



Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica

CGC0004

Introducción

De conformidad con las declaraciones del CONTRATANTE y/o ASEGURADO contenidas en la Solicitud del Seguro o Solicitud-Certificado, 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:

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. Puede ser también el contratante del seguro.

Beneficiario: Persona designada por el contratante y/o asegurado en la póliza de seguro, como titular de los derechos indemnizatorios especificados.

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.

Coaseguro: Es el monto sobre los gastos cubiertos que el ASEGURADO debe asumir una vez que se aplica el Deducible, a consecuencia de una atención médica ya sea hospitalaria o ambulatoria, según lo indicado en la póliza.

Compañía: Chubb Seguros Perú S.A.

Cláusulas Generales de Contratación: Conjunto de estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro.

Condiciones Generales: Conjunto de estipulaciones que recogen aspectos relativos a la extensión de la cobertura del seguro, riesgos excluidos, procedimiento para la solicitud de cobertura y de liquidación del siniestro.

Condiciones Particulares:

Estipulaciones relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el convenio de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros. Cualquier referencia a condiciones particulares, se entiende referida a condiciones específicas.

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

Contratante: Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de asegurado.

Contrato de Seguro: Acuerdo de voluntades por el cual 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 asegurado 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, endosos, Solicitud, Certificado o Solicitud-Certificado, de ser el caso.

Declaración de Salud: Es el cuestionario sobre su salud que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO completa al momento de solicitar el seguro. La COMPAÑÍA se reserva el derecho de asegurar a las personas, de acuerdo a sus políticas de suscripción.

Deducible: Se refiere al importe o porcentaje de gastos cubiertos que será por cuenta del ASEGURADO y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en las Condiciones Particulares, Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda.

Endoso: Documento adicional a la póliza de seguro, en el que se establecen modificaciones a la póliza o certificado de seguros o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido aprobados por el contratante y la empresa, según corresponda.

Exclusiones: Son las causas, circunstancias, condiciones o hechos exceptuados de cobertura y que se encuentran expresamente indicados en la Póliza de manera destacada.

Inicio de Vigencia: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares, Certificado o Solicitud-Certificado, según corresponda, a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro condicionado a que el Asegurado haya pagado la prima en los plazos convenidos, o a la ocurrencia del siniestro si es que éste se produce antes del plazo acordado para el pago de la prima.

Interés Asegurable: Interés económico lícito que debe tener el ASEGURADO de que no se produzca el siniestro.

Período de Carencia: Período de tiempo que se estipula debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la póliza y aquella en que efectivamente entra en vigor la cobertura.

Período de Rehabilitación: Período de tiempo dentro del cual el ASEGURADO puede solicitar a la COMPAÑÍA la rehabilitación de la Póliza cuyas coberturas se encuentran suspendidas por falta de pago. El período 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 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 o Solicitud-Certificado, 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 ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro.

Prima Comercial: Es el precio que la Compañía establece por la cobertura otorgada. Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores, y el beneficio comercial de la COMPAÑÍA, según corresponda.

Rehabilitación: Facultad que tiene el CONTRATANTE y/o ASEGURADO de pagar las primas vencidas durante el periodo de suspensión de cobertura y antes que se haya resuelto el contrato; con la finalidad de que la póliza vuelva a adquirir plena vigencia.

Solicitud de Seguro: Documento en el cual el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicita la cobertura del seguro, la cual puede incluir la respectiva Declaración de Salud que necesariamente debe ser suscrita por el ASEGURADO, cuando se trate de persona distinta al CONTRATANTE.

Solicitud-Certificado: Documento que recoge la información de la solicitud de seguro y Certificado de seguro, y que es utilizado en los seguros de grupo siempre que sean masivos.

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 un año computado a partir del inicio de vigencia de la póliza.

2. Objeto del Contrato de Seguro

En virtud del presente contrato de seguro, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obliga al pago de la prima convenida y la COMPAÑÍA a indemnizar al ASEGURADO o a sus BENEFICIARIOS y/o endosatarios, hasta el límite de la Suma Asegurada que figura en la póliza, contra las pérdidas y/o daños que efectivamente ocasione la ocurrencia de los riesgos asegurados, con sujeción a los términos de la Solicitud de Seguro, estas Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Condiciones Especiales, Certificado o Solicitud-Certificado, endosos y anexos que hubiere, los mismos que forman parte en forma conjunta e indivisible del contrato de seguro.

3. Bases del Contrato

- 3.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO está obligado a declarar a la COMPAÑÍA, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias que conozcan, 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 entre las Cláusulas Generales de Contratación y las Condiciones Generales, prevalecerán estas últimas. Las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las anteriores y las Condiciones Especiales sobre las Condiciones Particulares.

En caso de haber incompatibilidad entre las cláusulas manuscritas o mecanografiadas y las impresas prevalecerán las primeras.

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

El contrato de seguro inicia su vigencia con la aprobación de la Solicitud de Seguro o Solicitud-Certificado, según corresponda, por parte de la COMPAÑÍA y la cobertura queda condicionada al pago de la prima o a la ocurrencia del siniestro si es que éste se produce antes del plazo acordado para el pago de la prima, salvo que se establezca algo diferente en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado.

Esto no aplica en el caso de la oferta de seguros masivos donde el inicio se dará con la aceptación del CONTRATANTE y/o ASEGURADO. En ambos casos las Condiciones Particulares podrán establecer 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 Asegurado, esto es: comunicaciones enviadas al domicilio físico, electrónico, o comunicaciones telefónicas, entre otros, según corresponda, salvo que la normatividad legal disponga de una formalidad específica para realizar la comunicación. Los mecanismos se señalarán en las Condiciones Particulares de la Póliza, Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado.

- 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 para 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 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 a ella, tendrán el mismo efecto que si se hubieren dirigido a la COMPAÑÍA.

4. Diferencias entre la propuesta y la póliza – Observación de la Póliza

- 4.1 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.

- 4.2 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. En dicho caso, la COMPAÑÍA comunicará la resolución del contrato de seguro al CONTRATANTE en su domicilio o vía correo electrónico, la misma que se producirá treinta (30) días calendario posteriores a la fecha de recibida la mencionada comunicación. La comunicación de resolución del contrato de seguro incluirá el procedimiento para la devolución de la prima y la fecha en la cual se podrá cobrar dicho monto.

5. Prima y Pago

- 5.1 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.
- 5.2 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.
- 5.3 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.
- 5.4 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.

- 5.5 Los cheques y otras órdenes de pago sólo surtirán efecto cancelatorio a partir del día efectivo de pago de dichos documentos.
- 5.6 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.

6. Efectos del Incumplimiento del Pago – Suspensión de la Cobertura y Resolución del Contrato

- 6.1 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 calendarios 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 ASEGURADO de una póliza grupal o al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de una póliza individual, 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.

- 6.2 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.**
- 6.3 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 y/o certificado de seguro (según corresponda), no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. El contrato de seguro y/o certificado de seguro (según corresponda), se considera resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO (según corresponda) reciba una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. En el caso de los seguros grupales, el plazo de treinta (30) días antes señalado, se computa desde la comunicación efectuada al ASEGURADO.**
- 6.4 Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato y/o certificado de seguro (según corresponda), queda extinguido.**

7. Rehabilitación

- 7.1 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 cancela la obligación. La rehabilitación no procede si la COMPAÑÍA expresó oportunamente por escrito su decisión de resolver el contrato.
- 7.2 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.
- 7.3 La COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantuvo suspendida.

8. Nulidad del Contrato de Seguro

8.1 Será nulo el Contrato de Seguro por:

- a) **Ausencia de interés asegurable**
Actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato, solicitud-certificado o certificado de seguro, o 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.

Si se acuerda que comprende un período anterior a su celebración, el contrato, solicitud-certificado o certificado de seguro es nulo solo si al tiempo de su conclusión la COMPAÑÍA conoce la imposibilidad de que ocurra el siniestro o EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO conoce que se ha producido.

- c) **Reticencia y/o declaración inexacta dolosa**
De circunstancias conocidas por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, en tanto haya sido efectuado con dolo o culpa inexcusable. La COMPAÑÍA tendrá un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta a que se refiere los párrafos anteriores, plazo que debe computarse desde que la COMPAÑÍA conoce la reticencia o declaración inexacta. Para ello, la COMPAÑÍA debe notificar la nulidad por reticencia y/o declaración inexacta por medio fehaciente.

Efectos sobre la prima:

En caso de nulidad de la Póliza por las causales descritas en los literales a) y b) la COMPAÑÍA devolverá el importe de prima pagada establecido en las Condiciones Particulares, Certificado o Solicitud-Certificado; en un plazo máximo de treinta (30) días computados desde la fecha en que se comunica la nulidad del contrato de seguro.

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. En caso de existir un saldo a favor de primas, estas serán devueltas en un plazo máximo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que se comunica la nulidad del seguro.

8.2. 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 la devolución correspondiente, conjuntamente con los intereses legales, gastos debidamente sustentados y tributos a que hubiera lugar, lo cual será comunicado y debidamente sustentado mediante comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

9. Resolución del Contrato de Seguro, Solicitud-Certificado o Certificado de Seguro

El contrato de seguro, Solicitud-Certificado o certificado de seguro podrá resolverse:

9.1 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, precisándose que puede ejercer su derecho de desvincularse del contrato de seguro utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración.

En caso el CONTRATANTE sea una persona distinta al ASEGURADO, el CONTRATANTE comunicará su decisión al ASEGURADO, 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.

En cualquiera de los supuestos antes indicados la resolución se producirá de inmediato en la fecha de comunicada la decisión de resolver el contrato de seguro.

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 caso se solicite la resolución de un seguro masivo, tiene derecho a solicitar la devolución de la prima en función al plazo no transcurrido, en caso corresponda. El CONTRATANTE/ASEGURADO podrá realizar su solicitud de devolución a la COMPAÑÍA en cualquier momento, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, teniendo la COMPAÑÍA un plazo de treinta (30) días a partir de entonces para efectuar la misma. La devolución de la prima se podrá realizar al CONTRATANTE o al ASEGURADO, según corresponda.

En el caso de seguros no masivos, la COMPAÑÍA procederá a reembolsar al CONTRATANTE/ASEGURADO, según corresponda, la prima en función al periodo no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la solicitud de resolución del contrato comunicada por el CONTRATANTE/ASEGURADO.

9.2 Por incumplimiento de las siguientes cargas u obligaciones:

a) Falta de pago de prima.

b) Por agravación del riesgo, salvo los supuestos de excepción 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 6° Efectos del Incumplimiento de Pago - Suspensión de la Cobertura y Resolución del Contrato, Artículo 11° Indemnización de los Siniestros; Artículo 25° Solicitud de Cobertura Fraudulenta; de este condicionado. 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 o Solicitud-Certificado 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 un plazo de treinta (30) días computados a partir de la fecha efectiva de la resolución. En tales casos, el CONTRATANTE no deberá efectuar gestión alguna y la prima le será devuelta en el mismo plazo antes señalado

- 9.3 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. La resolución operará de forma inmediata con la notificación de la comunicación previamente mencionada.

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, contados desde la fecha de la resolución efectiva. En tales casos, el CONTRATANTE no deberá efectuar gestión alguna y la prima le será devuelta en el plazo antes señalado.

- 9.4 En el supuesto previsto del Artículo 4° sobre Diferencias entre la Propuesta y la Póliza, 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.

- 9.5 En las pólizas grupales, el certificado de seguro o Solicitud-Certificado se resolverá por, o si:

a) Decisión unilateral del ASEGURADO, para lo cual se seguirá el mismo procedimiento señalado en el numeral 9.1 de este artículo.

b) Incumplimiento de las cargas u obligaciones señaladas en el numeral 9.2 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. En este caso, La COMPAÑÍA podrá resolver el certificado de seguro o Solicitud-Certificado 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.

La COMPAÑÍA realizará la devolución a CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, de acuerdo a lo indicado en el presente artículo.

- 9.6 En caso el CONTRATANTE sea una persona distinta al ASEGURADO, el contrato se resolverá en el momento en que el ASEGURADO revoque su consentimiento, debiendo informar a la COMPAÑÍA por cualquier medio escrito su decisión. La COMPAÑÍA procederá a reembolsar al CONTRATANTE, la prima en función al periodo no devengado (no cubierto) dentro del plazo de treinta (30) días, computado desde la fecha en que se comunicó la revocación del consentimiento.**

10. Beneficiarios

- 10.1 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, especificando el cambio en la Póliza, sin lo cual ningún cambio tendrá valor.
- 10.2 El cambio de BENEFICIARIOS será efectivo en la fecha de recepción por la COMPAÑÍA de dicha comunicación.
- 10.3 La suma asegurada será pagada a los BENEFICIARIOS cuya designación en la Póliza se encuentre en vigor al fallecimiento del ASEGURADO. Si uno de los BENEFICIARIOS no viviera o no quisiera recibir su parte, en cuyo caso deberá comunicarlo de manera expresa y por escrito a la COMPAÑÍA, su parte 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.
- 10.4 Los BENEFICIARIOS no tienen ni transmiten derecho alguno si fallecen antes que el CONTRATANTE y/o 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 CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya designado como BENEFICIARIOS en su Testamento o a los herederos legales del ASEGURADO, declarados como tales por juez o notario público competente.

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.

- 10.5 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 quién determine quiénes deben recibirla, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad con los BENEFICIARIOS que aleguen derecho sobre la indemnización.
- 10.6 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.

11. Indemnización de los Siniestros

- 11.1 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.

- 11.2 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.
- 11.3 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, Certificado o Solicitud-Certificado. En ningún caso ni por concepto alguno, podrá ser obligada la COMPAÑÍA a pagar una suma mayor.
- 11.4 La existencia y magnitud de una pérdida indemnizable bajo la Póliza debe ser probada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.
- 11.5 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 y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.
- 11.6 **La COMPAÑÍA tendrá un plazo de 30 días calendarios para comunicar al ASEGURADO 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 calendarios 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.

- 11.7 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.
- 11.8 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.

- 11.9 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 reclamación fraudulenta, engañosa o apoyada total o parcialmente en declaraciones inexactas o en documentos engañosos. Sin perjuicio de la pérdida de derecho

al pago indemnizatorio, la COMPAÑÍA se pronunciará sobre la solicitud de cobertura en el plazo indicado en el plazo de 30 días que tiene para consentir el siniestro, de acuerdo al numeral 11.6.

- 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.

11.10 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.

11.11 En caso el ASEGURADO no cumpla con informar la ocurrencia del siniestro por culpa leve 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.

12. Reducción de la Suma Asegurada y Beneficio Máximo Anual

Toda indemnización que la COMPAÑÍA pague, reducirá automáticamente en igual monto la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual.

13. Plazos y Renovación

13.1 La presente Póliza inicia su vigencia y expira en las fechas señaladas en las Condiciones Particulares y a las doce (12) del mediodía de ambas fechas inclusive, sujeto al cumplimiento del pago de la prima, de ser el caso.

13.2 El contrato de seguro se extingue indefectiblemente una vez cumplido el plazo pactado.

13.3 La renovación de la Póliza deberá ser solicitada por el CONTRATANTE con una anticipación de 30 días calendario a su vencimiento, perfeccionándose el contrato de seguro por el nuevo período con la aprobación de la solicitud por parte de la COMPAÑÍA. La COMPAÑÍA informará al CONTRATANTE las nuevas condiciones de la nueva periodicidad en base a la declaración del CONTRATANTE del estado del riesgo.

13.4 **La renovación del contrato de seguro no es automática ni obligatoria, salvo que exista cláusula de renovación automática en la Condiciones Generales.**

13.5 Si la COMPAÑÍA renueva la Póliza en forma automática, el CONTRATANTE puede a su libre elección

aceptarla o devolverla para su anulación definitiva, en cuyo caso lo deberá realizar en un plazo de 15 días calendario, por el mismo medio que usó para la contratación de la póliza, o informándolo por escrito a la COMPAÑÍA.

- 13.6 Cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva e ininterrumpida tendrá derecho a continuar renovando el contrato de seguro indefinidamente, con coberturas no menores a las pactadas anteriormente, salvo el ajuste de primas que la COMPAÑÍA podrá realizar en base a los criterios de actualización por siniestralidad, edad alcanzada, gastos de proveedores médicos y los que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

14. Tratamiento de las Preexistencias

- 14.1 Las enfermedades preexistentes estarán cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato que tenía contratado el CONTRATANTE y/o ASEGURADO en el periodo inmediato anterior a la renovación de la presente póliza.

Las preexistencias deberán ser informadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al momento de la contratación del seguro; sin embargo, la COMPAÑÍA podrá efectuar recargos por clase o producto, de conformidad con el principio de mutualidad de seguros en el caso de productos sujetos a suscripción. En tal caso, la póliza con la COMPAÑÍA podrá contratarse en un plazo de ciento veinte (120) días contados a partir del término del contrato anterior (póliza de seguro o EPS anterior). En tal sentido, la Compañía pondrá a disposición del CONTRATANTE y/o ASEGURADO los seguros o planes que pudiera tener LA COMPAÑÍA para las personas que migren de otras empresas de seguros y/o EPS.

- 14.2 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá informar el tipo de preexistencia que adolece y la empresa que le viene cubriendo.
- 14.3 La COMPAÑÍA ofrecerá seguros o planes a las personas que migren de otras empresas de seguros y/o EPS, los cuales tendrán como mínimo las mismas coberturas del producto anterior del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

15. Modificación de Condiciones Contractuales

15.1 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 (30) días calendarios 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 a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado usando la misma forma de comunicación. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada.

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.

En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantendrá vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato, salvo que hayan transcurrido cinco (5) años de renovación continua e ininterrumpida, en cuyo caso se mantendrán las coberturas originalmente contratadas, pudiéndose modificar las demás condiciones del contrato, siguiendo el procedimiento establecido

en este artículo

15.2 PROCEDIMIENTO DE MODIFICACIÓN EN LA RENOVACIÓN.

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 no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. Para el caso de seguros con renovación automática, en caso el CONTRATANTE no manifieste su rechazo a la propuesta se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑÍA. En este caso, la COMPAÑÍA emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones. En caso de renovación facultativa, no se renovará la póliza sin aceptación expresa del ASEGURADO a los cambios propuestos.

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.

16. Agravación del Riesgo / Deber de Informar

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 celebraría o lo haría 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, así como en lo contemplado en la presente cláusula y en el numeral 9.2 de la cláusula 9 del presente documento.
- 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.

17. Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, siempre que el producto no sea condición para contratar operaciones crediticias, el CONTRATANTE o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o una nota de cobertura provisional, en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro o Solicitud-Certificado en el caso de pólizas grupales, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida, siempre y cuando no se haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.

Para tal fin, el CONTRATANTE o ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza o certificado de seguro/solicitud-certificado respectivamente, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE o ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó la solicitud.

18. Moneda

- 18.1 Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta Póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas.
- 18.2 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. La COMPAÑÍA informará de ello al ASEGURADO, dentro de un plazo de treinta (30) días de realizada la modificación de la póliza o el certificado de seguro.

19. 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.

20. 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, Defensoría del Asegurado e INDECOPI o SUSALUD, según corresponda.

EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede pactar con la COMPAÑÍA el sometimiento de las controversias derivadas del contrato de seguro al arbitraje u otro mecanismo de solución de controversias, conforme a lo dispuesto en la Ley de Seguros, cuando los daños o pérdidas reclamadas a la empresa como consecuencia de un siniestro sean iguales o superiores a 20 UIT.

21. Defensoría del Asegurado

En caso de que el CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO 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, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO 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.

22. 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.

23. Prescripción

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben a los diez (10) años, desde que ocurrió el siniestro. En los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento, este plazo se computará desde que el BENEFICIARIO conoce la existencia del beneficio. En consecuencia, vencido dicho plazo, el CONTRATANTE / ASEGURADO perderá su derecho de acción y la COMPAÑÍA queda liberada de su responsabilidad.

24. Atención de Reclamos y Consultas

El CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede 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 (*).
- 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 <http://www.chubb.com/pe> opción “Contáctenos” “Solicitud Electrónica”.
- c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono (51-1) 399-1212 (*).

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 quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

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

25. Solicitud de Cobertura Fraudulenta

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

- 25.1 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO presenta una reclamación fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.
- 25.2 Si en cualquier tiempo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con representación o con conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una reclamación o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
- 25.3 Si la pérdida o daño ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO de los derechos de Indemnización, o con su complicidad o con su consentimiento.

Sin perjuicio de las acciones que se tome, la COMPAÑÍA deberá evaluar la solicitud de cobertura en el plazo de treinta (30) días establecidos en la norma.