

**PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
FONDO UNIVERSITARIO PLUS**

SUMARIO

I. Condiciones Particulares

II. Condiciones Generales

1. Definiciones
2. De los Documentos – Derecho de Arrepentimiento
3. Estructura de la Póliza
4. Normas para la Contratación de la Póliza
5. Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado
6. Indisputabilidad
7. Fecha de Inicio de Vigencia y Plazos de la Póliza
8. Descripción de la Cobertura – Exoneración de Pagos de Primas por Fallecimiento
9. Beneficio
10. Importe del Beneficio
11. Titular de esta Póliza
12. Edad
13. Primas
14. Deducción Mensual de la Cuenta Individual
15. Costo Mensual de la Cobertura
16. Tarifa Mensual del Seguro de Vida
17. Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas
18. Rehabilitación
19. Opción para la Continuidad de las Condiciones del Seguro
20. Constitución de la Cuenta Individual
21. Intereses Garantizados de la Cuenta Individual
22. Constitución de la Cuenta de Excedentes
23. Intereses Excedentes
24. Retiros Parciales de la Cuenta de Excedentes
25. Información al Contratante
26. Resolución de la Póliza y Valor de Rescate
27. Resolución de la Póliza por Fallecimiento del Beneficiario
28. Terminación de la Cobertura
29. Exclusiones - Riesgos no cubiertos
30. Designación de Beneficiario
31. Aviso de Siniestro - Requisitos para presentar la Solicitud de Exoneración del Pago de Primas
32. Requisitos para Solicitar el Pago del Fondo
33. Pago del Fondo
34. Solicitud de Cobertura Fraudulenta
35. Duplicado de Póliza y Copia
36. Impuestos, tasas y contribuciones
37. Domicilio
38. Prescripción
39. Mecanismo de Solución de Controversias
40. Modificación de la Póliza
41. Moneda del Contrato

III. Cláusula Adicional

- a) Exoneración de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.
- b) Vida Temporal Plus.

**PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
“Fondo Universitario Plus”**

CONDICIONES GENERALES

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

PRIMERA: DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Asegurado:** Es la persona cuya vida se asegura en virtud de la póliza
- **Beneficiario:** Es la persona (o las personas) designada(s) en la póliza por el Contratante como titular(es) del derecho al beneficio que en ella se establece. Su designación puede ser expresa y generalmente es de libre nombramiento, aunque debe existir siempre interés asegurable.
- **Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares y que será pagado por la Compañía a partir de la fecha de inicio de pago del beneficio, en los términos y condiciones que se establezcan en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares.
- **Cargo por Rescate:** Es la suma que se deduce del saldo de la Cuenta Individual perteneciente a la póliza, al momento de solicitar el rescate de ésta. El cargo por rescate figura en las Condiciones Particulares.
- **Cláusula Adicional:** Se refiere a la o las coberturas adicionales contratadas sobre el Asegurado y que son complementarias y forman parte del Contrato de Seguro.
- **Contratante:** Es la persona que suscribe la póliza con la Compañía y la obligada al pago de la prima. **Para efectos del presente contrato se deberá entender que el Contratante es el Asegurado.**
- **Cuenta de Excedentes:** Es la cuenta donde se registran las primas de excedentes y los intereses garantizados de la Cuenta de Excedentes indicados en las Condiciones Particulares
- **Cuenta Individual:** Es el registro de ingresos y egresos que la Compañía mantiene vigente a nombre del Asegurado, donde se abonan las primas comerciales correspondientes a la cobertura principal y a las coberturas adicionales y los intereses garantizados de la Cuenta Individual indicados en las Condiciones particulares y se rebajan las Deducciones Mensuales que establece la póliza.
- **Deducción Mensual:** Es el monto que se debita de la Cuenta Individual por concepto del costo de la cobertura otorgada, el costo de las coberturas adicionales –de ser el caso– y el cargo mensual operativo.
- **Edad:** Es la edad actuarial del Asegurado definida en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Edad”

- **Endoso:** Es el documento mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales o Particulares de la póliza. Los endosos surten efectos una vez que han sido aprobados por la Compañía y el Contratante, según corresponda.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia por la póliza principal contratada o Cláusula Adicional y que se encuentran expresamente indicadas.
- **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares como fecha de inicio vigencia, a partir de la cual comienza a regir la cobertura del seguro, previo pago de la prima inicial.
- **Informe Médico Ampliatorio:** Es un formato de la Compañía que forma parte de los documentos exigidos para la evaluación de una solicitud de cobertura por fallecimiento. Este formato es entregado al beneficiario a fin de que sea debidamente completado por el médico que tuvo a su cargo la atención del accidente que ocasionó el deceso del Asegurado.
- **Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el Asegurado debido a la pérdida económica que el beneficiario del seguro sufriría como consecuencia de la ocurrencia del siniestro.
- **Muerte Accidental:** Fallecimiento inmediato del Asegurado por causas que cumplen la condición de accidente definida en la presente póliza. Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.
- **Opción de Continuidad:** Es el beneficio que permite al Contratante adquirir un nuevo seguro, en el que se respetarán los términos y condiciones correspondientes al presente seguro, en caso se produzca la terminación anticipada de éste debido a que no es posible realizar la Deducción Mensual por insuficiencia de saldos en las cuentas de la póliza. Para estos efectos, el Contratante debe cumplir con los requisitos establecidos en la Cláusula Décimo Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Opción para la Continuidad de las Condiciones del Seguro".
- **Periodo de Pago de Primas:** Es el periodo indicado en las Condiciones Particulares durante el cual, el Contratante se encuentra obligado a realizar los pagos de las primas y que se contabiliza a partir de la fecha indicada como "Fecha de Inicio de Vigencia de la Cobertura".
- **Periodo de Capitalización:** Es el periodo indicado en las Condiciones Particulares que se inicia con el fin del Periodo de Pago de Primas, en el cual los saldos de la Cuenta Individual y de la Cuenta de Excedentes, serán capitalizados a la Tasa de Interés Anual para el Pago del Beneficio indicada en las Condiciones Particulares. A partir del inicio del Periodo de Capitalización, no se devengarán primas a cargo del Contratante.
- **Póliza:** Es el documento emitido por la Compañía en el que consta el Contrato de Seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.
- **Prima Comercial:** Es el valor determinado por la Compañía, como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas y por la constitución y administración de la Cuenta Individual.
- **Prima de Excedentes:** Es el monto adicional a la prima comercial, pagado voluntariamente por el Asegurado, con el fin de incrementar el beneficio de la póliza.
- **Rehabilitación:** Es la posibilidad que tiene el Contratante de levantar la suspensión de la cobertura del seguro que hubiere operado por la falta de pago oportuno de primas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante y/o Asegurado, mientras que la Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver la póliza.
- **Rescate:** Es la acción por la cual el Contratante resuelve y pone fin al contrato de seguro, solicitando el valor de rescate.
- **Tarifa Mensual del Seguro de Vida:** Es el monto calculado por la Compañía, que sirve de referencia para determinar el monto de la prima comercial y la Deducción Mensual de la Cuenta Individual.
- **Tasa Anual Garantizada:** Es la tasa de interés anual que rinde la cuenta respectiva.
- **Tarifas Mensuales Máximas por Mil de Capital:** Es el valor máximo que puede alcanzar la Tarifa Mensual del Seguro de Vida en cada año póliza. Esta tarifa mensual se calcula de acuerdo a las

expectativas de mortalidad y se utiliza para calcular el costo mensual de la cobertura por fallecimiento (Deducción Mensual sin costo de coberturas adicionales y sin cargos operativos).

- **Valor de Rescate:** Es el valor que puede retirar el Contratante en caso que no deseara continuar con la póliza, luego de un determinado período de vigencia de la misma. El valor de rescate será calculado en base a los saldos de las cuentas de la póliza y al cargo por rescate que corresponda. Se deja expresa constancia que el plazo de dos (02) años establecido en el literal c) del artículo 126° de la Ley del Contrato de Seguro no es aplicable al presente seguro al ser este un seguro de vida temporal. El plazo mínimo para solicitar el valor de rescate se especifica en las Condiciones Particulares.
- **Siniestro:** Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran el riesgo asegurado (cobertura) previsto en el presente contrato de seguro. Para que el siniestro se encuentre cubierto bajo la presente póliza, éste no deberá haberse configurado por alguno de los supuestos de exclusión establecidos en la póliza; asimismo, deberá cumplirse con las condiciones establecidas en el presente contrato de seguros.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS – DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

En caso no se hayan utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios del presente seguro, el Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

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

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

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

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

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

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

Se deja expresa constancia que la presente póliza no otorga los derechos de reducción y préstamo por tratarse de un seguro de vida temporal.

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

La póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Asegurado en la solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en los cuestionarios relativos a la salud y actividades del Asegurado.

Toda declaración inexacta, o reticente formulada por el Asegurado sobre circunstancias conocidas por éste, que de haber sido conocida por la Compañía hubiera impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones, determina la nulidad del presente contrato, si media dolo o culpa inexcusable. En dicho supuesto, el Asegurado y/o el beneficiario carecerán de todo derecho a indemnización bajo la póliza, quedando la Compañía liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo indicado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del contrato, la Compañía devolverá al Contratante el valor de las primas pagadas, más los intereses acreditados en la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes, menos los Gastos Variables sobre la Prima Comercial y la Prima de Excedentes que se detallan en las Condiciones Particulares por concepto de penalidad. La penalidad no deberá exceder del valor de las primas totales acordadas para el primer año de duración del contrato.

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

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

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

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

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

es asegurable, no existirá suma asegurada y se procederá con la devolución total de la prima percibida.

SEXTA: INDISPUTABILIDAD

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

Lo dispuesto en la presente cláusula no será aplicable en caso la inexactitud o falsedad verse sobre la edad del Asegurado. En este supuesto se aplicará lo dispuesto en la solicitud de seguro y en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad", respectivamente.

SÉTIMA: FECHA DE INICIO DE VIGENCIA Y PLAZOS DE LA PÓLIZA

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

Los años póliza son contados desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares como Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza.

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

OCTAVA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA – EXONERACIÓN DE PAGOS DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO

El presente contrato de seguro tiene por objeto permitir al Asegurado la acumulación de un monto de dinero en las cuentas de la póliza (Fondo), durante un período de pago determinado (Período de Pago de Primas) de tal forma que, a la fecha establecida como Inicio de Pago del Beneficio, el Asegurado o, en caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario pueda percibir el Fondo contratado en forma de renta anual durante el número de años establecido en las Condiciones Particulares.

Dicha acumulación de dinero se realiza en base al pago de las primas en la forma y frecuencia establecidas en las Condiciones Particulares y a la acreditación de intereses por parte de la Compañía, según se detallan en la Cláusulas Vigésima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Constitución de la Cuenta Individual" y en la Cláusula Vigésimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Constitución de la Cuenta de Excedentes".

En caso de fallecimiento del Asegurado durante el período de pago de primas, sea en territorio nacional o internacional, estando la póliza vigente, la Compañía exonerará el pago de las primas comerciales que se devenguen con posterioridad al fallecimiento mencionado, hasta la finalización del período de pago de

primas del seguro. Esto, siempre y cuando la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la póliza.

Como consecuencia de la exoneración del pago de primas comerciales, el beneficio o Fondo a ser pagado a partir del Inicio de Pago del Beneficio establecido en las Condiciones Particulares, será equivalente al que correspondería percibir en caso no se hubiera producido el fallecimiento del Asegurado y las primas no devengadas desde dicho fallecimiento hubieran sido pagadas en la forma y frecuencia señaladas en las Condiciones Particulares. Este beneficio no contempla el monto de las primas excedentes, si correspondieran, que dejaron de ser pagadas a partir del deceso del Asegurado.

La cobertura será otorgada desde la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza y durante el Período de Pago de Primas, ambos estipulados en las Condiciones Particulares.

NOVENA: BENEFICIO

Al finalizar el Período de Pago de Primas empezará el Período de Capitalización y los saldos de la Cuenta Individual y de la Cuenta de Excedentes serán capitalizados a la Tasa de Interés Anual para el Pago del Beneficio.

El monto total resultante de la capitalización descrita en el párrafo anterior, se utilizará para el cálculo del beneficio a la fecha estipulada como Inicio de Pago del Beneficio. Dicho beneficio será pagado en forma de renta anual, en montos iguales y fijos y durante el número de años establecido en las Condiciones Particulares.

El Período de Pago de Primas, el Período de Capitalización, el Inicio de Pago del Beneficio y la Tasa Anual Garantizada de la Cuenta Individual están definidos en las Condiciones Particulares.

DÉCIMA: IMPORTE DEL BENEFICIO

El importe total del beneficio será igual a la sumatoria de los montos anuales del mismo. Dichos montos serán iguales, fijos y pagaderos en el número de cuotas establecido en las Condiciones Particulares.

El monto anual será igual al fondo acumulado a la fecha de Inicio de Pago del Beneficio dividido entre un factor que representa una renta cierta unitaria con periodicidad anual, pagadera al inicio de cada año y calculada con la Tasa de Interés Anual para el Pago del Beneficio, estipulada en las Condiciones Particulares.

El monto del fondo a la fecha de Inicio de Pago del Beneficio resulta del saldo de la Cuenta Individual más el saldo de la Cuenta de Excedentes al fin del Período de Pago de Primas, todos ellos capitalizados a la Tasa de Interés Anual para el Pago del Beneficio.

Queda expresamente establecido que antes de proceder al pago del Beneficio se descontará la prima adeudada durante el periodo previo a la suspensión de cobertura, en caso el fallecimiento del Asegurado se haya producido en dicho período.

Si al momento de la liquidación se determinara que la edad declarada en la solicitud de la póliza era menor que la edad real del Asegurado, se deducirá del fondo acumulado el costo del seguro de vida correspondiente a la edad real, reduciéndose de esta manera el monto anual y por lo tanto el beneficio.

DÉCIMO PRIMERA: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta póliza y que no pertenecen a la Compañía, estarán reservados al Contratante.

Por la naturaleza de la cobertura de la presente póliza (exoneración del pago de primas), el Contratante necesariamente será el Asegurado y, por tanto, cualquier mención del Contratante que se efectuó en las cláusulas del presente deberá entenderse como referido al Asegurado.

DÉCIMO SEGUNDA: EDAD

Para todos los efectos del seguro se considerará que la edad es la edad actuarial del Asegurado, es decir, aquella que éste tuviera a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, salvo que en dicha fecha hayan transcurrido más de seis (6) meses desde su último cumpleaños, en cuyo caso se considerará el número entero inmediatamente superior. La edad alcanzada es la edad actuarial del Asegurado a la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza, más el número de años completos transcurridos desde la misma.

Al momento de contratación de la póliza, el Asegurado no deberá superar la “Edad Máxima de Ingreso” indicada en las Condiciones Particulares.

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

Si resultase que la edad declarada fuese mayor que la real, la Compañía procederá a restituir el exceso de la prima comercial percibida sin intereses, de corresponder.

Si resultase que la edad declarada fuese menor que la real, la prestación de la Compañía se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima comercial correspondiente a la edad real y la prima comercial pagada por el Contratante.

Si, además de la declaración inexacta de la edad, resultase que, a la fecha de contratación de la póliza, el Asegurado era una persona no asegurable, el contrato será nulo y quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Asegurado el valor de las primas pagadas, más los intereses acreditados en la Cuenta Individual y Cuenta de Excedentes, menos los Gastos Variables sobre Prima y Prima de Excedentes que se detallan en las Condiciones Particulares de la póliza por concepto de penalidad. La penalidad no deberá exceder del valor de las primas acordadas para el primer año de duración del contrato.

DÉCIMO TERCERA: PRIMAS

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza. Las siguientes primas deberán ser pagadas en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares.

Las primas tienen el objeto de garantizar la acumulación del fondo requerido para el pago del beneficio al finalizar la vigencia de la póliza, siempre y cuando sean abonados en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares.

Existen dos tipos de primas:

- a. Prima Comercial: es el valor determinado por la Compañía como el precio de las coberturas de seguro contratadas y por la constitución y administración de la Cuenta Individual. Esta prima es depositada en la Cuenta Individual de la póliza.
- b. Prima de Excedentes: es el monto adicional a la prima básica, cuyo pago es opcional y tiene por objeto incrementar el Fondo. Esta prima es depositada en la Cuenta de Excedentes de la póliza. La prima de excedentes no puede superar el monto máximo especificado en las Condiciones Particulares.

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

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

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

La prima comercial, neta del factor de gestión e impuestos si existieran y gastos variables, se registran en la Cuenta Individual, conjuntamente con los intereses garantizados de la Cuenta Individual. De la Cuenta Individual se debita la Dedución Mensual que establece la póliza.

La prima de excedentes, neta del factor de gestión e impuestos si existieran y gastos variables, se registran en la Cuenta de Excedentes, conjuntamente con los intereses garantizados de la Cuenta de Excedentes. De la Cuenta de Excedentes se deducen los retiros parciales.

El detalle de estas acreditaciones y deducciones se especifica en las cláusulas correspondientes.

DÉCIMO CUARTA: DEDUCCIÓN MENSUAL DE LA CUENTA INDIVIDUAL

El día primero de cada mes calendario se calculará la "Dedución Mensual" cuyo importe se deduce de la Cuenta Individual. La Dedución Mensual resulta de sumar los siguientes componentes:

1. El costo por el mes en curso de la cobertura, prevista en las presentes Condiciones Generales.
2. El costo por el mes en curso de las Coberturas Adicionales que se hubieran incorporado a la póliza de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares.
3. El cargo mensual operativo, cuyo máximo figura en las Condiciones Particulares.

DÉCIMO QUINTA: COSTO MENSUAL DE LA COBERTURA

El costo mensual de la cobertura de este seguro se determina de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- a) Se calcula el monto neto en riesgo en el mes correspondiente, considerando el valor presente de las primas que exoneraría la Compañía en caso de fallecimiento del Asegurado, utilizando la tasa de interés periódica equivalente a la Tasa de Interés Anual Garantizada de la Cuenta Individual, especificada en las Condiciones Particulares.
- b) El resultado obtenido en a) se divide por mil (1000) y se multiplica por la correspondiente "Tarifa Mensual del Seguro de Vida".

DÉCIMO SEXTA: TARIFA MENSUAL DEL SEGURO DE VIDA

La "Tarifa Mensual del Seguro de Vida" depende del año póliza en que se encuentre, es calculada periódicamente por la Compañía de acuerdo con sus expectativas de mortalidad futura y no podrá exceder en ningún caso las "Tarifas Mensuales Máximas por Mil de Capital".

Las "Tarifas Mensuales Máximas por Mil de Capital" del asegurado figuran en la Tabla A de las Condiciones Particulares.

DÉCIMO SÉTIMA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS

Durante los primeros cuatro (4) años de vigencia de la póliza se deberán pagar todas las primas en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares. Si durante este lapso, estuviera pendiente el pago de una (1) prima luego de transcurrida la fecha de vencimiento de ésta, la Compañía le comunicará al Contratante y/o Asegurado que en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro de los treinta (30) días desde el vencimiento de la obligación, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo.

A partir del quinto (5°) año de vigencia de la póliza, si al fin de un mes calendario se verificara que el importe de la "Deducción Mensual" correspondiente al mes siguiente es superior al saldo de la Cuenta Individual disminuido en el Cargo por Rescate –que figura en la Tabla B de las Condiciones Particulares–, la Compañía transferirá desde la Cuenta de Excedentes a la Cuenta Individual, el importe suficiente para poder efectuar la "Deducción Mensual". Si aún con el saldo de la Cuenta de Excedentes no se pudiese hacer frente al importe de la "Deducción Mensual", la Compañía le comunicará al Contratante que en caso no regularice el pago de las primas adeudadas, por un monto mínimo equivalente a la "Deducción Mensual" correspondiente, dentro de los treinta (30) días siguientes al día en que debió realizarse la Deducción Mensual, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo.

La Compañía no será responsable por lo siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura. Si el fallecimiento ocurriese sin que se regularice el pago del monto adeudado y dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, se deducirá del beneficio correspondiente el monto adeudado por el Contratante. Durante el plazo de suspensión, no se permitirá el pago sólo de primas de excedentes.

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

En todo caso, si la Compañía no reclama el pago dentro de los noventa (90) días siguientes:

- (i) al vencimiento del plazo establecido en las Condiciones Particulares para el pago de la prima, durante los primeros cuatro (4) años de vigencia de la póliza; o,
- (ii) al vencimiento del plazo en el cual se debió realizar la Deducción Mensual y no fue posible debido a la falta de saldo en las cuentas de la póliza, a partir del quinto (5°) año de vigencia de la póliza,

se entiende que el contrato queda extinguido. Se entiende por reclamo del pago, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza por parte de la Compañía.

Adicionalmente a lo expuesto en los párrafos precedentes sobre la vigencia del seguro y teniendo en consideración que la finalidad del seguro es permitir al Asegurado la acumulación de un monto de dinero determinado en las cuentas de la póliza, a partir del quinto (5°) año de vigencia de la póliza sólo se permitirá al Asegurado tener doce (12) primas mensuales pendientes de pago o su equivalente, durante la vigencia de la póliza. Estas primas pendientes no necesariamente deberán ser consecutivas. Excedido el límite de primas impagas, la Compañía comunicará por escrito al Contratante, con por lo menos treinta (30) días de anticipación, su decisión de resolver el contrato de seguro.

El Contratante deberá efectuar el pago de las primas necesarias para mantener la póliza vigente, caso contrario, el contrato de seguro se resolverá conforme a lo comunicado y la Compañía realizará el rescate de la póliza, liberándose la Compañía de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza, salvo el de pagar al Asegurado el correspondiente Valor de Rescate, si lo hubiera.

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

DÉCIMO OCTAVA: REHABILITACIÓN

El Contratante podrá solicitar a la Compañía la rehabilitación de la póliza, en caso la cobertura del seguro hubiere quedado suspendida por falta de pagos, siempre y cuando la Compañía no haya comunicado su decisión de resolver la póliza o el contrato de seguro no se hubiere extinguido de acuerdo a lo establecido la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".

La rehabilitación de la póliza se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague previamente el total de las primas vencidas durante los primeros cuatro (4) años de vigencia de la póliza; o, un monto equivalente al total de las Deducciones Mensuales que no se hubiesen realizado a dicha fecha a partir del quinto (5°) año de vigencia de la póliza. La cobertura vuelve a tener efectos a partir de las 00:00 horas del día siguiente a aquel en el cual se realiza el pago antes indicado (fecha de rehabilitación). La Compañía sólo responderá por los siniestros ocurridos a partir de la fecha de rehabilitación, de conformidad con los términos de la presente póliza.

DÉCIMO NOVENA: OPCIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE LAS CONDICIONES DEL SEGURO

Las partes acuerdan que, en caso se produzca la terminación anticipada del presente contrato de seguro (resolución o extinción) por falta de pago de primas o debido a que no es posible realizar la Deducción Mensual por insuficiencia de saldos en las cuentas de la póliza, el Contratante dispondrá de un plazo máximo y no renovable de doce (12) meses para solicitar la emisión de un nuevo contrato, en el cual se respetarán los términos y condiciones correspondientes al presente seguro.

No procederá la opción de continuidad cuando la presente póliza haya sido liquidada por su valor de rescate total.

Para acceder a este beneficio, el Contratante deberá cumplir con lo siguiente:

- Suscribir el formato de opción de continuidad proporcionado por la Compañía.
- Ofrecer evidencias de asegurabilidad sobre el Asegurado que sean satisfactorias a juicio de la Compañía; siendo de cargo del Contratante los gastos que pudiera originar esta comprobación.
- Pagar el monto determinado por la Compañía con el objeto de constituir en la Cuenta Individual de la nueva póliza un saldo equivalente al que hubiera tenido la Cuenta Individual de la presente póliza si todas las primas hubiesen sido pagadas en la forma y tiempo establecidos en las Condiciones Particulares. Ello a fin de cumplir con el Pago del Beneficio de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Novena de las Condiciones Generales de la presente póliza titulada: "Beneficio".
- Demostrar capacidad de pago a través de la entrega de un monto equivalente a la prima correspondiente a un (01) periodo de cobertura según la frecuencia contratada en el presente contrato. En caso la opción de continuidad sea aprobada conforme a lo indicado en la presente cláusula, dicho monto se imputará al primer periodo de cobertura del nuevo contrato.

Se deja expresa constancia que la Compañía no otorgará cobertura durante el trámite de evaluación correspondiente a la opción de continuidad, por lo que de producirse un siniestro antes del inicio de vigencia del nuevo contrato o del rechazo de la solicitud, éste no gozará de cobertura.

Asimismo, se deja expresa constancia que los plazos establecidos para la aplicación de la exclusión por suicidio y para la indisputabilidad del seguro, empezarán a regir nuevamente desde el inicio de vigencia del nuevo contrato de seguro.

En caso no proceda la emisión del nuevo contrato por haberse determinado que el Asegurado no cumple con las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía, la Compañía reembolsará al Contratante el monto total que éste hubiere desembolsado a favor de la Compañía a efectos de acceder a la opción de continuidad.

Queda expresamente convenido que en cualquier momento durante la evaluación de la solicitud para acceder a la opción de continuidad y hasta antes de comunicada la aprobación de dicho trámite, el Contratante podrá desistirse de la solicitud remitiendo a la Compañía una carta simple adjuntando copia de su documento de identidad. La Compañía procederá con la devolución del monto total que el Contratante hubiere desembolsado a favor de la Compañía a efectos de acceder a la opción de continuidad en un plazo no mayor a treinta (30) días de recibida la notificación del desistimiento.

VIGÉSIMA: CONSTITUCIÓN DE LA CUENTA INDIVIDUAL

El saldo de la Cuenta Individual a la Fecha de Inicio de Vigencia de la presente póliza será igual a cero.

El saldo de la Cuenta Individual al día primero de cada mes calendario posterior a la fecha de inicio de vigencia será igual a:

- El saldo de la Cuenta Individual al día primero del mes calendario inmediatamente anterior.
más
- Toda prima comercial neta del factor de gestión e impuestos si existieran y gastos variables sobre prima (que figuran en la tabla B de las Condiciones Particulares), acreditada en la Cuenta Individual durante el mes anterior.
más
- Los intereses garantizados devengados durante el mes anterior, calculados de acuerdo con el procedimiento que se describe en la cláusula referida a Intereses Garantizados de la Cuenta Individual.
menos
- La Dedución Mensual correspondiente al mes anterior.

El saldo de la Cuenta Individual en una fecha cualquiera que no coincida con el día primero de un mes calendario es igual a:

- El saldo de la Cuenta Individual al inicio de ese mes.
más
- Toda prima comercial neta del factor de gestión e impuestos si existieran y gastos variables sobre prima, acreditada durante la fracción de mes transcurrida.
menos
- La Dedución Mensual correspondiente al mes en curso.

VIGÉSIMO PRIMERA: INTERESES GARANTIZADOS DE LA CUENTA INDIVIDUAL

La Cuenta Individual del Asegurado devengará intereses garantizados que se acreditarán al final de cada mes.

Estos intereses se calcularán en forma mensual, tomando la tasa mensual proporcional a la "Tasa de Interés Anual Garantizada de la Cuenta Individual" que figura en las Condiciones Particulares. La base de aplicación de dicha tasa mensual será el saldo en la Cuenta Individual al inicio del mes (neta del factor de gestión e impuestos si existieran y gastos variables sobre prima), más la prima comercial neta recibida en el mes, menos la deducción mensual correspondiente.

VIGÉSIMO SEGUNDA: CONSTITUCION DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

El saldo de la Cuenta de Excedentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza será igual a cero.

El saldo de la Cuenta de Excedentes al día primero de un mes posterior a la fecha de inicio de vigencia es igual a:

- Saldo de la Cuenta de Excedentes al día primero del mes inmediatamente anterior.
más
- Las primas de excedentes netas del factor de gestión e impuestos si existieran y gastos variables sobre prima de excedentes (que figuran en la tabla B de las Condiciones Particulares), acreditadas durante el mes anterior.
más
- Los intereses garantizados devengados durante el mes anterior, calculados de acuerdo con el procedimiento que se describe en la cláusula referida a Intereses Garantizados de la Cuenta de Excedentes.

menos

- Retiros Parciales de la Cuenta de Excedentes realizados durante el mes anterior.

El saldo de la Cuenta de Excedentes en una fecha cualquiera que no coincida con el día primero de un mes calendario es igual a:

- Saldo de la Cuenta de Excedentes al inicio de ese mes.

más

- Las primas de excedentes netas del factor de gestión e impuestos si existieran y gastos variables sobre prima de excedentes, acreditadas durante la fracción del mes transcurrido.

menos

- Retiros Parciales de la Cuenta de Excedentes realizados durante la fracción del mes transcurrido.

VIGÉSIMO TERCERA: INTERESES GARANTIZADOS DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

La Cuenta de Excedentes del Asegurado devengará intereses garantizados que se acreditarán al final de cada mes.

Estos intereses se calcularán en forma mensual, tomando la tasa mensual proporcional a la "Tasa de Interés Anual Garantizada de la Cuenta de Excedentes" que figura en las Condiciones Particulares. La base de aplicación de dicha tasa mensual será el saldo en la Cuenta de Excedentes al inicio del mes, más la(s) prima(s) de excedentes neta(s) recibida(s) en el mes (neta del factor de gestión e impuestos si existieran y gastos variables sobre prima de excedentes), menos los Retiros Parciales realizados durante el mes.

La tasa garantizada de la Cuenta de Excedentes **no es igual** a la tasa garantizada de la Cuenta Individual. Ambos valores se muestran en las Condiciones Particulares.

VIGÉSIMO CUARTA: RETIROS PARCIALES DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

En cualquier momento posterior al "Plazo Mínimo para Solicitar Retiros Parciales" que figura en las Condiciones Particulares, el Contratante podrá solicitar, por escrito, fracciones en efectivo del saldo de su Cuenta de Excedentes disminuido en el "Cargo por Retiro Parcial" especificado en las Condiciones Particulares. En ningún caso el importe del retiro parcial podrá superar el saldo de la Cuenta de Excedentes, ni tener un valor no comprendido entre los montos mínimo y máximo definidos en las Condiciones Particulares.

La Compañía se reserva el derecho de limitar la cantidad de retiros que pueden solicitarse durante cada año póliza. Tal limitación figura en las Condiciones Particulares.

Asimismo, la Compañía se reserva el derecho de diferir el pago del valor del retiro parcial hasta seis (6) meses después de haberse solicitado. Este plazo no será aplicable si el retiro parcial es utilizado para abonar la prima periódica.

Cada retiro parcial produce una disminución equivalente en el saldo de la Cuenta de Excedentes y, por lo tanto, una disminución en el Beneficio, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Importe del Beneficio".

VIGÉSIMO QUINTA: INFORMACIÓN AL CONTRATANTE

La Compañía remitirá o pondrá a disposición del Contratante con una frecuencia mensual un estado de las cuentas individual y de excedentes a través de la página web de la Compañía u otro medio digital que oportunamente se comunique para tales efectos. Dicho estado de cuenta incluirá como mínimo la información requerida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's mediante normas de carácter general que regulen los seguros de vida con componente de ahorro y/o inversión.

VIGÉSIMO SEXTA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA Y VALOR DE RESCATE:

El Contratante podrá solicitar a la Compañía, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro y luego de transcurrido el "Plazo Mínimo para Solicitudes de Rescate" especificado en las Condiciones Particulares, la resolución de su póliza por el correspondiente Valor de Rescate extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza, salvo la obligación de la Compañía de abonar el valor de rescate. En caso la solicitud de resolución se realice por escrito, el Contratante deberá adjuntar copia de su DNI.

El Valor de Rescate será igual al saldo de la Cuenta Individual a la fecha de resolución de la póliza, menos el "Cargo por Rescate" –que figura en la Tabla B de las Condiciones Particulares–, más el saldo de la respectiva Cuenta de Excedentes.

Asimismo, el Contratante podrá solicitar la resolución de su póliza en cualquier momento antes del "Plazo Mínimo para Solicitudes de Rescate", aplicándose los mismos requisitos y plazos establecidos en el primer párrafo de la presente cláusula, teniendo en cuenta que dicho Valor de Rescate solamente estará constituido por el saldo de la Cuenta de Excedentes.

El Valor de Rescate será pagado en un solo acto y dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en la cual se solicita la resolución del contrato.

Se deja expresa constancia que el plazo de dos (02) años establecido en el literal c) del artículo 126° de la Ley del Contrato de Seguro no es aplicable al presente seguro al ser este un seguro de vida temporal. El plazo mínimo para solicitar el valor de rescate se especifica en las Condiciones Particulares.

VIGÉSIMO SÉPTIMA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

1. Por ejercicio del derecho de arrepentimiento, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "De los documentos – Derecho de Arrepentimiento".
2. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Contratante respecto de la propuesta de revisión de la póliza efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".
3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con treinta (30) días

- calendario de anticipación, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.
4. A partir del quinto (5°) año de vigencia de la póliza, por exceder el límite de doce (12) primas pendientes de pago o su equivalente y previa comunicación con treinta (30) días calendario de anticipación de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.
 5. Cuando el Contratante manifieste su decisión de resolver la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Resolución de la Póliza y Valor de Rescate”.
 6. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Trigésimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada “Solicitud de Cobertura Fraudulenta”.

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

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

1. Por fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso el Beneficiario designado estará facultado a presentar la solicitud de cobertura, de conformidad con lo dispuesto en la póliza.
2. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde el vencimiento del plazo para realizar el pago de la prima o del plazo en el cual se debió realizar la Deducción Mensual, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.
3. Finalización del Período de Pago de Primas, establecido en las Condiciones Particulares.

Salvo ocurra el siniestro o se ejerza el derecho de arrepentimiento, se deja expresa constancia que, como consecuencia de la resolución y/o extinción del contrato de seguro, la Compañía liquidará y abonará a favor del Contratante el Valor de Rescate conforme a lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Resolución de la Póliza y Valor de Rescate”. El otorgamiento del Valor de Rescate incluye la devolución de la prima no devengada.

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

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

1. Si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante y/o el Asegurado incurren en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.
2. En caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobase que la edad declarada por el Asegurado superaba la “Edad Máxima de Ingreso” a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Edad”.

3. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.
4. Si al tiempo de la contratación del seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2, 3 o 4 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Contratante, sin intereses y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.

Las coberturas contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la póliza, terminarán en la fecha estipulada para cada una de ellas en las Condiciones Particulares o en cualquiera de los supuestos de extinción, resolución y nulidad mencionados en los puntos precedentes, lo que ocurra primero.

VIGÉSIMO OCTAVA: EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS

Este contrato de seguros no cubre la exoneración del pago de primas por el fallecimiento del Asegurado, cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

- a) Enfermedad o dolencia preexistente y/o congénita, salvo que haya sido expresamente declarada en la solicitud de seguro.
- b) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- c) Participación del Asegurado como sujeto activo de un acto delictivo o tipificado como delito o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- d) Acto criminal en el que resulte responsable el beneficiario
- e) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- f) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- g) Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos / litro, salvo cuando el Asegurado hubiere sido sujeto pasivo del acontecimiento que produjo su deceso.
- h) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la última reactivación de la póliza.
- i) La participación, práctica o el desempeño formal o informal de las siguientes actividades, oficios o profesiones: (i) guardaespaldas, vigilante, transportista de dinero (ii) piloto o tripulante, de líneas aéreas no regulares, (iii) chofer de transporte urbano y motociclistas que utilicen su vehículo como medio de trabajo (mensajeros, mototaxistas, despachadores), (iv) obrero de construcción que realice trabajos en alturas superiores a 15 metros, (v) minero de socavón, (vi) manipulación de explosivos, (vii) trabajo en horno, (viii) trabajo en plataformas petrolíferas, (ix) corresponsal de guerra, (x) cambista ambulatorio, (xi) estibadores; salvo que dichas actividades, oficios o profesiones hayan sido expresamente declaradas en la solicitud de seguro.
- j) La práctica habitual de deportes o aficiones de alto riesgo, entendiendo por aquellas a los deportes o aficiones en las cuales el Asegurado esté continuamente expuesto a caídas de altura,

quemaduras, golpes contundentes, cortes profundos, amputaciones, ahogo y/o muerte; salvo que la práctica de tales deportes o aficiones sea expresamente declarada en la solicitud de seguro.

k) Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.

Producido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta cobertura por cualquiera de las causas enunciadas en los incisos precedentes, la Compañía pagará el valor de rescate de la póliza, si lo hubiere, al Beneficiario.

VIGÉSIMO NOVENA: DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

El Contratante tiene el derecho de nombrar a los Beneficiarios Principales y Contingentes que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso, siempre que exista interés asegurable entre el Asegurado y los beneficiarios. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el beneficio pagadero a partir de la fecha indicada en las Condiciones Particulares como "Inicio del Pago del Beneficio", en caso de fallecimiento del Asegurado, siendo íntegramente responsable del uso que haga del mismo. El Contratante podrá cambiar en cualquier momento a los Beneficiarios, salvo que haya cedido este derecho a un tercero.

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

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

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

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

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

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

TRIGÉSIMO: AVISO DE SINIESTRO – REQUISITOS PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS

Al fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, el Beneficiario deberá informar por escrito al domicilio de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio, o en el menor plazo posible.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro establecido en la presente cláusula no genera la pérdida de los derechos que pudiese tener el Beneficiario en virtud del presente seguro.

Posteriormente, el Beneficiario, acreditando su calidad de tal, deberá presentar a la Compañía, la solicitud de cobertura empleando el formato de declaración de siniestro que le sea proporcionado, adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

En caso de Muerte Natural (no accidental):	En caso de Muerte Accidental:
1. Partida de defunción o acta de defunción.	1. Partida de defunción o acta de defunción.
2. Certificado médico de defunción completo.	2. Certificado médico de defunción completo.
3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.	3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
4. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).	4. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía)
	5. Protocolo de necropsia completo, según corresponda.
	6. Copia Certificada del Atestado o Informe policial completo o de la Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen.
	7. Resultado del examen de dosaje etílico y del examen toxicológico, según corresponda.

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

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

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

Asimismo, dentro de los primeros veinte (20) días de completada la información y/o documentación exigida en la presente cláusula para la evaluación de la solicitud de cobertura, la Compañía podrá requerir información y/o documentación adicional para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario; y, se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. Hasta que el Beneficiario cumpla con proporcionar la información y/o documentación adicional solicitada por la Compañía, se suspenderá el plazo para considerar un siniestro consentido, el cual se reanudará al día siguiente de completada toda la documentación adicional requerida por la Compañía.

En caso de fallecimiento, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo el Beneficiario o, en caso el Beneficiario sea menor de edad, el tutor del Beneficiario prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

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

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

Excepcionalmente, en los casos en los que exista un proceso judicial, en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa la cobertura del siniestro o el derecho de los beneficiarios, la Compañía podrá supeditar la decisión de la cobertura del siniestro o el pago del beneficio a la conclusión en última instancia del proceso respectivo, requiriendo el original o copia con certificación de reproducción notarial de la sentencia o resolución definitiva dentro del plazo de treinta (30) días establecido en el artículo 74° de la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946. En el requerimiento, la Compañía deberá justificar al Beneficiario, la necesidad de dicho documento. Lo antes expuesto no afecta el derecho de la Compañía de apersonarse al proceso.

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

Acreditado el hecho del fallecimiento del Asegurado, la Compañía asumirá el pago de las primas básicas hasta la finalización del Período de Pago de Primas establecido en las Condiciones Particulares.

TRIGÉSIMO PRIMERA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL PAGO DEL FONDO

En caso el Asegurado sobreviviese deberá presentar copia de su Documento de Identidad y proporcionar una cuenta bancaria a la Compañía para que se realicen los depósitos de las cuotas anuales del Beneficio.

En caso corresponda pagar el Importe del Beneficio a los Beneficiarios, cada uno de ellos deberá presentar copia de su Documento de Identidad y proporcionar una cuenta bancaria a la Compañía para que se realicen los depósitos de las participaciones de cada uno de ellos en las cuotas del Beneficio.

El depósito de la primera cuota del beneficio se realizará en la fecha indicada como “Inicio de pago de beneficio” y las cuotas restantes serán depositadas con periodicidad anual. Se deja expresa constancia que no se generarán intereses a cargo de la Compañía si se produce una demora en el pago del Beneficio por cuestiones atribuibles al Asegurado y/o Beneficiarios o en caso éstos no cumplieren con proporcionar de manera previa una cuenta bancaria para realizar el pago del beneficio.

En el caso que el Beneficiario falleciera antes de recibir el total del beneficio, las cuotas restantes serán pagadas a sus herederos instituidos de acuerdo a ley.

TRIGÉSIMO SEGUNDA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO

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

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta acarreará la resolución del presente contrato de seguro. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará el rechazo de la solicitud de cobertura y su decisión de resolver la póliza en virtud de la presente cláusula, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros. Dicha comunicación podrá ser remitida por correo, correo electrónico y/o fax a la dirección o número indicado por éste en la solicitud del seguro o documento posterior. En caso dichos datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a la Compañía, ésta quedará liberada de toda obligación. El seguro quedará resuelto de pleno derecho a los treinta (30) días de recibida la comunicación de resolución.

TRIGÉSIMO TERCERA: DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

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

El Asegurado tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza.

TRIGÉSIMO CUARTA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

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

TRIGÉSIMO QUINTA: DOMICILIO

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

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

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

TRIGÉSIMO SEXTA: PRESCRIPCIÓN

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

Cumplido el plazo de prescripción sin que el Contratante, el Asegurado o los Beneficiarios, según corresponda, hubieran solicitado el beneficio o el cumplimiento de cualquier obligación derivada de esta póliza, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado y de toda obligación derivada de la misma, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio, en los

seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona; sin embargo, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

TRIGÉSIMO SÉTIMA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

TRIGÉSIMO OCTAVA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

TRIGÉSIMO NOVENA: MONEDA DEL CONTRATO

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

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

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

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