZO

SEGURO DE SEPELIO	
SOLICITUD DE PÓLIZA N°:	XXXXXXXXXX
PÓLIZA N°:	XXXXXXXXXX
CODIGO SBS:	VI2008100216, producto adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.
COMPAÑÍA	PACÍFICO SEGUROS
ASEGURADORA:	
CONTRATANTE:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
ASEGURADO:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**PÓLIZA DE SEGURO DE SEPELIO
RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE
“SEGURO DE SEPELIO”
CONDICIONES PARTICULARES**

1. DATOS DE LA PÓLIZA

N° DE SOLICITUD: XXXXXXXXXX
N° DE PÓLIZA: XXXXXXXXXX
FECHA DE EMISIÓN (IMPRESIÓN DE LA PÓLIZA): dd/mm/aaaa
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: dd/mm/aaaa 00:00 Horas
FECHA DE FIN DE VIGENCIA: dd/mm/aaaa 23:59 Horas
PLAZO DE CONTRATACIÓN: Un (1) mes, renovable automáticamente.
FECHA DE ÚLTIMA RENOVACIÓN POSIBLE: dd/mm/aaaa
MONEDA DEL CONTRATO: XXXXXXXXXX

2. CONTRATANTE

NOMBRE COMPLETO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: XXXXXXXXXXXX
N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: XXXXXXXXXXXX
DIRECCIÓN FÍSICA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
DOMICILIO
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Se deja expresa constancia que el Contratante autoriza a Pacífico Seguros a notificarle cualquier comunicación relacionada con el presente seguro a través de la dirección electrónica antes indicada, la misma que constituirá su domicilio contractual, comprometiéndose a informar por escrito cualquier variación con, por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las notificaciones enviadas a la dirección electrónica antes consignada o registrada posteriormente ante la Compañía.

3. ASEGURADOS

3.1 ASEGURADO TITULAR.-

NOMBRE COMPLETO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: XXXXXXXXXXXX
N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: XXXXXXXXXXXX
FECHA DE NACIMIENTO: dd/mm/aaaa
EDAD AL INICIO DEL CONTRATO: XX años
DIRECCIÓN FÍSICA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
DOMICILIO
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

La "Edad Máxima de Ingreso" establecida para el Asegurado Titular es de **XX** años y la "Edad Máxima de Permanencia" establecida para el Asegurado Titular es de **99** años.

Para efectos del presente seguro, se considera como domicilio del Asegurados Titular el domicilio del Contratante.

4. BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR GASTOS FUNERARIOS

LOS BENEFICIARIOS SERÁN SUS HEREDEROS INSTITUIDOS DE ACUERDO A LEY.

Si usted desea cambiar sus beneficiarios, por favor sírvase llenar la Solicitud de Cambio de Beneficiarios adjunta y entregarla, conjuntamente con una copia de su DNI, en nuestras oficinas en Av. Juan de Arona 830 San Isidro. Atención: Centro de Solución.

5. COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA – PLAN INDIVIDUAL

5.1 COBERTURAS - ASEGURADO TITULAR.-

COBERTURA PRINCIPAL	SUMA ASEGURADA	N° DE CUOTAS Y PERIODICIDAD⁽¹⁾
Indemnización por Gastos Funerarios	XXXXXX.XX	XXXXXXXXXX
COBERTURA ADICIONAL		
Crédito o Reembolso del Destino Final	XXXXXX.XX	XXXXXXXXXX

(1) La Suma Asegurada será pagada en una cuota o dividida en el número de cuotas conforme a lo establecido en la siguiente columna (Nro. de Cuotas y Periodicidad). En caso existan más de un beneficiario para la misma cobertura, la cuota resultante será dividida entre el número de beneficiarios de acuerdo a los porcentajes establecidos para cada uno.

6 PRIMA

PRIMA COMERCIAL ^(*)	Moneda	XX.XX
I.G.V.	Moneda	XX.XX
PRIMA TOTAL^(**)	Moneda	XX.XX

(*) La prima comercial incluye la comisión (o cargos de agenciamiento por intermediación o comercialización) indicada en el acápite 8 de las presentes Condiciones Particulares.

(**)La prima total está compuesta por la prima comercial más el IGV.

La Compañía podrá modificar la prima establecida para el portafolio de asegurados correspondiente a este producto (mostrada en el cuadro precedente), lo cual será debidamente informado de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales. La nueva prima sólo será aplicable a partir del siguiente periodo de renovación conforme se establece en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales de la presente póliza: titulada: “Renovación”.

FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA : XXXXXXXXXXXX

FORMA DE PAGO DE PRIMA: XXXXXXXXXXXX

LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA: XXXXXXXXXXXX

(*) No se cobra interés por fraccionamiento de prima, de ser el caso.

La primera cuota del seguro vence en la fecha de inicio de vigencia indicada en el acápite 1 de las presentes Condiciones Particulares. El pago de las siguientes cuotas vence el mismo día de la fecha de inicio de vigencia indicada en el acápite 1 de las presentes Condiciones Particulares correspondiente a cada mes de cobertura.

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234º y 1237º del Código Civil y según se indique en el acápite 1 de las presentes Condiciones Particulares. En caso de haberse contratado en moneda extranjera y el cliente opte por pagar la prima en Nuevos Soles, deberá utilizar el tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago.

La Compañía no aceptará como válidos los pagos efectuados a asesores y/o consultores de la Compañía o a personal distinto al encargado de las cajas autorizadas, cualquiera sea la modalidad de pago elegida.

Si tiene dudas sobre cuáles son las cajas autorizadas de la Compañía, comuníquese al teléfono 513-5000, donde gustosamente lo atenderemos.

PACÍFICO SEGUROS NO AUTORIZA A SU PERSONAL A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL. En tal sentido, Pacífico Seguros no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el cliente decida entregar a personal distinto al encargado de las cajas autorizadas a pesar de conocer esta prohibición.

La presente póliza no contempla deducibles, franquicias, periodos de carencia, ni conceptos similares.

7.DECLARACIONES

La presente póliza, la solicitud, los endosos y las cláusulas adicionales que se anexan a ella forman parte integrante de este contrato. Toda declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable de circunstancias relevantes conocidas por el Contratante y/o por el Asegurado, determina la nulidad del contrato y, en consecuencia, toda obligación de Pacífico Seguros, de acuerdo al artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro.

Se deja expresa constancia que el presente seguro forma parte del 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.

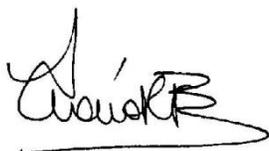
8.INTERMEDIACIÓN / COMERCIALIZACIÓN

NOMBRE: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**

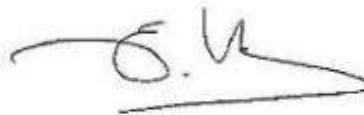
COMISIÓN: La comisión del comercializador o intermediario está incluida en la Prima Comercial. Aplican bonificaciones, premios u otros beneficios adicionales, según acuerdo entre el Comercializador o Intermediario y la Compañía, los cuales dependerán de los siguientes parámetros: volumen de ventas y/o metas alcanzadas durante determinado periodo.

AÑO	MONTO MENSUAL
1	XX.XX
2-99	XX.XX

- La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de las coberturas contratadas.
- La Compañía es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra **XXXXXXXXXXXX**; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden al comercializador. En caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado mediante Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
- Los pagos de prima efectuados por el Contratante y/o Asegurado a **XXXXXXXXXXXX** se consideran abonados a la Compañía de Seguros.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado a **XXXXXXXXXXXX** por aspectos relacionados con contratos de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a la Compañía de Seguros.



María Félix Torrese
Gerente
Pacífico Seguros



Eduardo Miyahira
Gerente
Pacífico Seguros

Póliza de seguro emitida por Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, con R.U.C. N° 20332970411; con dirección física en la Av. Juan de Arona 830, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima; y, con dirección electrónica en www.pacifico.com.pe.

**PÓLIZA DE SEGURO DE SEPELIO
RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE
“SEGURO DE SEPELIO”**

CONDICIONES GENERALES

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la Compañía, emite a usted, en adelante el Contratante, la presente póliza sobre la persona del Asegurado, cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado de la póliza en la solicitud del seguro. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos y/o sonambulismo.**
- **Asegurado:** Es la persona cuya vida se asegura en virtud de la póliza.
- **Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares y que será pagado por la Compañía a los beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro, bajo los términos de la póliza.
- **Beneficiario:** Es la persona (o las personas) designada(s) en la póliza por el Contratante como titular(es) del derecho al beneficio que en ella se establece. Su designación debe ser expresa y generalmente es de libre nombramiento, aunque debe existir siempre interés asegurable.
- **Comercializador:** Persona Natural o Jurídica que celebra con la Compañía un contrato de comercialización con el objeto de encargarse de facilitar la contratación del presente seguro.
- **Contratante:** Es la persona que suscribe la póliza con la Compañía y la obligada al pago de la prima. Generalmente el contratante es el mismo Asegurado. Cualquiera que sea la situación, se estipulará en las Condiciones Particulares.
- **Días:** Días calendario, salvo que la póliza establezca expresamente lo contrario.
- **Endoso:** Es el documento mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales o Particulares de la póliza. Los endosos surten efectos una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía y el Contratante, según corresponda.
- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional

médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud de seguro.

- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia por la póliza y que se encuentran expresamente indicadas.
- **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienza a regir la cobertura del seguro.
- **Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el Asegurado y/o Contratante debido a la pérdida económica que ellos mismos y los beneficiarios del seguro sufrirían como consecuencia de la ocurrencia del siniestro.
- **Muerte Accidental:** Fallecimiento inmediato del Asegurado por causas que cumplen la condición de accidente definida en la presente póliza. Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.
- **Póliza:** Es el documento emitido por la Compañía en el que consta el contrato de seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.
- **Prima:** Es el valor determinado por la Compañía, como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **Rehabilitación:** Es la posibilidad que tiene el Contratante de levantar la suspensión de la cobertura del seguro que hubiere operado por la falta de pago oportuno de primas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante y/o Asegurado, mientras que la Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver la póliza.
- **Siniestro:** Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran el riesgo asegurado (cobertura) previsto en el presente contrato de seguro. Para que el siniestro se encuentre cubierto bajo la presente póliza, éste no deberá haberse configurado por alguno de los supuestos de exclusión establecidos en la póliza; asimismo, deberá cumplirse con las condiciones establecidas en el presente contrato de seguros.
- **Solicitud de Seguro:** Constancia de la voluntad del Contratante y/o Asegurado, según corresponda, de contratar el seguro. En caso la comercialización del presente producto se realice a través de una llamada telefónica, la constancia de la voluntad de adquirir el presente seguro se registrará en la grabación de la referida llamada telefónica, cuya conservación estará a cargo de la Compañía.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS - DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de

arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

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

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

1. Los Endosos según su fecha, predominando los últimos endosos sobre los primeros
2. Las Condiciones Particulares
3. 3. Las Condiciones Generales
4. Las Cláusulas Adicionales.
5. La Solicitud del Seguro, sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos cuando corresponda.

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

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACION DE LA PÓLIZA

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

QUINTA: CONSENTIMIENTO DEL TERCERO

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

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

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

Toda declaración inexacta o reticente formulada por el Contratante y/o el Asegurado sobre circunstancias conocidas por éstos, que de haber sido conocidas por la Compañía, hubieran impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones,

determina la nulidad del presente contrato, si media dolo o culpa inexcusable. En dicho supuesto, el Contratante, el Asegurado y/o los Beneficiarios carecerán de todo derecho de indemnización bajo la póliza, quedando la Compañía liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo indicado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del contrato, la Compañía devolverá al Contratante el valor de las primas pagadas sin intereses ni impuestos, y disminuidas en los gastos administrativos incurridos por ésta por concepto de penalidad, los que ascenderán a un monto máximo equivalente a la prima pagada por el primer año de duración de la póliza.

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

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

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

En caso sea aceptada la revisión de la póliza, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente. Corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

(ii) Si la constatación de la declaración inexacta o reticente es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la póliza, la Compañía reducirá la indemnización debida en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. De determinarse que el riesgo no es asegurable, no existirá suma asegurada y se procederá con la devolución total de la prima percibida.

SÉTIMA: INDISPUTABILIDAD

Esta póliza será indisputable una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contado desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares, salvo en caso de dolo.

Lo dispuesto en la presente cláusula no será aplicable en caso que la inexactitud o falsedad verse sobre la edad del Asegurado. En estos supuestos se aplicará lo dispuesto en la solicitud

de seguro o en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Edad”, respectivamente.

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

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

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera prima o cuota de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

La fecha de emisión que figura en las Condiciones Particulares, es la fecha en la cual la Solicitud de Seguro es aprobada.

NOVENA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA– INDEMNIZACIÓN POR GASTOS FUNERARIOS

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

DÉCIMA: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

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

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

DÉCIMO PRIMERA: EDAD

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

contratación en el que cumpla la “Edad Máxima de Permanencia” establecida en las Condiciones Particulares.

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

Si se comprobase que la edad del Asegurado era menor a la declarada, la Compañía procederá a restituir el exceso de la prima percibida sin intereses, de corresponder. Por otro lado, si se comprobase que la edad del Asegurado era mayor a la declarada, la Compañía reducirá la suma asegurada en proporción a la prima percibida y la que hubiese correspondido a la edad correcta. No obstante si, además de comprobarse que la edad del Asegurado era mayor a la declarada, se verificase que el Asegurado superaba la “Edad Máxima de Ingreso” a la fecha de contratación del seguro, éste será nulo y la Compañía devolverá las primas pagadas por el Contratante sin intereses.

DÉCIMO SEGUNDA: PRIMAS

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

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

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

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

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

DÉCIMO TERCERA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS

En caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, la Compañía comunicará al Contratante y/o al Asegurado que, en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro de los treinta (30) días desde

el vencimiento de la obligación, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. La Compañía no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

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

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

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

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

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

Además, queda expresamente convenido que las comunicaciones referidas en la presente cláusula, deberán ser notificadas al domicilio contractual fijado por las partes para efectos del presente seguro. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del Contratante y/o del Asegurado, según corresponda, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

DÉCIMO CUARTA: REHABILITACIÓN

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

La rehabilitación de la póliza se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague previamente el total de las primas vencidas. La cobertura vuelve a tener efectos a partir de las 00:00 horas del día siguiente a aquel en el cual se realiza el pago total de las primas

adeudadas (fecha de rehabilitación). La Compañía sólo responderá por los siniestros ocurridos a partir de la fecha de rehabilitación, de conformidad con los términos de la presente póliza.

DÉCIMO QUINTA: RENOVACIÓN

El plazo de contratación de la presente póliza figura en las Condiciones Particulares. Transcurrido este período, la presente póliza se renovará en forma automática hasta el periodo de contratación inmediatamente anterior a la fecha en la que el Asegurado cumpla la "Edad Máxima de Permanencia" indicada en las Condiciones Particulares; salvo que el Contratante manifieste, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al vencimiento de la vigencia de la póliza. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificados en cada renovación, previa comunicación escrita de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente. En dicha comunicación, la Compañía detallará las modificaciones en caracteres destacados. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas 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 póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente. Luego de este periodo, no procederá la renovación automática de la póliza.

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

DÉCIMO SEXTA: CAMBIOS EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Toda modificación de la póliza solicitada por el Contratante, para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de la Compañía.

Durante la vigencia de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

DÉCIMO SÉPTIMA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE

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

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

DÉCIMO OCTAVA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

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

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

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

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

Sin perjuicio de lo establecido para las causales de resolución y extinción de la póliza antes listadas, queda expresamente convenido que la Compañía devolverá al Contratante la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido. Para estos efectos, el Contratante deberá solicitar por escrito ante la Compañía la devolución correspondiente. En caso la resolución sea efectuada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Contratante, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de resolución.

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

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

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

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2, 3 o 4 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Contratante, sin intereses. Para estos efectos, el Contratante deberá solicitar por escrito ante la Compañía la devolución correspondiente, la cual se realizará dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios. En caso la causal de nulidad sea alegada por la Compañía, no se requerirá de una solicitud por parte del Contratante, procediendo la Compañía a devolver el importe correspondiente dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de nulidad. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.

Las coberturas adicionales contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la presente póliza, terminarán en cualquiera de los supuestos de extinción, resolución y nulidad mencionados en los puntos precedentes o en los supuestos de terminación indicados en las respectivas Cláusulas Adicionales, lo que ocurra primero.

DÉCIMO NOVENA: EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

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

- a. Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- b. Participación en acto delictuoso o tipificado como delito, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- c. Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- d. En los seguros sobre la vida de un tercero, la muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante y/o beneficiario.
- e. Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos – litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su deceso.
- f. El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- g. Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.
- h. Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la última rehabilitación convencional.
- i. Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.
- j. Enfermedad o dolencia preexistente.

VIGÉSIMA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

Los beneficiarios deberán informar por escrito al domicilio de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio, o en el menor plazo posible. Asimismo, deberán suministrar a la Compañía las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente y la forma en que se produjo.

Los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, deberán presentar el formato de declaración de siniestro proporcionado por la Compañía, debidamente llenado, adjuntando el original o copia certificada notarialmente de los siguientes documentos:

Caso de Muerte Natural:	Caso de Muerte Accidental:
1. Partida de defunción o acta de defunción.	1. Partida de defunción o acta de defunción.
2. Certificado médico de defunción completo.	2. Certificado médico de defunción completo.
3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.	3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.

	4. Protocolo de Necropsia completo, cuando corresponda.
	5. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen.
	6. Resultado del examen de dosaje etílico y del examen toxicológico, cuando corresponda.

Se deja expresa constancia que, en caso de muerte natural, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud donde se diagnosticó la enfermedad que causó el deceso del Asegurado, la cual deberá contener el Informe Anatomopatológico del diagnóstico inicial, en caso corresponda; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

En caso de muerte accidental, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud que realizó la atención médica del accidente que causó el deceso del Asegurado; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

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

Asimismo, 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 caso de fallecimiento y dentro de los veinte (20) días siguientes de presentada toda la documentación listada en las presente cláusula, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar

un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

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

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

Excepcionalmente, en los casos en los que exista un procedimiento judicial, administrativo o arbitral en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa –a juicio razonable de la Compañía– la cobertura del siniestro o el derecho del Beneficiario, 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, resolución o laudo definitivo 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 asegurado la necesidad de dicho documento. Lo antes expuesto no afecta el derecho de la Compañía de apersonarse al proceso.

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

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

VIGÉSIMO SEGUNDA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO

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

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta acarreará la resolución del presente contrato de seguro. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará al Contratante su decisión de resolver la póliza en virtud de la presente cláusula. 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.

VIGÉSIMO TERCERA: PAGO DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

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

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

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

VIGÉSIMO CUARTA: DUPLICADO DE LA PÓLIZA Y COPIA

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

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

VIGÉSIMO QUINTA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas, contribuciones y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, sobre los seguros, tanto en el caso de las primas como de las indemnizaciones o beneficios por siniestros, estarán a cargo del Contratante, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

VIGÉSIMO SEXTA: DOMICILIO Y COMUNICACIONES

La Compañía, el Contratante y/o el Asegurado señalan como su domicilio la dirección física (particular o comercial) y la dirección electrónica declaradas en la solicitud de seguro y que originalmente se consignan en las Condiciones Particulares. Para que cualquier variación respecto del domicilio (dirección física o electrónica) sea válida y surta efectos, deberá ser comunicada a la otra parte con por lo menos quince (15) días de anticipación.

Las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas y/o derivadas de la presente póliza, deberán efectuarse en el último domicilio declarado por las partes de conformidad con lo dispuesto en el párrafo precedente.

Toda comunicación realizada en cumplimiento de lo dispuesto en la presente cláusula, se considerará válida para todo efecto legal. La Compañía no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio declarado por el Contratante y/o el Asegurado. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del Contratante o del Asegurado, según corresponda, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

VIGÉSIMO SÉPTIMA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación del Contratante notificar a los beneficiarios designados de la existencia del presente contrato de seguros, quienes adicionalmente podrán solicitar información del estado de la póliza al fallecimiento del Asegurado en el Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.

Cumplido el plazo de prescripción, sin que los beneficiarios hubieran solicitado el beneficio, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio; sin embargo se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

VIGÉSIMO OCTAVA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

VIGÉSIMO NOVENA: CESIÓN DE DERECHOS

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

TRIGÉSIMA: MONEDA DEL CONTRATO

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

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

- a) La Compañía, el Contratante, o el Asegurado no pudiera o no le estuviera permitido obtener la moneda extranjera en el mercado; o
- b) Existiera impedimento de mantener las reservas o inversiones en moneda extranjera, todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas serán convertidas a moneda nacional utilizando el tipo de cambio determinado por la Compañía y basado en las condiciones de mercado, salvo que en los supuestos (i) o (ii) precedentes, la disposición del Banco Central o la norma legal, fijara la tasa de cambio aplicable. En cualquier circunstancia, el Asegurado será notificado sobre la conversión a moneda nacional de conformidad con el plazo y procedimiento dispuesto en la Cláusula Décimo Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Renovación”, salvo que por norma legal se establezca un plazo o procedimiento distinto.

**PÓLIZA DE SEGURO DE SEPELIO
RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE
“SEGURO SEPELIO”**

CLÁUSULA ADICIONAL

CRÉDITO O REEMBOLSO DEL DESTINO FINAL

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales del seguro principal.

PRIMERA: DEFINICIONES

Rigen para la presente Cláusula Adicional las siguientes definiciones:

- **Asegurado:** Es la persona o las personas cuya vida se asegura en virtud de la póliza. Según se indique en las Condiciones Particulares, podrán incluirse como Asegurados al Asegurado Titular y hasta 04 familiares de éste en calidad de Asegurados Adicionales.
- **Asegurado Titular:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios del seguro principal.
- **Destino final:** Se entiende por destino final al servicio de cremación o sepultura del cuerpo del fallecido.
- **Seguro Principal:** El otorgado bajo las Condiciones Generales de la póliza.

Asimismo, rigen para la presente Cláusula Adicional las definiciones establecidas en las Condiciones Generales del seguro principal.

SEGUNDA: EDAD

Para la contratación de la presente Cláusula Adicional, el Asegurado no deberá superar la “Edad Máxima de Ingreso” establecida en las Condiciones Particulares, teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurado, en caso de renovación, sólo hasta el fin del periodo de contratación en el cual cumpla la “Edad Máxima de Permanencia” establecida en las Condiciones Particulares.

TERCERA: COBERTURA– CRÉDITO Y/O REEMBOLSO DEL DESTINO FINAL

En caso de fallecimiento del Asegurado y durante la vigencia de la póliza, la Compañía pagará directamente al proveedor de servicios de sepelio hasta el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cobertura, por concepto de destino final. Para mayor información sobre el proveedor de servicios de sepelio, comunicarse al teléfono 513-5000.

En caso se solicite la presente cobertura, luego de llevado a cabo el entierro o cremación del cuerpo del Asegurado; o, el servicio de Destino Final no pudiese ser llevado a cabo por el proveedor de servicios de sepelio, previa confirmación por parte de la Compañía, la Compañía

reembolsará a favor de la persona que haya asumido el pago del servicio de Destino Final hasta el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cobertura, previa presentación del original de los recibos correspondientes al servicio de Destino Final.

Se deja expresa constancia que el pago de la cobertura de Crédito y/o Reembolso del Destino Final por parte de la Compañía, no obligará a la Compañía a pagar la cobertura de Vida Principal, en aquellos casos en los que, luego de la revisión de la documentación respectiva se demuestre que no se cumplieron con los requisitos para acceder al beneficio por muerte natural o accidental.

CUARTA: EXCLUSIONES

Rigen para las coberturas de la presente Cláusula Adicional las exclusiones establecidas para el Asegurado Principal en las Condiciones Generales del seguro principal.

QUINTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales del mismo, de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal convenido lo sea y esté vigente.

La cobertura prevista por la presente Cláusula Adicional cesará en la primera fecha en que se verifique alguno de los siguientes eventos:

- a) Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b) Fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso el beneficiario estará facultado a presentar la solicitud de cobertura, de conformidad con lo dispuesto en la presente Cláusula Adicional y en el Seguro Principal.
- c) Al finalizar el periodo de contratación de la póliza en el cual el Asegurado cumpla la "Edad Máxima de Permanencia" indicada en las Condiciones Particulares.

Se deja expresa constancia que la terminación de la presente Cláusula Adicional por cualquier causa, no modificará la prima consignada en las Condiciones Particulares de la presente póliza en tanto se encuentren vigentes otras coberturas a favor del Asegurado. En caso el Asegurado falleciere o no se encontrasen vigentes otras coberturas a favor de éste, se reducirá la parte correspondiente de la prima a partir del mes siguiente de informado el hecho o desde que la Compañía tenga conocimiento del mismo, restituyéndose la parte de la prima que hubiese sido cobrada durante el tiempo transcurrido entre el aviso o constatación del hecho y la fecha de ocurrencia del evento que origina el término de todas las coberturas aplicables al Asegurado.

SEXTA: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA BAJO ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

El beneficiario de la presente Cláusula Adicional deberá informar el siniestro de conformidad con lo dispuesto en las Condiciones del seguro principal. Asimismo, deberá acompañar a su solicitud de cobertura la documentación exigida en las Condiciones Generales del seguro principal.

En caso de reembolso, adicionalmente a la documentación señalada en las Condiciones Generales de la póliza se deberá presentar el original de los recibos correspondientes al servicio de Destino Final.

SÉTIMA: DETERMINACIÓN DEL PAGO DEL BENEFICIO

La Compañía determinará en un máximo de treinta (30) días, contados desde la recepción de toda la documentación exigida, si la solicitud de cobertura es procedente, aprobada la solicitud de cobertura o no rechazada dentro de este plazo, el siniestro quedará consentido. Queda convenido que, dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, la Compañía podrá requerir documentación, pruebas o exámenes médicos adicionales vinculadas al siniestro que juzgue necesarios, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente dicha información. La Compañía podrá solicitar a la prórroga del plazo para pronunciarse sobre la procedencia de la cobertura de conformidad con las normas legales vigentes.