

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO “MONTO FIJO” TEMPORAL ANUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE

CONDICIONES GENERALES

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Se entiende por accidente 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, que puedan ser determinados de una manera cierta. **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:** El trabajador dependiente del Contratante que figure en sus registros y que haya sido incluido en la declaración de planillas presentada por el Contratante a la Compañía.
- **Capital Asegurado:** También llamado **Beneficio o Suma Asegurada**, es el importe que será pagado por la Compañía a los Beneficiarios, en caso de siniestro bajo los términos de la póliza. El monto del capital asegurado figura en las Condiciones Particulares, así como en los correspondientes Certificados de Seguro.
- **Contratante:** Es la persona o entidad que suscribe la póliza con la Compañía y la obligada al pago de la prima.
- **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.
- **Días:** Días calendario, salvo que se indique expresamente lo contrario.
- **Endoso:** Es el documento mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la póliza.
- **Enfermedad o dolencia preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Contratante y/o 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.
- **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir las coberturas del Seguro.
- **Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el Asegurado debido a la pérdida económica que él mismo y los Beneficiarios del seguro sufrirían como consecuencia del siniestro.
- **Póliza:** Es el documento emitido por la Compañía en el que consta el contrato de seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas. La póliza está conformada por las Condiciones

Particulares, las Condiciones Generales, las Cláusulas Adicionales y los eventuales Endosos; así como la Solicitud de Seguro y las declaraciones efectuadas por el Asegurado y/o el Contratante.

- **Prima:** Es el valor determinado por la Compañía, como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **Rehabilitación:** Es la posibilidad que tiene el Asegurado de levantar la suspensión de la cobertura del seguro que hubiere operado por la falta de pago oportuno de primas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. **La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Asegurado, mientras que la Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver la póliza.**
- **Siniestro:** Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran el riesgo asegurado (cobertura) previsto en el presente contrato de seguro. Para que el siniestro se encuentre cubierto bajo la presente póliza, éste no deberá haberse configurado por alguno de los supuestos de exclusión establecidos en la póliza; asimismo, deberá cumplirse con las condiciones establecidas en el presente contrato de seguros.
- **Solicitud de Seguro o Solicitud de Afiliación:** Constancia de la voluntad del Asegurado de afiliarse al presente contrato de seguro.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS – DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

El Asegurado podrá desistirse de su solicitud de seguro y resolver el contrato respecto de sí mismo, sin expresión de causa, a través de una comunicación escrita dirigida a la dirección física de la Compañía, dentro de los quince (15) días siguientes de recibido el correspondiente Certificado de Seguro, en cuyo caso, la Compañía devolverá al Contratante la prima que hubiese sido recibida sin intereses.

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA POLIZA

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

1. Los Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros
2. Las Condiciones Particulares
3. Las Condiciones Generales
4. Las Cláusulas Adicionales
5. La Solicitud del Seguro.

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

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

Las partes contratantes, así como aquellos Asegurados que se incorporen al presente seguro y sus respectivos beneficiarios, se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza y a las disposiciones contenidas en la Ley del Contrato de Seguros y sus normas modificatorias, sustitutorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

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

Toda declaración falsa, inexacta o reticente formulada por el Contratante y/o el Asegurado, que de haber sido conocida por la Compañía hubiera impedido la celebración del contrato o la afiliación del Asegurado al presente seguro o modificado las condiciones de dichos actos, determina la nulidad del contrato o de la afiliación, según corresponda, si media dolo o culpa inexcusable. En dichos supuestos el Contratante, el Asegurado y/o los beneficiarios carecerán de todo derecho a indemnización bajo la póliza, quedando la Compañía liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo indicado en el siguiente párrafo.

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

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

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

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

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

- (ii) Si la constatación de la declaración inexacta o reticente es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la póliza, **la Compañía reducirá la suma asegurada a pagar en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. En este sentido, la suma asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no era asegurable no existirá suma asegurada a pagar.**

SEXTA: INDISPUTABILIDAD

El presente seguro será indisputable respecto de cada Asegurado una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contado desde la fecha de inicio de vigencia que figura en el Certificado de Seguro correspondiente, salvo en caso de dolo o fraude en perjuicio de la Compañía.

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

SÉPTIMA: EDAD

Podrá ingresar como Asegurado bajo la presente póliza cualquier trabajador dependiente del Contratante no supere la "Edad Máxima de Ingreso" indicada en las Condiciones Particulares a la fecha de presentación de su solicitud de seguro, pudiendo permanecer como Asegurado sólo hasta la "Edad Máxima de Permanencia".

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

Si se comprobase que el Asegurado era mayor de sesenta y cuatro (64) años de edad al momento de presentar su solicitud de seguro, su cobertura quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Contratante el valor de las primas pagadas respecto de dicho Asegurado, sin intereses, menos los gastos administrativos incurridos.

OCTAVA: INICIO DE VIGENCIA

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

La cobertura otorgada a cada Asegurado, en virtud de esta póliza, empezará a las cero horas del primer día del mes en que éste hubiera sido incluido por primera vez como Asegurado en la declaración de planillas presentada por el Contratante y aprobada por la Compañía, previo pago de la prima correspondiente; y, se mantendrá vigente mientras concurren las siguientes circunstancias: **(i)** la póliza se mantenga vigente; **(ii)** el Asegurado siga perteneciendo a la planilla del Contratante; **(iii)** el Contratante lo continúe incluyendo en su declaración de planillas; **(iv)** el Contratante continúe efectuando el pago de la prima correspondiente al Asegurado en la forma y plazos establecidos; **(v)** el Asegurado no supere los sesenta y cinco (65) años de edad; y, **(vi)** no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y/o nulidad del seguro establecidos en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Terminación de la Cobertura".

NOVENA: RENOVACIÓN DEL SEGURO

La póliza será emitida con vigencia anual. Transcurrido este periodo la póliza se renovará en forma automática por periodos anuales y bajo las mismas condiciones, siempre que el Contratante pague la prima en el aniversario de expedición de esta póliza, o dentro de los treinta (30) días siguientes, el monto total de la prima que corresponda.

No procederá la renovación de la presente póliza, si el Contratante o la Compañía comunican su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al aniversario de la póliza correspondiente.

El monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. El Contratante tendrá un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

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

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

DÉCIMA: CAMBIOS EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

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

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

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

DÉCIMO PRIMERA: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

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

DÉCIMO SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA – VIDA PRINCIPAL

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la presente cobertura, sea en territorio nacional o internacional, la Compañía pagará a los Beneficiarios la suma asegurada establecida en las

Condiciones Particulares siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de póliza.

DÉCIMO TERCERA: DECLARACIÓN DE PLANILLAS Y PAGO DE PRIMAS

Dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes de cobertura, el Contratante deberá presentar en las oficinas de la Compañía la declaración de planillas con la información nominativa de los Asegurados, indicando nombre y apellido, documento de identidad, fecha de nacimiento y sexo, así como la suma total de remuneraciones mensuales asegurables, de acuerdo con el detalle que le será indicado por la Compañía en las **Condiciones Particulares**. Los ingresos de nuevos trabajadores durante el mes de cobertura deberán ser declarados en el plazo antes indicado o de manera inmediata hasta el último día hábil del mes de cobertura, si hubiese transcurrido el plazo para efectuar la declaración de planilla.

La Compañía calculará la prima aplicando a la remuneración mensual asegurable declarada por el Contratante, la tasa que corresponda a cada categoría de Asegurado, dependiendo de su calificación como empleado u obrero. La(s) tasa(s) y la forma de pago de la prima se establecen en las **Condiciones Particulares** de la póliza, y podrán ser modificadas por acuerdo de las partes o en la renovación del seguro.

La Compañía emitirá y hará llegar al Contratante la liquidación de primas correspondiente, dentro de los cinco (5) días siguientes de recibida la declaración de planillas. La prima liquidada deberá ser cancelada hasta el último día hábil del mes al que corresponde la cobertura (fecha de vencimiento de pago), sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, en la forma indicada en las **Condiciones Particulares**. **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.**

Se deja expresa constancia que la falta de presentación de la declaración de planillas en la forma y plazos establecidos por parte del Contratante, impedirá la liquidación de la prima correspondiente y, por ende, el incumplimiento del pago de la prima a consecuencia de ello, será atribuible al Contratante, aplicándose las disposiciones contenidas en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consecuencias del Incumplimiento de Pago de Primas".

Asimismo, en caso que cualquier prima o fracción de prima no pudiese ser pagada en la forma y plazos acordados, será de aplicación lo dispuesto en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consecuencias del Incumplimiento de Pago de Primas".

DÉCIMO CUARTA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS

En caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las **Condiciones Particulares**, la Compañía comunicará al Contratante que, en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro del plazo que le informe, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. **La Compañía no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.**

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

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, la Compañía podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará 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 para el pago de la prima adeudada, **se entiende que el contrato de 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 o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia del envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación.

DÉCIMO QUINTA: REHABILITACIÓN

El Contratante podrá solicitar a la Compañía la rehabilitación de su póliza, en caso ésta 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 SEXTA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE Y DESAFILIACIÓN DEL ASEGURADO

El Contratante, en cualquier momento, podrá solicitar la resolución de la presente póliza, previa comunicación escrita con por lo menos treinta (30) días de anticipación, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la notificación de la respectiva solicitud (fecha de resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza respecto de la totalidad de Asegurados incorporados a la misma. **La comunicación de resolución de la póliza deberá adjuntar copia del RUC del Contratante y DNI de su representante legal.**

En dicho supuesto, el Contratante comunicará a los Asegurados incorporados a la presente póliza, con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de resolución, su decisión de resolver el contrato de seguro y que como consecuencia de ello terminará la cobertura otorgada a los Asegurados.

Asimismo, se deja expresa constancia que el Asegurado, en cualquier momento, podrá solicitar su desafiliación al seguro (resolución respecto de sus coberturas), quedando sin efecto las coberturas otorgadas al amparo de la presente póliza respecto de dicho Asegurado a partir de las 23:59 horas del último día calendario del mes en el que se realice la respectiva solicitud (fecha efectiva de la desafiliación) y extinguiéndose a dicha fecha todos los

derechos y obligaciones de la presente póliza respecto del Asegurado solicitante. **A efectos de verificar la identidad del Asegurado, se deberá adjuntar a la solicitud de desafiliación copia del DNI del Asegurado.**

Se deja expresa constancia que cualquier prima que, por error o debido al corto periodo que medie entre la solicitud y la fecha efectiva de la desafiliación, fuese cobrada de manera posterior a la fecha de la desafiliación del Asegurado, únicamente generará la obligación de devolución de la prima cobrada en exceso sin intereses ni responsabilidad ulterior. En tal sentido, la Compañía no asumirá responsabilidad alguna por los siniestros ocurridos con posterioridad a dicha fecha.

DÉCIMO SÉPTIMA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente póliza se resolverá en los siguientes supuestos:

1. Por solicitud escrita del Contratante efectuada de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “De los Documentos – Derecho de Arrepentimiento” o de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la presente póliza titulada: “Resolución de la Póliza por Parte del Contratante y Desafiliación del Asegurado”.
2. Por falta de pago de primas de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales de la presente póliza titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.

Asimismo, la presente póliza se extinguirá al finalizar su periodo de vigencia si cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Novena de las Condiciones Generales de la presente póliza titulada: “Renovación del Seguro”.

Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados incorporados a la misma y la Compañía quedará liberada de toda obligación indemnizatoria derivada del presente contrato. El Contratante, en su calidad de empleador de los Asegurados, se compromete a comunicar la terminación de la cobertura del presente seguro a cada Asegurado.

Adicionalmente, la cobertura se resolverá respecto de cada Asegurado en cualquiera de los siguientes supuestos:

1. Por la presentación de una solicitud de desafiliación, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales de la presente póliza titulada: “Resolución de la Póliza por Parte del Contratante y Desafiliación del Asegurado”; o,
2. Por la presentación de una solicitud de cobertura fraudulenta de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Solicitud de Cobertura Fraudulenta”.

De igual forma, la cobertura se extinguirá respecto de cada Asegurado ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

1. Fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los beneficiarios estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, la cual será evaluada de conformidad con los términos y condiciones de la presente póliza;
2. Cese o término de la relación laboral del Asegurado con el Contratante; y,
3. Cuando el Asegurado cumpla la edad de sesenta y seis (66) años.

Se deja expresa constancia que, como consecuencia del término de la cobertura por cualquiera de los supuestos de resolución o extinción antes indicados, los Beneficiarios del Asegurado implicado perderán todo derecho indemnizatorio derivado de la presente póliza y la Compañía quedará liberada en caso el referido Asegurado sufriese un siniestro. Sin perjuicio de ello, queda expresamente convenido que, en caso de haberse contratado una frecuencia de pago mayor a la mensual (ya sea semestral o anual) y la resolución o extinción de la póliza se

produjese antes de transcurridos la totalidad de los meses del periodo efectivamente pagado; la Compañía, cuando corresponda, devolverá al Contratante la parte proporcional de la prima por los meses completos no transcurridos.

Además de las causales de resolución o extinción antes indicadas, se deja expresa constancia que el seguro será nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante y/o el Asegurado incurren en declaración falsa, inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado"; o, si se comprobare que el Asegurado superaba la "Edad Máxima de Ingreso" a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad".

DÉCIMO OCTAVA: EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

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

- a) **Enfermedad o dolencia preexistente a la afiliación del Asegurado, según la definición de la Cláusula Primera de las Condiciones Generales de la presente póliza titulada: "Definiciones".**
- b) **Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo que la afiliación a la póliza haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.**
- c) **Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en avión operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.**
- d) **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 Asegurado.**
- e) **Participación del Asegurado como sujeto activo en acto delictuoso o empresa criminal, o por aplicación legítima de la pena de muerte.**
- f) **Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.**
- g) **Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, conmoción contra el orden público, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.**
- h) **La práctica o participación de los siguientes deportes peligrosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, parapente, canotaje, rafting, saltos ornamentales, paracaidismo, cacería con armas de fuego, boxeo y artes marciales; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deportes de velocidad como: carreras de automóviles, lanchas, motocicletas o carreras de caballo.**
- i) **SIDA/VIH.**
- j) **El uso de alucinógenos, drogas y/o estupefacientes.**
- k) **Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos-litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo en el acontecimiento que produjo su deceso.**

- I) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

DÉCIMO NOVENA: BENEFICIARIOS

Son beneficiarios de las coberturas otorgadas en virtud de la presente póliza las personas designadas por el Asegurado en la solicitud de seguro o en documento posterior con firma legalizada presentado a la Compañía o al Contratante; sin embargo, se deja expresa constancia que la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad en caso de pagar la indemnización correspondiente a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando la designación.

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

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

VIGÉSIMA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

El Contratante y/o los beneficiarios deberán presentar la solicitud de cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro o a la fecha en la cual toman conocimiento de la existencia del beneficio directamente al domicilio físico de la Compañía. Asimismo, se deberá presentar el original o copia certificada notarialmente de los siguientes documentos:

En caso de Muerte Natural	En caso de Muerte Accidental
1. Partida o acta de defunción completa.	1. Partida o acta de defunción completa.
2. Certificado médico de defunción completo.	2. Certificado médico de defunción completo.
3. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía)	3. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía)
4. Documento de Identidad o Partida de Nacimiento del Asegurado.	4. Documento de Identidad o Partida de Nacimiento del Asegurado.
5. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada	5. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y Fedateada
	6. Protocolo de necropsia completo.
	7. Atestado o Informe Policial completo o Carpeta Fiscal.
	8. Resultado completo de los exámenes de dosaje étílico y toxicológico

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

Asimismo, se proporcionará a la Compañía cualquier información que, dentro del plazo de veinte (20) días de completada la información antes listada, solicite la Compañía para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. Hasta que los beneficiarios cumplan con proporcionar la información y/o documentación solicitada por la Compañía se suspenderá el plazo para considerar un siniestro consentido, el cual se reanudará al día siguiente de completada toda la documentación adicional que sea requerida por la Compañía.

En los casos en los que exista un procedimiento judicial, administrativo o arbitral en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa la cobertura del siniestro o el derecho de los beneficiarios, la Compañía podrá supeditar la decisión de la cobertura del siniestro o el pago del beneficio a la conclusión en última instancia del proceso respectivo, requiriendo copia de la sentencia definitiva consentida. Lo antes expuesto no afecta el derecho de la Compañía de apersonarse al proceso.

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

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

VIGÉSIMO PRIMERA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

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

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta generará la resolución del seguro, respecto del Asegurado cuya cobertura es objeto de fraude. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará su decisión de resolver el seguro en virtud de la presente cláusula. Dicha comunicación podrá ser remitida a través de los medios y

dirección acordados en la presente póliza o consignados por el Asegurado en la solicitud de seguro. En caso dichos datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a la Compañía, ésta quedará liberada de toda obligación.

VIGÉSIMO SEGUNDA: PAGO DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

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

VIGÉSIMO TERCERA: 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 CUARTA: DOMICILIO

Las partes señalan como su domicilio contractual la dirección física y la dirección electrónica consignadas 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. 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.**

VIGÉSIMO QUINTA: PRESCRIPCION

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 de acuerdo con lo establecido en el Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.

Cumplido el plazo de prescripción sin que el Contratante, el Asegurado o los Beneficiarios, según corresponda, hubieran solicitado la cobertura o el cumplimiento de cualquier obligación derivada de esta póliza, la Compañía

quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado y de toda obligación derivada de la misma, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

VIGÉSIMO SEXTA: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda discrepancia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado y/o los Beneficiarios o herederos del Asegurado, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la validez, interpretación de los términos del presente contrato de seguro, de la responsabilidad u obligación de la Compañía o por cualquier otra causa, será resuelta de conformidad con lo establecido en la Cláusula Adicional de “Mecanismo de Solución de Controversias” que forma parte integrante del presente contrato de seguro.

VIGÉSIMO SÉPTIMA: MONEDA DEL CONTRATO

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

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

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

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