

Seguro de Vida

Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Vida

Índice

Introducción

1. Definiciones
2. Objeto del contrato de seguro
3. Bases del contrato
4. Nulidad del contrato de seguro y/o Certificado de Seguro
5. Reticencia y/o Declaración Inexacta No Dolosa
6. Declaración Inexacta de la Edad
7. Indisputabilidad
8. Duplicidad de Póliza
9. Diferencias entre la propuesta y la póliza – observación de la póliza
10. Derecho de arrepentimiento
11. Vigencia y renovación
12. Modificación de las condiciones contractuales
13. Agravación del Riesgo
14. Terminación del Seguro
15. Prima y pago
16. Efectos del incumplimiento del pago de las primas – suspensión de la cobertura y resolución del contrato
17. Rehabilitación
18. Resolución del contrato de seguro
19. Beneficiarios
20. Indemnización de los siniestros
21. Solicitud de Cobertura Fraudulenta
22. Reducción de la suma asegurada y/o beneficio máximo anual
23. Atención de reclamos
24. Mecanismo de solución de controversias
25. Defensoría del asegurado
26. Moneda
27. Tributos
28. Domicilio
29. Prescripción
30. Registro nacional de información de contratos de seguros de vida y de accidentes
31. Ley del contrato de seguro y normas reglamentarias

Introducción

De conformidad con las declaraciones del Contratante y/o Asegurado contenidas en la Solicitud del Seguro, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo estipulado en las Cláusulas Generales de Contratación, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos y anexos que se adhieren a esta Póliza, Chubb Seguros Perú S.A., en adelante la COMPAÑÍA, conviene en amparar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, contra los riesgos que son objeto de cobertura de la presente póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Artículo 1° Definiciones

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

Asegurado: Titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro.

Beneficiario: Persona designada en la póliza por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establece.

Certificado de Seguro: Documento que se emite en el caso de seguros de grupo o colectivo, vinculado a una póliza de seguro determinada.

Cláusulas Adicionales: Condiciones especiales accesorias a una o más pólizas que permiten extender o ampliar las coberturas comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplado o expresamente excluidos.

Compañía: Chubb Seguros Perú S.A.

Cláusulas Generales de Contratación: Documento que contiene los términos generales de contratación de aplicación común a todo contrato de seguro de vida que celebre la Compañía.

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por la Compañía para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza del seguro.

Condiciones Particulares: Estipulaciones del Contrato de Seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y del beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otras condiciones de aseguramiento.

Condiciones Especiales: Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar y en general modificar el contenido o efectos de las condiciones generales o particulares.

Contratante: Es la persona que suscribe la póliza con la Compañía y generalmente la obligada al pago de la prima. Es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos que requiere asegurar, y el único que puede solicitar modificaciones a la póliza, en caso de pólizas grupales.

Contrato de Seguro: Acuerdo de voluntades por el que la Compañía mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, se obliga a indemnizar dentro de los límites pactados el daño producido al Beneficiario o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas. El contrato de seguro está compuesto por las Cláusulas Generales de Contratación, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales y Endosos, de ser el caso.

Convenio de Pago: Documento en el que consta el compromiso por parte del Contratante y/o Asegurado de pagar la prima en la forma y plazos convenidos con la Compañía, de ser el caso

Declaración de Salud: Es el cuestionario que el Contratante y/o Asegurado completa al momento de solicitarse el seguro, en el cual manifiesta si él y sus dependientes padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio del seguro. Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a la Compañía adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo; por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas pueden determinar el rechazo de la solicitud de cobertura y/o la nulidad de la póliza, o la modificación de la misma. La Compañía se reserva el derecho de asegurar a las personas de acuerdo a sus políticas de suscripción.

Dependiente: Familiar que vive y depende económicamente del ASEGURADO.

Endoso: Documento que se adhiere con posterioridad a la póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la compañía y el contratante, según corresponda.

Exclusiones: Son las causas, circunstancias, condiciones o hechos exceptuados de cobertura y que se encuentran expresamente indicados en la póliza en caracteres destacados.

Fraccionamiento de Primas: Constituye la facilidad de pago que otorga la Compañía, mediante la cual se permite al CONTRATANTE y/o ASEGURADO pagar la prima correspondiente al período de vigencia de la póliza, en cuotas periódicas, según los términos acordados en el Convenio de Pago, de ser el caso.

Inicio de Vigencia: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujetos a los períodos de carencia establecidos en la póliza, cuando correspondan.

Interés Asegurable: Interés económico lícito que debe tener el Contratante y/o Asegurado de que no se produzca el siniestro.

Período de Carencia: Período de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la póliza o el certificado de seguro y aquella en que entra en vigor la cobertura.

Período de Rehabilitación: Período de tiempo dentro del cual el CONTRATANTE y/o ASEGURADO puede solicitar a la Compañía la rehabilitación de la póliza cuyas coberturas se encuentran suspendidas por falta de pago. El período de rehabilitación se cuenta a partir de la fecha de suspensión de la cobertura y termina cuando la Compañía comunica al CONTRATANTE y/o ASEGURADO la resolución del contrato.

Póliza: Documento en el que consta el Contrato de Seguro, del que forman parte también la Solicitud del Seguro y la Declaración de Salud, documentos que contienen declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con ocasión de la contratación del seguro, y el Certificado de Seguro, en caso de seguros de grupo o colectivos.

Pre-existencia: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

Prima: Es el precio que la Compañía establece por la cobertura otorgada.

Prima Devengada: Es la fracción de la prima correspondiente al período transcurrido desde que la empresa de seguros ha brindado cobertura, de acuerdo con las condiciones establecidas en la póliza.

Rehabilitación: Derecho de volver a poner vigente una póliza de seguro cuyas coberturas se encontraban suspendidas por falta de pago, siempre que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según sea el caso, lo solicite y que pague las cuotas vencidas.

Solicitud de Seguro: Documento en el cual el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicita la cobertura del seguro para él y/o sus dependientes (de ser el caso), la cual eventualmente incluye la respectiva Declaración de Salud que necesariamente debe ser suscrita tanto por el Contratante como por el Asegurado, cuando se trate de persona distinta al Contratante; salvo en el caso de contratos comercializados a distancia, en tanto el marco regulatorio permita su comercialización a través de esta modalidad.

Suma Asegurada: Es la suma, importe, monto o valor que el Contratante y/o Asegurado determina y fija para el contrato de seguro y representa el valor máximo por el cual la Compañía se responsabiliza para el pago de la

indemnización en caso de siniestro. Cuando se mencione que la suma o valor asegurado es un límite agregado anual, significará que es el monto máximo que la Compañía indemnizará por uno o varios siniestros, dentro del plazo de vigencia contratado.

Artículo 2° Objeto del Contrato de Seguro

En virtud del presente contrato de seguro, la COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de la prima estipulada y dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares a satisfacer al beneficiario un capital, una renta u otras prestaciones convenidas en el caso de muerte o de supervivencia del ASEGURADO hasta el límite de la suma asegurada y/o valor máximo anual que figura en las Condiciones Particulares, con sujeción a los términos de la Solicitud de Seguro, estas Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Condiciones Especiales, Endosos y anexos que hubiere, así como los demás documentos que formen parte en forma conjunta e indivisible del contrato de seguro.

Artículo 3° Bases del Contrato

3.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO está obligado a declarar a la COMPAÑÍA en la Solicitud de Seguro, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias preguntadas, debido a que influyen en la voluntad de la COMPAÑÍA para la fijación de la prima o la aceptación o rechazo del riesgo. La exactitud de estas declaraciones constituye la base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la póliza para la COMPAÑÍA.

3.2 En caso de producirse discrepancias, las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares y estas prevalecen sobre las Condiciones Generales. Las Condiciones Generales prevalecen sobre las Cláusulas Generales de Contratación.

3.3 La Póliza y sus endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA.

El contrato de seguro se inicia con la aprobación por parte de la COMPAÑÍA de la solicitud de seguro presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca algo diferente.

3.4 Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados por cualquiera de los medios de comunicación pactados con el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, esto es: comunicaciones enviadas al domicilio físico, electrónico, o comunicaciones telefónicas (las cuáles solo se podrán aplicar en caso que no se haya previsto normativamente una formalidad para la comunicación), entre otros, según corresponda. Los mecanismos se señalarán en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3.5 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado a realizar en su nombre y representación todos los actos de administración vinculados a sus intereses en la Póliza.

3.6 Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y la COMPAÑÍA surten todos sus efectos en relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la ley vigente.

3.7 En caso que la COMPAÑÍA comercialice el seguro a través de un comercializador, queda establecido que las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, por aspectos relacionados con el contrato de seguro, así como los pagos efectuados al COMERCIALIZADOR, tendrán el mismo efecto que si se hubieren dirigido a la COMPAÑÍA.

3.8 En caso el CONTRATANTE y ASEGURADO sean personas distintas, se requiere el consentimiento del ASEGURADO, dado por escrito, para la celebración del contrato. Se precisa que el ASEGURADO puede revocar por escrito, su consentimiento, en cualquier momento. En dicho supuesto, el contrato quedará resuelto desde la fecha de recepción del documento por el

cual el ASEGURADO manifiesta su revocación. El CONTRATANTE tiene derecho a recibir la devolución de la prima no devengada.

Artículo 4° Nulidad del Contrato de Seguro y/o Certificado de Seguro

4.1 Será nulo el Contrato de Seguro y/o Certificado de Seguro por:

a) Ausencia de interés asegurable

Actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o del certificado de seguro, al inicio de sus efectos.

b) Inexistencia del Riesgo

Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

c) Reticencia y/o declaración inexacta dolosa

De circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, que hubiese impedido el contrato y/o certificado de seguro, modificado sus condiciones, si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, en tanto haya sido efectuado con dolo o culpa inexcusable.

Para este caso, la COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que la COMPAÑÍA toma conocimiento de la reticencia o declaración inexacta. A tal efecto, el pronunciamiento de la COMPAÑÍA debe ser notificado por medio fehaciente.

Cabe precisar que se consideran dolosas aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO que fueron materia de una pregunta y respuesta expresa en la Solicitud de Seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

d) Declaración inexacta de la edad al momento de la entrada en vigencia del seguro, según lo establecido en el Artículo 6° siguiente.

Efectos sobre la prima

En caso de nulidad de la Póliza o del Certificado de Seguro por las causales descritas en los literales a), b) y d) la COMPAÑÍA devolverá el importe de las primas pagadas establecido en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda, en el plazo de quince (15) días de producida la nulidad, ya sea en efectivo o mediante abono en la cuenta bancaria que le proporcione el CONTRATANTE y/o ASEGURADO. En el caso del numeral c) las primas pagadas quedan adquiridas por la COMPAÑÍA para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

4.2. Pérdida de Derechos Indemnizatorios

Desde el momento en que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurre en alguna de las causales de nulidad del contrato de seguro, devienen en ineficaces todos los derechos y beneficios pactados en la Póliza a su favor y caducan automáticamente los que pudieran haberse generado. EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO por tanto, perderá automáticamente todo derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza.

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ya hubiera cobrado la indemnización por algún siniestro o gozado de algún otro beneficio emanado de la Póliza, quedará automáticamente obligado frente a la COMPAÑÍA a devolver lo indebidamente percibido, conjuntamente con los intereses legales.

Artículo 5° Reticencia y/o Declaración Inexacta No Dolosa

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

a) 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 ajuste de primas y/o en la 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 ajuste de la prima se pagará según lo acordado. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la COMPAÑÍA podrá resolver la póliza mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE y/o ASEGURADO en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo anterior. Corresponden a la COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

b) Si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta es posterior a la ocurrencia de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la póliza, la COMPAÑÍA reducirá la indemnización a pagar en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la prima que hubieses sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo.

Artículo 6° Declaración Inexacta de la Edad

6.1 La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO acarrea la nulidad del contrato, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada.

6.2 Si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la COMPAÑÍA se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la COMPAÑÍA está obligada a restituir el exceso de la prima percibida, sin intereses.

Artículo 7° Indisputabilidad

Una vez transcurridos dos (02) años desde la celebración del contrato, la COMPAÑÍA no podrá invocar la reticencia o falsa declaración, excepto cuando es dolosa.

Artículo 8° Duplicidad de Pólizas

Salvo disposición contraria en las Condiciones Particulares, el ASEGURADO no podrá tener contratado más de un seguro de este producto. En caso de que cuente con más de una cobertura de este seguro la COMPAÑÍA considerará que dicho ASEGURADO está cubierto bajo la cobertura que proporcione el mayor beneficio. Cuando las coberturas contratadas sean idénticas, la COMPAÑÍA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO la prima del seguro duplicado.

Artículo 9° Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza – Observación de la Póliza

9.1 Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta y/u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE si éste no formula reclamo u oposición dentro de los treinta (30) días calendario siguientes de recibida la Póliza.

No obstante lo anterior, la aceptación indicada en el párrafo precedente se presume solo si la COMPAÑÍA advirtió al CONTRATANTE, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días calendario para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida

por la COMPAÑÍA, se considerarán las diferencias como no escritas, excepto cuando éstas sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

9.2 Si el CONTRATANTE formula el reclamo u oposición a que se refiere el numeral anterior, se requerirá el consentimiento de la COMPAÑÍA para mantener los términos de la propuesta y/u oferta. Si la COMPAÑÍA no atiende el reclamo u oposición en el plazo de quince (15) días calendario de haber recibido la misma, cuando afecte la finalidad económico-jurídica del contrato, se resolverá la póliza, en cuyo caso se deberá proceder a la devolución de la prima. Para realizar la devolución antes mencionada, la COMPAÑÍA enviará una comunicación al domicilio o correo electrónico del CONTRATANTE en el transcurso de treinta (30) días a partir del vencimiento del plazo indicado en el párrafo anterior, comunicándole la resolución de la póliza, el procedimiento para la devolución de la prima y la fecha en la cual podrá cobrar dicho monto.

9.3 La eliminación o el rechazo de las diferencias no afectan la eficacia del contrato en lo restante, salvo que comprometan la finalidad económico-jurídica del contrato.

Artículo 10° Derecho de Arrepentimiento

Si la Póliza o el Certificado de Seguro han sido ofertados por comercializadores de la COMPAÑÍA, o a través de Sistemas de Comercialización a distancia, o mediante bancaseguros, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación del contrato o del certificado de seguro, según corresponda, sin necesidad de expresión de causa ni penalidad alguna.

El derecho de arrepentimiento se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o nota de cobertura provisional en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales, siempre que las mismas no sean condición para contratar operaciones crediticias. En los casos precedentes, corresponde a la COMPAÑÍA la devolución total de la prima recibida.

Para estos fines, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO que quiera ejercer su derecho de arrepentimiento podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro o certificado de seguro, según corresponda. Cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ejerzan su derecho de arrepentimiento, la devolución de la prima se realizará en la forma indicada por éstos, y en un plazo máximo de treinta (30) días computados desde la solicitud.

Artículo 11° Vigencia y Renovación

11.1 De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual 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 cuota o de la cuota anual 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.

11.2 La presente Póliza inicia su vigencia y expira a las doce (12) del mediodía, en las fechas señaladas en las Condiciones Particulares.

11.3 La renovación del contrato de seguro es automática por periodos iguales con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza. En este caso no se emitirá una nueva Póliza ya que la existente constituye evidencia de la validez de la cobertura, salvo que la COMPAÑÍA renueve la Póliza en

condiciones distintas a las de la cobertura anterior, en cuyo caso se seguirá el procedimiento de modificación establecido en estas condiciones.

Artículo 12° Modificación de Condiciones Contractuales

12.1 DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los treinta (30) días calendario siguientes contados desde que recibió la comunicación.

EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato, en cuyo caso no procede su modificación hasta el fin de la vigencia del contrato.

En los seguros grupales, la COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

12.2 AL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE VIGENCIA

La COMPAÑÍA podrá modificar los términos y condiciones de la Póliza, incluyendo el monto de la prima, para lo cual deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días calendario previos al vencimiento del contrato para manifestar por escrito su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑÍA. En este último caso, la COMPAÑÍA emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

En el caso de seguros grupales la COMPAÑÍA deberá proporcionar la documentación suficiente al CONTRATANTE y esta deberá poner en conocimiento de los asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Artículo 13° Agravación del Riesgo

El seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del ASEGURADO que éste no conociera al momento de la celebración del contrato.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en su caso, deben notificar por escrito a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por ella al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebrarían o lo harían en condiciones más gravosas.

Comunicada a la COMPAÑÍA la agravación del riesgo, esta debe manifestar al contratante en el plazo de quince (15) días su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo.

Mientras la COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación continúan vigentes las condiciones del contrato original. Cuando la COMPAÑÍA opte por resolver el contrato tiene derecho a percibir la prima

proporcional al tiempo transcurrido.

Si no se le comunica oportunamente, tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Si se omite comunicar la agravación, la COMPAÑÍA queda liberada de su prestación si el siniestro se produce mientras subsista la agravación del riesgo, excepto que:

- a) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable
- b) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo del asegurador.
- c) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato en el plazo previsto en el artículo 61° de la Ley N° 29946
- d) La COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos a), b) y c) la COMPAÑÍA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al contratante de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

Artículo 14° Terminación del Seguro

El contrato o el certificado de seguro terminará cuando suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Al fallecimiento del mismo CONTRATANTE y/o ASEGURADO, respectivamente.
- b) Al cumplir el ASEGURADO la edad límite de permanencia, de ser aplicable por el tipo de seguro.

Artículo 15° Prima y Pago

15.1 La prima podrá actualizarse cada año, o con la frecuencia que se indique en las Condiciones Particulares, sobre la base de la edad del ASEGURADO y/o de la siniestralidad del programa, así como de los demás criterios de actualización que se señalen en las Condiciones Particulares de la Póliza, de ser el caso. Asimismo podrán modificarse los deducibles que se establezcan. Cualquier variación deberá ser comunicada al ASEGURADO siguiendo el procedimiento establecido en la cláusula sobre Modificación de Condiciones Contractuales, de este condicionado.

15.2 El pago de la prima sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que la COMPAÑÍA o la entidad financiera autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente. .

15.3 Si las partes convinieran en el pago de la prima en forma fraccionada, suscribirán el correspondiente Convenio de Pago y la COMPAÑÍA tendrá derecho a percibir los intereses pactados o en su defecto el interés de ley, señalando la TCEA que corresponda. Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos, no pudiendo el plazo para el pago de la última cuota de la prima exceder a la vigencia de la póliza. Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el periodo de cobertura.

15.4 Los corredores de seguros, salvo expresa autorización con sujeción a ley, están prohibidos de cobrar primas y/o extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de la COMPAÑÍA. El pago hecho por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al corredor de seguros se tiene por no efectuado, mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente a la COMPAÑÍA o a la entidad financiera autorizada.

15.5 Los cheques y otras órdenes de pago sólo surtirán efecto cancelatorio a partir del día efectivo de pago de dichos documentos.

15.6 La COMPAÑÍA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondientes a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o beneficiario del seguro en caso de siniestro. En caso de siniestro total que deba ser indemnizado, la prima se

entenderá totalmente devengada debiendo la COMPAÑÍA imputarla al pago de la indemnización correspondiente.

Artículo 16° Efectos del Incumplimiento de Pago de las Primas – Suspensión de la Cobertura y Resolución del Contrato y/o Certificado de Seguro

16.1 Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del seguro se suspenderá automáticamente una vez que hayan transcurrido treinta (30) días calendario desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

Para tal efecto, antes del vencimiento de dicho plazo, la COMPAÑÍA comunicará de manera cierta al CONTRATANTE y/o ASEGURADO a través de los medios y en la dirección previamente acordados, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como le indicará el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La COMPAÑÍA no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantiene suspendida.

16.2 La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato o del certificado de seguro, según corresponda.

16.3 En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida por el incumplimiento en el pago de primas, la COMPAÑÍA puede optar por la resolución del contrato o del certificado de seguro, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. El contrato de seguro y/o certificado de seguro se considera resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO reciba una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión.

16.4 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, se entiende que el contrato queda extinguido.

Artículo 17° Rehabilitación

17.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar la rehabilitación de la cobertura de seguro, durante el periodo de suspensión. La rehabilitación se aplica hacia el futuro y requiere el pago total de las cuotas vencidas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancelan las cuotas vencidas. La rehabilitación no procede si la COMPAÑÍA expresó oportunamente por escrito su decisión de resolver el contrato.

17.2 La rehabilitación no altera los vencimientos de las cuotas sucesivas ni el término del seguro ni concede derecho al CONTRATANTE y/o ASEGURADO a solicitar la reducción de la prima en la proporción correspondiente al periodo en que estuvo suspendida.

17.3 La COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantuvo suspendida.

Artículo 18° Resolución del Contrato de Seguro y/o Certificado de Seguro

El contrato de seguro y/o certificado de seguro podrá resolverse:

18.1 Sin Expresión de Causa

El CONTRATANTE en cualquier momento podrá solicitar la resolución del contrato, lo cual deberá realizarse por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, con una anticipación de treinta (30) días calendario, utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. En los seguros grupales, igual derecho tiene el ASEGURADO para desvincularse del contrato resolviendo el certificado de seguro, siguiendo el mismo procedimiento señalado.

En el caso que el CONTRATANTE sea una persona distinta al ASEGURADO, será el obligado de comunicarle su decisión de resolver el contrato, debiendo informar a la COMPAÑÍA por cualquier medio escrito que cumplió con dicha comunicación. Igual obligación tendrá el CONTRATANTE de una póliza grupal respecto de los asegurados de la Póliza.

Efecto sobre las primas:

La COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido y tiene obligación de devolverla en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto), en cuyo caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO según sea el caso, deberá solicitarlo a la COMPAÑÍA por escrito, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Póliza, teniendo la COMPAÑÍA un plazo de quince (15) días para efectuar la devolución.

18.2 Por incumplimiento de las siguientes cargas u obligaciones:

- a) Falta de pago de prima.**
- b) Por agravación del riesgo, con excepción de lo estipulado en el artículo AGRAVACIÓN DEL RIESGO.**
- c) Por fraude en la presentación de la solicitud de cobertura.**

Los alcances de las causales a) y c) se encuentran señalados en los artículos sobre EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LAS PRIMAS – SUSPENSION, RESOLUCION DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO, INDEMNIZACION DE LOS SINIESTROS y SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA, de este condicionado, respectivamente. En cualquiera de estos casos se seguirá el procedimiento de comunicación que establece cada artículo de este condicionado que trata sobre las causales señaladas.

El alcance sobre la causal b) se encuentra señalado en el artículo sobre AGRAVACION DEL RIESGO de estas Cláusulas Generales de Contratación, donde también constan los efectos sobre las primas. La resolución por este supuesto se dará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al CONTRATANTE y siempre que se haya hecho dentro de los quince (15) días siguientes de haber tomado conocimiento la COMPAÑÍA de la agravación del riesgo.

En los seguros grupales, el CONTRATANTE es el obligado a comunicar sobre la resolución del contrato o del certificado de seguro a los asegurados de la póliza, entregando la comunicación escrita que a tal efecto le proporcionará la COMPAÑÍA. El CONTRATANTE deberá dejar constancia escrita ante la COMPAÑÍA que cumplió con efectuar la referida comunicación.

Efectos sobre las primas:

En el supuesto del literal a) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. En el supuesto del literal b) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. En el supuesto del literal c) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Asimismo, la COMPAÑÍA tiene obligación de devolver la prima, en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto), en cuyo caso la COMPAÑÍA tendrá un plazo de quince (15)

días para efectuar la devolución. En tales casos, el CONTRATANTE no deberá efectuar gestión alguna y la prima le será devuelta en el mismo plazo antes señalado

18.3 Si el CONTRATANTE rechaza la propuesta de reajuste de la prima o la suma asegurada que le efectúe la COMPAÑÍA en caso haya detectado reticencia y/o declaración inexacta no dolosa en sus declaraciones al momento de solicitar el seguro.

La COMPAÑÍA podrá resolver el contrato mediante comunicación dirigida al CONTRATANTE en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado para que el CONTRATANTE se pronuncie por la aceptación o el rechazo.

Efecto sobre las primas:

En este supuesto corresponden a la COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que efectuó la resolución.

Asimismo, la COMPAÑÍA tiene obligación de devolver la prima, en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto), teniendo la COMPAÑÍA un plazo de quince (15) días para efectuar la devolución. En tales casos, el CONTRATANTE no deberá efectuar gestión alguna y la prima le será devuelta en el plazo antes señalado.

18.4 Si no existe acuerdo entre las partes sobre las Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza, o si la COMPAÑÍA no atiende el reclamo u oposición del CONTRATANTE respecto de las diferencias entre la propuesta u oferta y la Póliza en un plazo máximo de quince (15) días calendario de haber recibido la misma, de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 9.2 del Artículo 9° del presente documento.

Efectos sobre las primas:

LA COMPAÑÍA enviará una comunicación al domicilio o correo electrónico del CONTRATANTE en el transcurso de treinta (30) días a partir del vencimiento del plazo para brindar respuesta a la oposición o reclamo del CONTRATANTE, comunicándole la resolución de la Póliza, el procedimiento para la devolución de la prima y la fecha en la cual podrá cobrar dicho monto.

18.5 En las pólizas grupales, el certificado de seguro se resolverá por, o si:

a) Decisión unilateral del ASEGURADO, para lo cual se seguirá el mismo procedimiento señalado en el numeral 18.1 de este artículo.

b) Incumplimiento de las cargas u obligaciones señaladas en el numeral 18.2 de este artículo.

c) El ASEGURADO rechaza la propuesta de reajuste de la prima o la suma asegurada, en el supuesto de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa.

La COMPAÑÍA podrá resolver el certificado de seguro mediante comunicación dirigida al ASEGURADO en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado para que el ASEGURADO se pronuncie por la aceptación o el rechazo.

Los efectos sobre las primas serán las indicadas para cada caso en este artículo.

Artículo 19° Beneficiarios

19.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá designar a los BENEFICIARIOS en la Solicitud de Seguro y podrá solicitar a la COMPAÑÍA su modificación en cualquier momento mediante cualquiera de los medios de comunicación pactados. La designación es válida aunque se notifique a la COMPAÑÍA después del evento previsto

19.2 El cambio de BENEFICIARIOS será válido siempre que conste en un endoso en la Póliza o que conste en un tercer documento legalizado por notario público.

19.3 La suma asegurada será pagada a los BENEFICIARIOS cuya designación se encuentre en vigor al fallecimiento del ASEGURADO. Si uno de los BENEFICIARIOS no viviera o no quisiera recibir su parte, ésta acrecentará la de los otros BENEFICIARIOS en partes iguales. Para estos efectos, cualquiera de los BENEFICIARIOS podrá acreditar ante la COMPAÑÍA el fallecimiento del BENEFICIARIO con la partida de defunción correspondiente.

19.4 Los BENEFICIARIOS no tienen ni transmiten derecho alguno si fallecen antes que el ASEGURADO. Por lo tanto, en caso de fallecimiento de los BENEFICIARIOS antes que el ASEGURADO, o de no haberse designado BENEFICIARIOS, la suma asegurada será pagada a quienes el ASEGURADO hayan designado como BENEFICIARIOS en su Testamento o a los herederos legales del ASEGURADO, declarados como tales por juez o notario público competente.

19.5 Si al momento del fallecimiento del ASEGURADO, éste no hubiese designado Beneficiario o por cualquier causa la designación efectuada se hace ineficaz o queda sin efecto, se entiende que comprende a los herederos legales.

19.6 En caso de duda sobre a quién o a quiénes debe efectuarse el pago, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante la autoridad judicial competente, a fin de que sea la autoridad judicial quien determine quiénes deben recibirla, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad con los BENEFICIARIOS que aleguen derecho sobre la indemnización.

19.7 La existencia de herederos del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y la declaración de insolvencia no afectan el contrato de seguro ni la designación de beneficiarios.

Artículo 20° Indemnización de los Siniestros

20.1 La COMPAÑÍA indemnizará las pérdidas o daños que directa y efectivamente ocurran por efecto de un siniestro, entendido como tal la realización de uno de los riesgos materia de cobertura; siempre que el evento se inicie dentro del período de vigencia de la Póliza y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO haya cumplido con las cargas y obligaciones a su cargo emanadas del contrato de seguro.

20.2 La indemnización que corresponda pagar por la COMPAÑÍA al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO en caso de siniestro, se determinará aplicando los términos y condiciones de la Póliza.

20.3 El límite de la indemnización a que se obliga la COMPAÑÍA en caso de siniestro ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, es la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual, nominalmente pactados en las Condiciones Particulares. En ningún caso ni por concepto alguno, podrá ser obligada la COMPAÑÍA a pagar una suma mayor.

20.4 La existencia y magnitud de una pérdida indemnizable bajo la Póliza debe ser probada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.

20.5 Las Condiciones Generales de cada producto de seguro establecerán su propio procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro, detallando los requisitos para el aviso y la entrega de documentación que debe cumplir el CONTRATANTE, ASEGURADO y/o beneficiario.

20.6 La COMPAÑÍA tendrá un plazo de treinta (30) días calendario para comunicar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario sobre la aprobación o el rechazo del siniestro. Dicho plazo se cuenta desde que la COMPAÑÍA recibió la documentación e información completa requerida para solicitar la cobertura, señalado en el artículo sobre el AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA de las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la COMPAÑÍA requiere aclaraciones o precisiones adicionales sobre la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días calendario de los treinta (30) días señalados en el párrafo anterior.

Si la COMPAÑÍA no se pronuncia dentro de dicho plazo de treinta (30) días se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que haya requerido un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas al siniestro, siguiendo el procedimiento establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

Consentido o aprobado el siniestro, la COMPAÑÍA tiene un plazo de treinta (30) días calendario para pagar la indemnización.

20.7 La COMPAÑÍA, queda facultada para acceder a la historia clínica del CONTRATANTE y/o ASEGURADO en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

20.8 La COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aun cuando ya hubiere pagado la indemnización y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario queda obligado a cooperar con esta investigación.

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no cooperara con la investigación y esta falta de cooperación le causa un perjuicio económico a la COMPAÑÍA o si de esta última resultara que el siniestro no estaba cubierto; el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO deberá reintegrar a la COMPAÑÍA las sumas pagadas más los intereses legales, siempre que medie orden judicial.

20.9 La COMPAÑÍA quedará exenta de toda responsabilidad y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO perderá todo derecho al pago indemnizatorio, en los siguientes casos:

- a) Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o la persona que obre en su representación, presenta una solicitud de cobertura fraudulenta, engañosa o apoyada total o parcialmente en declaraciones inexactas o en documentos engañosos.
- b) Si las pérdidas o daños del siniestro fueran causados por un acto y/u omisión intencional y/o con culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o si hubiera mediado algún acto u omisión imputable al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO que hubiese agravado el riesgo o las pérdidas ocasionadas por el siniestro.

20.10 La COMPAÑÍA no está obligada a otorgar adelantos a cuenta de la indemnización de un siniestro, salvo que se haya pronunciado favorablemente sobre la cobertura del siniestro. Si luego de otorgado un adelanto de la indemnización, resultare que el siniestro no estaba cubierto, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario devolverá a la COMPAÑÍA el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar, siempre que medie orden judicial.

20.11 En caso el CONTRATANTE, ASEGURADO y/o Beneficiario por culpa leve, no cumpla con informar la ocurrencia del siniestro dentro de los plazos establecidos en la Póliza, la COMPAÑÍA reducirá la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que se le haya causado, siempre que, se haya afectado su derecho a verificar o determinar las circunstancias del siniestro. Se precisa que para aplicar la reducción tendrá que acreditarse y sustentarse que el aviso extemporáneo del siniestro tiene un efecto negativo en la verificación del mismo.

Además se precisa que:

- 1) Si el incumplimiento obedece a dolo del sujeto gravado con la carga, pierde el derecho a ser indemnizado.
- 2) Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable, el ASEGURADO o BENEFICIARIO pierde el derecho a ser indemnizado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.
- 3) No se aplicará la reducción cuando la COMPAÑÍA haya tenido conocimiento del siniestro o de

sus circunstancias por otro medio.

4) No se aplicará reducción cuando el incumplimiento del ASEGURADO se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Artículo 21° Solicitud de Cobertura Fraudulenta

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO perderá todo derecho previsto en esta Póliza:

21.1 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.

21.2 Si en cualquier tiempo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con representación o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.

21.3 Si la pérdida o daño ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO de los derechos de Indemnización, o con su complicidad o con su consentimiento.

La COMPAÑÍA resolverá el contrato de seguro al día siguiente de comunicada por escrito la resolución al CONTRATANTE.

Artículo 22° Reducción de la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual

Toda indemnización que la Compañía pague, reducirá automáticamente en igual monto la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual, de ser el caso.

Artículo 23° Atención de Reclamos

EL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, pueden hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

- a. En forma verbal o por escrito (carta simple) en nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174
- b. Escribiéndonos a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección www.chubb.com/pe opción “Contáctenos” – “Solicitud Electrónica”.
- c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 417-5000.

En los tres mecanismos señalados, como requisito previo para atender el reclamo, se deberá presentar la siguiente información:

- Nombre completo del usuario reclamante. Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro.
- Detalle del reclamo.

Una vez presentado el reclamo se le asigna un número de caso para el control y seguimiento, el cual se encontrará a disposición del reclamante en caso de solicitarlo.

El reclamo será atendido en un plazo que no debe exceder los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

Horario de atención: Lunes a Viernes de 9:00 am a 6:00 pm.

Artículo 24° Mecanismos de Solución de Controversias

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana. El CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO también podrá acudir a las instancias habilitadas para que presenten sus reclamos o denuncias, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, Defensoría del Asegurado e INDECOPI, según corresponda.

Artículo 25° Defensoría del Asegurado

En caso de que el CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO tenga una controversia con la COMPAÑÍA sobre la cobertura de un siniestro o el monto de la indemnización y éste no exceda de US\$50,000 (Cincuenta Mil Dólares Americanos) o su equivalente en otras monedas, el CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado, siempre que la controversia se encuentre dentro del ámbito de su competencia, según lo que establece el Reglamento de la Defensoría del Asegurado. Véase Página Web: www.defaseg.com.pe. Telefax: 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional.

Artículo 26° Moneda

26.1 Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta Póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas.

26.2 No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición o tenencia de moneda extranjera, la Póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual y demás obligaciones, al tipo de cambio de venta libre correspondiente a la fecha de inicio de la vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación. Lo indicado se informará al CONTRATANTE.

Artículo 27° Tributos

Todos los tributos presentes y futuros que graven las primas o sumas aseguradas, así como la liquidación de siniestros, de ser el caso; serán de cargo del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la Compañía y no puedan ser trasladados.

Artículo 28° Domicilio

La COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales, considerándose como tales el uso de correos electrónicos si es que fue pactado como medio de comunicación.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para este contrato de seguro.

Artículo 29° Prescripción

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben a los diez años, según lo señala la legislación peruana. En consecuencia, vencido dicho plazo, la COMPAÑÍA queda liberada de cualquier responsabilidad emanada de esta Póliza.

En los casos en que se cubra el fallecimiento de una persona, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que éste conoce la existencia del beneficio.

Artículo 30° Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes

Queda establecido que este contrato de seguro de vida formará parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, creado mediante la Ley 29355.

Artículo 31° Ley de Contrato de Seguro y Normas Reglamentarias

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá en cuenta que en todo lo no establecido en las presentes Cláusulas Generales de Contratación comunes o en aquello que haya discrepancia, prevalecerá la Ley N° 29946 – Ley del Contrato de Seguros y sus normas reglamentarias.