



Lima, 25 de Abril de 2025

RESOLUCIÓN SBS
Nº 01593-2025

El Superintendente Adjunto de Regulación y Jurídica (e)

VISTA:

La solicitud presentada por Ohio National Seguros de Vida S.A. (en adelante la Compañía) con fecha 29 de enero de 2025, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto “Seguro de Vida Universal”¹, registrado con Código SBS N°VI1777100001, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 01234 - 2023 de fecha 05 de abril de 2023.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 29 de enero de 2025, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto “Seguro de Vida Universal”, registrado con Código SBS N° VI1777100001;

Que, a través de la Resolución SBS N° 01234 - 2023 de fecha 05 de abril de 2023, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un masivo, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro, cualquier solicitud de modificación de la documentación incorporada al Registro, se sujetará a los mismos plazos y condiciones señalados en los Subcapítulos II y III de dicho Reglamento; esto es, a los procedimientos de aprobación administrativa previa o revisión posterior, según corresponda. Una vez transcurrido el plazo establecido en la comunicación que realice la Superintendencia notificando la aprobación de la modificación, la Compañía no puede emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior;

Que, por su parte, el artículo 17° del referido Reglamento establece los documentos que las empresas deben presentar a esta Superintendencia a efectos de modificar los modelos de las pólizas;

Que, en la medida que la Compañía ha cumplido con lo prescrito en el mencionado artículo 17° del Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro, y considerando que el nuevo texto presentado cumple con la legalidad requerida por las normas vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de la condición mínima solicitada;

¹ También denominado “VU1”.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Que, considerando que nos encontramos ante un seguro de vida individual de largo plazo, no corresponde la aprobación de la condición mínima referida a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud, prevista en el inciso 2 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias, en adelante, el Reglamento de Conducta de Mercado. Asimismo, no corresponde la aprobación de la condición mínima referida a las modificaciones en la renovación de la póliza, establecida en el inciso 11 del párrafo 16.1 del artículo 16 del mencionado Reglamento, por cuanto la Compañía ha señalado que no la aplicará;

Que, la presente resolución modifica las condiciones mínimas previstas en los artículos 7, 8, 10, 14 y 22 del Condicionado General del producto "Seguro de Vida Universal", sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, contando con el visto bueno del Departamento de Asesoría Legal; y, en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 349° de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley N° 26702 y sus modificatorias; y lo dispuesto en la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta de Mercado y el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar la modificación de las condiciones mínimas previstas en los artículos 7, 8, 10, 14 y 22 del Condicionado General del producto "Seguro de Vida Universal", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS 01234 - 2023 de fecha 05 de abril de 2023, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo. - Registrar las modificaciones propuestas por la empresa en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento del Registro de Pólizas. En tal sentido, la Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Seguro de Vida Universal", incorporado en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

Artículo Tercero. - Conforme a lo dispuesto en el artículo 18° del Reglamento de Conducta de Mercado, la Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Vida Universal" modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas previas; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrate y comuníquese.

CARLOS CUEVA MORALES
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE REGULACION Y JURIDICA (E)

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf.: (511) 6309000

Este es un documento electrónico, archivado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://servicios.sbs.gob.pe/VerificaSBS/validacion>, ingresando el siguiente: Código de Verificación: **EETQDX-001**. La integridad del documento y la autoría de la(s) firma(s) pueden ser verificadas en: <https://apps.firmaperu.gob.pe/web/validador.xhtml>





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO Nº 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO 5 OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

(...)

5.2 Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia 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 treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la COMPAÑÍA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

(...)

ARTÍCULO 7 RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA)

La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguéndose todos los derechos y obligaciones de la presente PÓLIZA y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

a. Resolución Automática por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una solicitud por escrito a la COMPAÑÍA. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

La resolución opera de manera inmediata y surte efectos desde el día de presentada la solicitud. Finalizada la cobertura cesa la obligación del CONTRATANTE de pagar las primas por períodos no devengados.

Le corresponde a la COMPAÑÍA el cobro del Costo del Seguro, hasta el momento en que se efectuó la resolución. Cualquier devolución que corresponda, será pagada por la COMPAÑÍA en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en el que se presente la solicitud de resolución del contrato comunicada por EL CONTRATANTE.

b. Por imposibilidad del cobro del Costo del Seguro en el caso que la COMPAÑÍA decida resolver la PÓLIZA, durante el periodo de suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la COMPAÑÍA el cobro del Costo del Seguro de la póliza correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf.: (511) 6309000

Este es un documento electrónico, archivado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://servicios.sbs.gob.pe/VerificaSBS/validacion>, ingresando el siguiente: Código de Verificación: **EETQDX-001**. La integridad del documento y la autoría de la(s) firma(s) pueden ser verificadas en: <https://apps.firmaperu.gob.pe/web/validador.xhtml>





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

c. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En la presente causal, la resolución de la póliza se producirá sin perjuicio de que la COMPAÑÍA responda la solicitud de cobertura en el plazo legal establecido. Cabe mencionar que el (los) ASEGURADO(s) o el (los) BENEFICIARIO(s) o el (los) heredero(s) legal(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s). En este supuesto, el Importe del Beneficio que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho a éste. En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actúe, contando con los poderes legales suficientes, en nombre y representación de los demás ASEGURADOS, BENEFICIARIOS o herederos legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados.

Ante este escenario, la COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que se efectúe la resolución. Le corresponde a la COMPAÑÍA el Costo del Seguro de la Póliza, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

d. Por revocamiento del consentimiento del ASEGURADO, cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura².

e. Por rechazo del CONTRATANTE a las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA en caso de reticencia y/o declaración inexacta que no obedezca a dolo o culpa inexcusable³.

Durante la vigencia de la PÓLIZA, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser invocada por:

- El CONTRATANTE a su sola decisión y sin motivo alguno, conforme al literal a) precedente.

² ARTÍCULO 22. CONSENTIMIENTO DEL TERCERO

La COMPAÑÍA requerirá consentimiento previo por escrito del ASEGURADO cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. En este supuesto, el ASEGURADO podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberá cursar una comunicación escrita a la COMPAÑÍA, adjuntando copia de su documento de identidad. Una vez notificada la revocación del consentimiento del ASEGURADO, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho y la COMPAÑÍA procederá a la devolución del Costo del Seguro no devengado al CONTRATANTE.

³ ARTÍCULO 9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

(...)

9.3 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:

a. Constatación antes 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 del Costo del Seguro y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso la propuesta sea aceptada, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del CONTRATANTE, 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 primer párrafo del presente literal. Corresponden a la COMPAÑÍA los Cargos Periódicos de la Póliza, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

(...)

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf.: (511) 6309000

Este es un documento electrónico, archivado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://servicios.sbs.gob.pe/VerificaSBS/validacion>, ingresando el siguiente: Código de Verificación: **EETQDX-001**. La integridad del documento y la autoría de la(s) firma(s) pueden ser verificadas en: <https://apps.firmaperu.gob.pe/web/validador.xhtml>

2/8





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- La COMPAÑÍA en caso de presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b), c) y e) precedentes.
- El ASEGURADO, cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura, conforme lo dispuesto en el literal d) antes descrito.

En caso de resolución contractual, cuando corresponda el reembolso del Valor de Rescate, se deducirán los saldos insoluto de los préstamos vigentes, la COMPAÑÍA deberá reembolsar el referido Valor de Rescate menos los saldos insoluto de los préstamos vigentes dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución.

ARTÍCULO 8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.

La nulidad deja sin efecto el Contrato de Seguro desde el inicio de vigencia, debido a que existía una causal al momento de su celebración que hubiera impedido su celebración o modificado sus condiciones, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y, por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

a) El Contrato de Seguro será nulo si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubieran tomado el seguro sin contar con interés asegurable.

b) El Contrato de Seguro será nulo si al tiempo de la celebración se había producido el Siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

c) El Contrato de Seguro será nulo por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO⁴– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso de que no medie dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, el contrato seguirá vigente.

Para el caso descrito en el literal c) precedente, la COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que la COMPAÑÍA conoce de la reticencia o declaración inexacta, se haya producido o no el siniestro.

d) Declaración inexacta de la edad del ASEGURADO.

La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO acarrea la nulidad del Contrato de Seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigor del contrato, no está dentro de los límites establecidos en la Póliza para asumir el riesgo. En este caso, se procederá a la devolución de la Prima Comercial Recaudada.

⁴ ARTÍCULO 9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

9.1 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente.

9.2 Se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO que fueron materia de una pregunta y respuesta expresa en la Solicitud de Seguro y en sus Anexos.

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf.: (511) 6309000

Este es un documento electrónico, archivado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://servicios.sbs.gob.pe/VerificaSBS/validacion>, ingresando el siguiente: Código de Verificación: **EETQDX-001**. La integridad del documento y la autoría de la(s) firma(s) pueden ser verificadas en: <https://apps.firmaperu.gob.pe/web/validador.xhtml>





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**
República del Perú

En caso de nulidad, aplican los siguientes criterios:

- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no tendrán derecho a reclamar Indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO hubiese recibido alguna Indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la COMPAÑÍA el importe total de la Indemnización recibida.

-En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los literales a), b), c) y d) antes citados, la COMPAÑÍA procederá con la devolución del íntegro de la Prima Comercial recaudada (sin intereses) dentro del plazo de treinta (30) días calendario de comunicada la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente, en cuyo caso el Costo del Seguro queda adquirida por La COMPAÑÍA, quien tiene derecho al cobro de lo acordado para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

(...)

ARTÍCULO 10. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO

(...)

EFFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

i. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA. -

La Póliza se mantendrá vigente mientras que el saldo del Valor Póliza⁵ permita realizar el cargo del Costo del Seguro⁶ y sea mayor a los saldos insoluto de los préstamos vigentes de la misma.

Si el saldo del Valor Póliza resultara insuficiente para cubrir el importe de los costos del seguro, las cuotas de préstamos pendientes de pago y los saldos insoluto de los préstamos vigentes de la POLIZA, la COMPAÑÍA comunicará al CONTRATANTE y ASEGURADO, a través de los medios acordados en las Condiciones Particulares, que en caso no realice el pago del importe suficiente para cubrir el valor de los Costos del Seguro y cuotas de préstamos pendientes de pago, dentro de los treinta (30) días desde que no se pudo realizar dichos cargos, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo.

⁵ ARTÍCULO 1. DEFINICIONES:

(...)

1.46. VALOR PÓLIZA o SALDO DE AHORRO: Es la suma de la Prima Comercial recaudada, menos: (i) los costos del seguro (ii) cargos por gastos de adquisición, (iii) gastos por disminución de la suma asegurada, (vi) los rescates parciales efectuados por el CONTRATANTE y (v) los cargos por rescates parciales, más la rentabilidad del periodo.

⁶ ARTÍCULO 1. DEFINICIONES:

(...)

1.15. COSTO DEL SEGURO O PRIMA DEL COMPONENTE DE SEGURO: Es el monto que permite cubrir los riesgos de las coberturas contratadas en la presente póliza y que se descontará del Valor Póliza





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La COMPAÑÍA no será responsable por los 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 Importe del Beneficio correspondiente al Costo del Seguro y los saldos insoluto de los préstamos vigentes adeudado por el CONTRATANTE.

ii. RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA (FINALIZACIÓN ANTICIPADA). -

LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario, contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la COMPAÑÍA el Costo del Seguro de la Póliza correspondiente al plazo cubierto.

Se deja expresa constancia que si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la Prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la Prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la Prima. Le corresponde a la COMPAÑÍA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la PÓLIZA.

(...)

ARTÍCULO 14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO.

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado mediante comercializadores o a través del Sistema de Comercialización a Distancia; y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este tipo de seguro mediante dichos mecanismos de comercialización; el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación de esta. Para esto, el CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no se haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la Prima Comercial o parte de esta, la COMPAÑÍA procederá a la devolución total del importe pagado, dentro de los treinta (30) días siguientes al ejercicio del derecho de arrepentimiento.

(...)

ARTÍCULO 19. MECANISMO 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, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente, las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf.: (511) 6309000

Este es un documento electrónico, archivado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://servicios.sbs.gob.pe/VerificaSBS/validacion>, ingresando el siguiente: Código de Verificación: **EETQDX-001**. La integridad del documento y la autoría de la(s) firma(s) pueden ser verificadas en: <https://apps.firmaperu.gob.pe/web/validador.xhtml>





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**
República del Perú

(...)

ARTÍCULO 20. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurre el Siniestro y en el caso de las coberturas de muerte, el plazo se computa desde la fecha en que se tome conocimiento del beneficio, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 22. CONSENTIMIENTO DEL TERCERO

La COMPAÑÍA requerirá consentimiento previo por escrito del ASEGURADO cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. En este supuesto, el ASEGURADO podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberá cursar una comunicación escrita a la COMPAÑÍA, adjuntando copia de su documento de identidad. Una vez notificada la revocación del consentimiento del ASEGURADO, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho y la COMPAÑÍA procederá a la devolución del Costo del Seguro no devengado al CONTRATANTE.

(...)

ARTÍCULO 27. AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO

27.1 AVISO DE SINIESTRO:

El siniestro será comunicado a la COMPAÑÍA y de corresponder al COMERCIALIZADOR, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del Beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de Siniestro comunicado al COMERCIALIZADOR del seguro indicado en las CONDICIONES PARTICULARES, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización del presente producto bajo dicho canal de comercialización, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a la COMPAÑÍA, pudiendo recibir el COMERCIALIZADOR los documentos descritos para la atención del siniestro, señalados en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, la COMPAÑÍA podrá reducir la Indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un evento de caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el Siniestro libera de responsabilidad a la COMPAÑÍA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el Siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro, o si se demuestra que la COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

27.2 SOLICITUD DE COBERTURA:

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf.: (511) 6309000

Este es un documento electrónico, archivado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://servicios.sbs.gob.pe/VerificaSBS/validacion>, ingresando el siguiente: Código de Verificación: **EETQDX-001**. La integridad del documento y la autoría de la(s) firma(s) pueden ser verificadas en: <https://apps.firmaperu.gob.pe/web/validador.xhtml>





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la COMPAÑÍA (en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente, cuyas direcciones se encuentran detalladas en el Resumen del presente condicionado), o de corresponder en los locales del COMERCIALIZADOR, los siguientes documentos:

- Solicitud de Cobertura debidamente llenada y suscrita por el(los) BENEFICIARIO(S). Este documento tendrá carácter de declaración jurada.
- Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO, en caso se cuente con dicho documento.
- Certificación de reproducción notarial del Certificado de Defunción del ASEGURADO (emitido por un profesional de salud que constata el deceso).
- Certificación de reproducción notarial del Acta o Partida de Defunción del ASEGURADO (obtenido ante la autoridad pertinente).
- Copia Fedatada y Foliada de la Historia Clínica completa del ASEGURADO.

En caso el(los) BENEFICIARIO(S) sean personas naturales:

- Copia simple del Documento de Identidad de los BENEFICIARIO(S). En caso de que haya(n) BENEFICIARIO(S) menores de edad y no cuente(n) con Documento de Identidad, deberá(n) presentar Original o Certificación de reproducción notarial de su Partida de Nacimiento.
- En caso los BENEFICIARIOS sean los “Herederos Legales”, se deberá adjuntar Original o Certificación de reproducción notarial del Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, además de copia literal de la partida donde conste inscrito definitivamente dicho acto en Registros Públicos. En caso de que la Declaratoria de Herederos se haya realizado por vía judicial, será necesario que presenten la copia literal de la partida donde conste la inscripción definitiva en Registros Públicos. Estos documentos deberán tener una antigüedad no mayor a treinta (30) días.
- En caso el(los) BENEFICIARIO(S) sea(n) persona(s) jurídica(s):
- Copia simple de la ficha RUC de los BENEFICIARIOS, que deberá(n) tener una antigüedad no mayor a treinta (30) días.
- Copia simple del Documento de Identidad del representante legal de los BENEFICIARIOS
- Vigencia de poder del representante legal de los BENEFICIARIOS que deberá tener una antigüedad no mayor a treinta (30) días.
- En caso de que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, adicionalmente a los documentos antes mencionados, se deberán presentar los siguientes:
- Certificación de reproducción notarial del Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado.
- Certificación de reproducción notarial del Resultado del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.
- Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo.
- Certificación de reproducción notarial del Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la COMPAÑÍA, el ORIGINAL o Certificación de reproducción notarial de la resolución judicial de muerte presunta junto con el correspondiente Original o Certificación de reproducción notarial de la partida de defunción. El pronunciamiento de la COMPAÑÍA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511) 6309000

Este es un documento electrónico, archivado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://servicios.sbs.gob.pe/VerificaSBS/validacion>, ingresando el siguiente: Código de Verificación: **EETQDX-001**. La integridad del documento y la autoría de la(s) firma(s) pueden ser verificadas en: <https://apps.firmaperu.gob.pe/web/validador.xhtml>





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera debe ser Apostillado por el Consulado Peruano en el país de expedición; en defecto de ello, deberá ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una Traducción Oficial del mismo.

27.3 PAGO DE SINIESTRO:

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la PÓLIZA para que se produzca la liquidación del Siniestro, la COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso de que la COMPAÑÍA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el Siniestro.

Cuando la COMPAÑÍA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al BENEFICIARIO, la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la COMPAÑÍA solicitará a la Superintendencia de Banca Seguros y AFP la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo con el procedimiento 91º establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca Seguros y AFP debe comunicarse al(los) BENEFICIARIO(S) dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP deberá comunicarse al(los) BENEFICIARIO(S) en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la COMPAÑÍA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido o aprobado el Siniestro, la COMPAÑÍA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago de la Indemnización.





Lima, 10 de Noviembre de 2025

RESOLUCIÓN SBS
Nº 04016-2025

*El Superintendente de Banca, Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones*

VISTA:

La solicitud presentada por **Ohio National Seguros de Vida y Reaseguros S.A.** (la Compañía) con fecha 02 de octubre de 2025, mediante la cual solicita que esta Superintendencia autorice la modificación parcial de su estatuto social;

CONSIDERANDO:

Que, mediante acuerdo de Junta General Obligatoria Anual de Accionistas de fecha día 14 de marzo de 2025, se aprobó por unanimidad el cambio de su denominación social a **“AuguStar Seguros y Reaseguros S.A.”**, y consecuentemente la modificación parcial del Artículo Primero del estatuto social de la Compañía;

Que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 14° de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley N° 26702 y sus modificatorias (Ley General), toda modificación estatutaria debe contar con la aprobación previa de la Superintendencia, salvo el caso de las modificaciones que se deriven de aumentos de capital social a que se refiere el artículo 62° de la Ley General;

Que, la Compañía ha cumplido con remitir la documentación exigida en el Procedimiento N° 44 del Texto Único de Procedimientos Administrativos -TUPA de esta Superintendencia, aprobado por la Resolución SBS N° 1581-2023 y sus modificatorias, la cual se ha encontrado conforme tras la evaluación realizada;

Con el visto bueno de la Intendencia General de Supervisión de Instituciones de Seguros y el Departamento de Asesoría Legal; así como de la Superintendencia Adjunta de Seguros y de la Superintendencia Adjunta de Regulación y Jurídica, y;

En uso de las atribuciones conferidas por el artículo 349° de la Ley General y de conformidad con lo dispuesto por el artículo 14° de la misma Ley;

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf.: (511)6309000





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

RESUELVE:

Artículo Único. - Autorizar a **Ohio National Seguros de Vida y Reaseguros S.A.** , la modificación parcial del artículo primero de su estatuto social, según el cual se varía su denominación social a “**AuguStar Seguros y Reaseguros S.A.**”, cuyos documentos pertinentes quedan archivados en este organismo; y, devuélvase la minuta que lo formaliza con el sello oficial de esta Superintendencia, para su elevación a escritura pública en la que se insertará el texto de la presente resolución, para su correspondiente inscripción en el registro público respectivo.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

SERGIO JAVIER ESPINOSA CHIROQUE
SUPERINTENDENTE DE BANCA, SEGUROS Y AFP

Los Laureles N°214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000



PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

CONDICIONES PARTICULARES

1. DATOS DE LA COMPAÑÍA

Compañía: AuguStar Seguros y Reaseguros S.A.
RUC: 20554816526
Dirección: Calle Las Camelias 256 – Oficina 401 – San Isidro, Lima – Perú
Código Postal: Lima 15046
Teléfono: 204-2330
Página Web: www.augustarseguros.pe

2. DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre de Producto: Vida Universal
Versión producto: VU 1.0
Código SBS: VI1777100001
Póliza No.:
Lugar de Emisión:
Fecha de Emisión:
Fecha de Inicio de Vigencia: a las 00:00 Horas
Fecha de Fin de Vigencia: Indeterminado
Moneda:

3. DATOS DEL INTERMEDIARIO

En caso de ser persona natural:

Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombres:
Teléfono Fijo:
Correo Electrónico:
Código del Intermediario:

En caso de ser persona jurídica:

Razón Social:
RUC: Partida Electrónica:
Dirección:
Teléfono Fijo:
Correo Electrónico:
Código del Intermediario:

4. CONTRATANTE

En caso de ser persona natural:

Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombres:
Tipo de Documento de Identidad: Número de Documento de Identidad:
Dirección:
Teléfono Fijo:
Correo Electrónico (personal):
Correo Electrónico (laboral):

Nombres y Apellidos del Representante Legal:
Tipo de Documento de Identidad del Representante Legal:
Dirección:
Teléfono Fijo: Correo Electrónico:

Nº de Documento de Identidad:

En caso de ser persona jurídica:

Razón Social:
RUC:
Nombres y Apellidos del Representante Legal:
Tipo de Documento de Identidad del Representante Legal:
Número de Documento de Identidad del Representante Legal:
Dirección:
Teléfono Fijo: Correo Electrónico:

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

5. ASEGURADO O ASEGURADO TITULAR

Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombres: Nacionalidad:
Tipo de Documento de Identidad: Número de Documento de Identidad:
Fecha de Nacimiento: Dirección:
Teléfono Fijo: Celular:
Correo Electrónico (personal):
Correo Electrónico (laboral):

Se deja expresa constancia que el Asegurado Titular autoriza a la COMPAÑÍA a notificarle cualquier comunicación relacionada con el seguro de vida contratado en su favor a través de la dirección electrónica consignada, la misma que constituirá su domicilio contractual. Cualquier variación deberá ser informada a la COMPAÑÍA por escrito con, por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las notificaciones enviadas a la dirección electrónica antes indicada o comunicada posteriormente ante la COMPAÑÍA.

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Edad mínima de Ingreso: 18 años
Edad máxima de Ingreso: XX años y 364 días
Edad máxima de Permanencia: XX años con 364 días

7. COBERTURA PRINCIPAL DEL ASEGURADO TITULAR

COBERTURA PRINCIPAL	SUMA ASEGURADA	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	FECHA DE FIN DE VIGENCIA	NÚMERO DE DÍAS DE PERÍODO DE CARENCIA
Muerte				0 días

Opción elegida del Importe del Beneficio:

Clase de Riesgo:

Fumador:

Sí No

Sexo:

TIR Garantizada:

XX%

Suma Asegurada Mínima:

USD 10,000.00

Máximo de cambios de Suma Asegurada:

Dos (2) en un mismo Año Póliza

Máximo de cambios en la Opción del Importe del Beneficio: Dos (2) en un mismo Año Póliza

8. COBERTURA(S) ADICIONAL(ES) DEL ASEGURADOR TITULAR

COBERTURA(S) ADICIONAL(ES)	SUMAS ASEGURADAS	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	FECHA DE FIN DE VIGENCIA	NÚMERO DE DÍAS DE CARENCIA

9. RECARGOS

COBERTURA	RECARGO DE SOBREMORTALIDAD	RECARGO POR CADA UNIDAD DE CAPITAL ASEGURADO	MOTIVO

10. BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR

Los Herederos Legales del Asegurado Titular serán sus Beneficiarios: Sí No

10.1. Beneficiarios del ASEGURADO TITULAR:

BENEFICIARIO 1:

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

Correo Electrónico:

BENEFICIARIO 2:

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

BENEFICIARIO 3:

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

BENEFICIARIO 4:

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

10.2. Beneficiarios Contingentes del ASEGURADO TITULAR:

BENEFICIARIO 1:

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

BENEFICIARIO 2:

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

BENEFICIARIO 3

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

11. ASEGURADO ADICIONAL

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nombres:

Nacionalidad:

Tipo de Documento de Identidad:

Nº Documento de Identidad:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Celular:

Correo Electrónico (personal):

Correo Electrónico (laboral):

Se deja expresa constancia que el Asegurado Adicional autoriza a la COMPAÑÍA a notificarle cualquier comunicación relacionada con el seguro de vida contratado en su favor a través de la dirección electrónica consignada, la misma que constituirá su domicilio contractual. Cualquier variación deberá ser informada a la COMPAÑÍA por escrito con, por lo menos, quince (15) días de anticipación, caso contrario se considerarán como válidas, para todo efecto legal, las notificaciones enviadas a la dirección electrónica antes indicada o comunicada posteriormente ante la COMPAÑÍA.

12. COBERTURA PRINCIPAL DEL ASEGURADO ADICIONAL

COBERTURA PRINCIPAL	SUMA ASEGURADA	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	FECHA DE FIN DE VIGENCIA	NÚMERO DE DÍAS DE CARENCIA
Muerte para Asegurado Adicional				0 días

Clase de Riesgo:

Fumador:

Sí No

Sexo:

13. COBERTURA ADICIONAL DEL ASEGURADO ADICIONAL

CLÁUSULA ADICIONAL	SUMA ASEGURADA	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	FECHA DE FIN DE VIGENCIA	NÚMERO DE DÍAS DE CARENCIA
				0 días

14. RECARGOS DEL ASEGURADO ADICIONAL

COBERTURA	RECARGO DE SOBREMORTALIDAD	RECARGO POR CADA UNIDAD DE CAPITAL ASEGURADO	MOTIVO

15. BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO ADICIONAL

Los Herederos Legales del Asegurado Adicional serán sus Beneficiarios: Sí No

15.1. Beneficiarios del ASEGURADO ADICIONAL:

BENEFICIARIO 1

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

Correo Electrónico:

BENEFICIARIO 2

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

Correo Electrónico:

BENEFICIARIO 3

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

BENEFICIARIO 4

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

15.2. Beneficiarios Contingentes del ASEGURADO ADICIONAL:

BENEFICIARIO 1

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

BENEFICIARIO 2

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Celular:

%:

Irrevocable: Sí

No

BENEFICIARIO 3

Tipo de Persona:

Nombres/Razón Social:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Fecha Nacimiento/Constitución:

Parentesco:

Otro tipo de relación o vínculo:

Dirección:

Celular:

Teléfono Fijo:

%:

Correo Electrónico:

Irrevocable: Sí

No

16. COBERTURA FUERA DEL TERRITORIO PERUANO

La PÓLIZA otorgará cobertura mundial al ASEGURADO que, habiendo sido residente en la República de Perú al momento de contratar la presente POLIZA cambie temporalmente su lugar de residencia. No quedará cubierto el ASEGURADO y los territorios que fuesen sujetos a sanciones, prohibiciones, restricciones y/o limitaciones de conformidad con el marco jurídico regulatorio aplicable a la COMPAÑIA, en caso corresponda.

17. CONVENIO DE PAGO

PRIMA	MONTO
Prima Comercial por Cobertura de Fallecimiento	
Prima Comercial por Coberturas adicionales	
Prima Comercial Total + IGV	

El 100% del monto de la Prima Comercial es destinado al Valor Póliza (ahorro) de la presente póliza y es del Valor Póliza (ahorro) que luego se deduce la Prima del Componente de Seguro de la Póliza mencionado en el CONDICIONADO GENERAL.

LA PRIMA COMERCIAL TOTAL INCLUYE	MONTO
Cargos por la comercialización de seguros a través de:	Durante el primer año póliza, la comisión será el XX% aplicable sobre el Monto de Referencia o la Prima Comercial, el que sea menor. Durante el segundo, tercer y cuarto año póliza, la comisión será el XX% aplicable sobre el Monto de Referencia o la Prima Comercial, el que sea menor. En el quinto año póliza, la comisión será el XX% aplicable sobre el Monto de Referencia o la Prima Comercial, el que sea menor. En caso la Prima Comercial sea mayor al Monto de Referencia, la comisión adicional será el XX% aplicable a la diferencia de ambas.

- La comisión será pagada una vez que el cliente efectúe el pago de la prima.
- En caso de que el Contratante y/o Asegurado decida no usar intermediarios (corredores de seguros, comercializadores, promotores de seguros), la Prima Comercial no variará.
- Aplica bonificaciones premios u otros beneficios adicionales según acuerdo entre el intermediario y la Compañía, los cuales dependerán de los siguientes parámetros: volumen de ventas y/o metas alcanzadas sobre determinado periodo.

18. RANGOS DE PRIMA

Prima Anual (USD)	Primer Año	Años Siguientes
Prima Comercial Mínima		
Monto de Referencia		
Prima Comercial Máxima		

En caso el CONTRATANTE desee pagar, dentro de un mismo año póliza, una o más primas que en forma acumulada excedan la PRIMA MÁXIMA, deberá obtener la autorización previa y por escrito de la COMPAÑÍA.

19. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA COMERCIAL

Frecuencia de pago de la Prima Comercial:

Forma de pago de prima:

Lugar de pago de la prima: Bancos indicados por la COMPAÑÍA.

Las partes pueden acordar postergar el inicio de la cobertura de esta Póliza. El pago de las Primas Comerciales siguientes se efectuará el mismo día de la fecha de inicio de vigencia indicada en el numeral 2 de las presentes CONDICIONES PARTICULARES.

Nuestras primas podrán ser establecidas y pactadas tanto en moneda nacional como en moneda extranjera, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1234º y 1237º del Código Civil y según se indique en el numeral 2 de las presentes CONDICIONES PARTICULARES. En caso de haberse contratado en moneda extranjera y el CONTRATANTE opte por pagar la prima en Soles, deberá utilizar el tipo de cambio venta establecido por la entidad recaudadora en la fecha de pago.

La COMPAÑÍA no aceptará como válidos los pagos efectuados a funcionarios, empleados, corredores, promotores, asesores y/o consultores de la COMPAÑÍA, cualquiera sea la modalidad de pago elegida, toda vez que la COMPAÑÍA NO LOS AUTORIZA A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL. En tal sentido, la COMPAÑÍA no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el CONTRATANTE decida entregar a cualquiera de los antes mencionados, a pesar de conocer esta prohibición.

20. MÁXIMA PRIMA DEL COMPONENTE DE SEGURO POR CADA USD 1,000.00 DE MONTO NETO EN RIESGO O SUMA ASEGURADA DEPENDIENDO DE LA COBERTURA.

La máxima prima del componente de seguro a cobrar por cada USD 1,000.00 se encuentra detallado en el Anexo II, que es parte integrante de las presentes Condiciones Particulares.

21. DEDUCIBLE, COPAGOS Y FRANQUICIAS

No aplican en el presente producto.

22. FACTORES DE SEGURIDAD

RANGOS DE EDAD ACTUARIAL	FACTOR DE SEGURIDAD
18 a 19	XX
20 a 72	XX
73	XX
74	XX
75 a 90	XX
91	XX
92	XX
93	XX
94	XX
95 a 100	XX

23. GASTO ADMINISTRATIVO

El Gasto Administrativo será la suma de un porcentaje de la Prima Comercial o del Monto de Referencia (lo que sea menor) y un porcentaje de la Prima Comercial en exceso del Monto de Referencia:

AÑO PÓLIZA	%
1	XX%
2	XX%
3	XX%
4	XX%
5	XX%
6	XX%
7	XX%
8	XX%
9	XX%
10	XX%

GASTO POR EXCEDENTE**: 2% (diferencia entre Prima Comercial y Monto de Referencia)

* Sobre el Monto de Referencia o la Prima Comercial, la que sea menor.

** Aplica cuando la Prima Comercial sea mayor al Monto de Referencia.

El Porcentaje máximo por Monto de Referencia: 60%

El Porcentaje máximo entre la Prima Comercial en exceso del Monto de Referencia: 5%

24. RESCATE PARCIAL

Número máximo de Rescates Parciales (Por Año Póliza):

Monto mínimo de Rescate:

Porcentaje máximo de Rescate sobre el Valor de Rescate: 80%

25. CARGOS POR RESCATE

Cargos por Rescate Parcial

El Cargo por Rescate se calculará siguiendo la siguiente fórmula:

$$\text{Cargo por Rescate} = \frac{\sum RP}{\text{Valor de Rescate}} * \text{CRT}$$

Siendo:

$\sum RP$ = Sumatoria de los montos de Rescates Parciales desde el inicio de la póliza, incluyendo el monto resgate actual solicitado.

Valor de Rescate = Valor de Rescate a la fecha de solicitud.

CRT = Cargo por Rescate Total

26. CARGOS POR RESCATE TOTAL

AÑO PÓLIZA	PORCENTAJE APlicado al Monto de Referencia
1	XX%
2	XX%
3	XX%
4	XX%
5	XX%
6	XX%
7	XX%
8	XX%
9	XX%
10	XX%

27. FONDO PROYECTADO

El Fondo Proyectado se encuentra detallado en el Anexo I, que es parte integrante de las presentes Condiciones Particulares.

LA COMPAÑÍA otorga un rendimiento garantizado.

28. PRÉSTAMOS

Tasa de Interés aplicable al préstamo: Será utilizada la TIR Acreditada en el mes de solicitud del préstamo + spread que definirá la COMPAÑÍA en el momento del préstamo.

Plazo mínimo de préstamo será de:

Plazo máximo de préstamo será de:

Monto mínimo para solicitar:

Porcentaje máximo de préstamo sobre el Valor de Rescate:

Periodicidad del Pago:

Frecuencia (máximo por periodo anual):

Cálculo de cuotas del Préstamo

Para establecer el monto de la cuota fija se necesitará la siguiente información:

- Fecha de Desembolso
- Plazo (meses)
- Día de pago
- Monto de Préstamo Solicitado
- Tasa de interés efectiva anual
- Penalidades

Los cálculos de las cuotas fijas se realizarán con la siguiente fórmula:

$$Cuota Fija = \frac{\text{Monto de Préstamo solicitado}}{\text{Factor de Actualización Total}}$$

Factor de Actualización Total

$$\text{Factor de Actualización Total} = \sum_{j=1}^{j=n} \frac{1}{(1 + i \text{ anual})^{(dj/360)}}$$

Siendo:

$i \text{ anual}$ = Tasa de Interés aplicable al préstamo.

$\sum_{j=1}^{j=n}$ = Es la Sumatoria de los factores de actualización de cada cuota desde la primera hasta la última cuota n.

dj = Es el número de días calendario de cada cuota, contados desde la fecha de desembolso hasta la fecha final de la última cuota programada.

29. DECLARACIONES

El CONDICIONADO GENERAL, las CONDICIONES PARTICULARES, la SOLICITUD DE SEGURO y sus anexos, los endosos y las CLÁUSULAS ADICIONALES que se anexan a ella forman parte integrante de la PÓLIZA. Toda omisión, simulación, o falsedad en las declaraciones que haga el CONTRATANTE, el ASEGURADO y/o el ASEGURADO ADICIONAL en la SOLICITUD DE SEGURO respectiva y que obedezcan a dolo o culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato y, en consecuencia, toda obligación de la COMPAÑÍA, de acuerdo con el artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro.

Se deja expresa constancia que el presente seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.

30. CANALES DE COMUNICACIÓN

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes podrán remitirse a través de los siguientes canales:

Físico: Visita o comunicación en nuestras oficinas ubicadas en Calle Las Camelias N° 256, oficina N° 401, San Isidro.

Virtual: Mediante correo electrónico a servicioalcliente@augustaseguros.pe, o a través de la página web www.augustaseguros.pe

Telefónico: Llamando a nuestra Central de Atención al 01 204 2348.

27. INFORMACIÓN ADICIONAL

Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales

De conformidad con lo establecido en la Ley No 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la COMPAÑÍA, que estará ubicado en sus oficinas y/o almacenado en servicios de alojamiento contratados por la compañía para tales fines, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con la COMPAÑÍA, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de la COMPAÑÍA y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual, así como a la del intermediario de la presente PÓLIZA. El titular de datos personales declara conocer que el tratamiento de sus datos personales involucra la figura del encargo de tratamiento a través de uno o más encargados de tratamiento que, para efectos de estas CONDICIONES PARTICULARES, será el intermediario designado en ella quien actuará, de conformidad con la Ley N° 29733 y su Reglamento, como encargado del tratamiento. La COMPAÑÍA notificará al titular en caso del cambio de encargado del tratamiento según corresponda.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la COMPAÑÍA.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida a la COMPAÑÍA. En mérito a ello, el CONTRATANTE se obliga a informar a la COMPAÑÍA, del cambio de intermediario de la presente PÓLIZA, dentro de los cinco días calendario siguientes de producido el mismo; caso contrario, se tendrá como válido el intermediario señalado en la PÓLIZA y el cambio carecerá de valor y efecto para el presente contrato.

Declaro haber sido informado y dar mi consentimiento sobre el tratamiento de los datos personales.

Asimismo, la COMPAÑÍA podría utilizar los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que la COMPAÑÍA considere de su interés.

Acepto, que la COMPAÑÍA utilice mis datos personales con fines comerciales y/o publicitarios.

Para mayor detalle de la información, por favor consultar nuestra política de privacidad dentro de nuestro sitio web <https://www.augustarseguros.pe/>

AUGUSTAR SEGUROS	CONTRATANTE	ASEGURADO	ASEGURADO ADICIONAL
Alfredo Salazar Delgado Gerente General	Póliza entregada a la dirección electrónica	Póliza entregada a la dirección electrónica	Póliza entregada a la dirección electrónica

Póliza de Seguro emitida por AuguStar Seguros y Reaseguros S.A., con R.U.C. No. 20554816526; con dirección física en Calle Las Camelias 256 - Oficina 401 - San Isidro, Lima - Perú, provincia y departamento de Lima; y, con dirección electrónica www.augustarseguros.pe.

ESTE DOCUMENTO NO

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

CONDICIONES GENERALES

Código SBS: VI1777100001

CAPÍTULO I	CONSIDERACIONES GENERALES	2
ARTÍCULO 1	DEFINICIONES	2
ARTÍCULO 2	COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA COMPAÑÍA	5
ARTÍCULO 3	COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO	6
ARTÍCULO 4	COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO	6
ARTÍCULO 5	OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA	6
ARTÍCULO 6	CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO	7
ARTÍCULO 7	RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA)	7
ARTÍCULO 8	NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO	8
ARTÍCULO 9	RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA	9
ARTÍCULO 10	PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO	9
ARTÍCULO 11	REHABILITACIÓN LEGAL DE LA COBERTURA	11
ARTÍCULO 12	COMPROBACIÓN DE LA EDAD	11
ARTÍCULO 13	SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA	11
ARTÍCULO 14	DERECHO DE ARREPENTIMIENTO	12
ARTÍCULO 15	ATENCIÓN DE RECLAMOS	12
ARTÍCULO 16	DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	12
ARTÍCULO 17	INDISPUTABILIDAD	12
ARTÍCULO 18	DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES	12
ARTÍCULO 19	MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	13
ARTÍCULO 20	PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA	13
ARTÍCULO 21	TRIBUTOS	13
ARTÍCULO 22	CONSENTIMIENTO DEL TERCERO	13
CAPÍTULO II	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO	14
ARTÍCULO 23	CONDICIONES PARA SER ASEGURADO	14
ARTÍCULO 24	CESIÓN	14
ARTÍCULO 25	COBERTURA DE FALLECIMIENTO	14
ARTÍCULO 26	EXCLUSIONES	14
ARTÍCULO 27	AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO	15
ARTÍCULO 28	PAGO A LOS BENEFICIARIOS	17
ARTÍCULO 29	CAMBIOS DE OPCIÓN DEL MONTO DE RIESGO DE MUERTE	17
ARTÍCULO 30	CAMBIOS EN LA SUMA ASEGURADA	18
ARTÍCULO 31	RESCATE	18
ARTÍCULO 32	CARGO POR RESCATE	19
ARTÍCULO 33	PRÉSTAMOS	19
ARTÍCULO 34	ESTADOS DE CUENTA E INFORMACIÓN PERIODICA	19

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley No. 29355.

La COMPAÑÍA se compromete a proteger al ASEGURADO contra los riesgos que se especifican en la presente PÓLIZA, si la información proporcionada por el CONTRATANTE o ASEGURADO es verdadera.

La PÓLIZA y sus eventuales endosos, debidamente firmados, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

ARTÍCULO 1 DEFINICIONES

- 1.1 **ASEGURADO O ASEGURADO TITULAR:** Persona natural cuyo nombre y demás datos de identificación constan en las CONDICIONES PARTICULARES y cuya vida se asegura en la presente PÓLIZA. Es el titular del interés asegurable, objeto del contrato del seguro, puede ser también el CONTRATANTE del seguro.
- 1.2 **ASEGURADO ADICIONAL:** Persona natural cuyos datos de identificación constan en las Condiciones Particulares y cuya vida se asegura mediante la contratación de una Cláusula Adicional.
- 1.3 **BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica designada en la PÓLIZA o mediante declaración posterior, que recibirá la indemnización, Beneficio o SUMA ASEGURADA que se establezca de acuerdo con las condiciones y términos de esta PÓLIZA. La COMPAÑÍA tiene el derecho de rechazar cualquier cambio de BENEFICIARIO(s) solicitado que implique el otorgamiento de los derechos o beneficios de esta PÓLIZA a una persona, natural o jurídica que no tenga un interés asegurable en la vida del ASEGURADO al momento de la petición de cambio.
- 1.4 **BENEFICIARIO CONTINGENTE:** El que así ha sido declarado en las CONDICIONES PARTICULARES de esta PÓLIZA; tendrá derecho al cobro del importe del beneficio solo en caso de que al momento del siniestro no exista ningún BENEFICIARIO vivo. En caso del Fallecimiento de cualquier BENEFICIARIO CONTINGENTE el importe del beneficio que le hubiera correspondido acrecentará el Importe del Beneficio de los BENEFICIARIOS CONTINGENTES supérstites.
- 1.5 **BENEFICIARIO IRREVOCABLE:** La declaración de BENEFICIARIO(S) podrá tener el carácter de irrevocable. Toda modificación de BENEFICIARIO(S) IRREVOCABLE(S) será solicitada mediante comunicación escrita, debidamente suscrita por el CONTRATANTE y el BENEFICIARIO IRREVOCABLE a ser modificado, cuyas firmas deberán contar con certificación ante notario. Asimismo, se requerirá este consentimiento para llevar adelante cualquier cesión.
- 1.6 **CLÁUSULAS ADICIONALES:** Son Condiciones Especiales que tienen por objeto incorporar coberturas adicionales a las coberturas establecidas en las CONDICIONES GENERALES.
- 1.7 **COMERCIALIZADOR:** Persona Natural o Jurídica con la que la COMPAÑÍA celebra un contrato de comercialización, con el objeto de que éste se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros. También se consideran comercializadores a las empresas de operaciones múltiples (Bancaseguros) y a las empresas emisoras de dinero electrónico.
- 1.8 **COMPAÑÍA:** Es AuguStar Seguros y Reaseguros S.A. quien emite la presente PÓLIZA.
- 1.9 **CONDICIONES ESPECIALES:** Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar y en general modificar el contenido o efectos de las CONDICIONES GENERALES o PARTICULARES.
- 1.10 **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, entre otros.

- 1.11 CONDICIONES PARTICULARES O ESPECÍFICAS:** Documento que contiene las estipulaciones del Contrato de Seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes CONTRATANTES, la designación del ASEGURADO y el BENEFICIARIO, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la SUMA ASEGURADA, 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 de la PÓLIZA y demás condiciones de aseguramiento. Cualquier referencia a las Condiciones Particulares se entiende referida a las Condiciones Específicas.
- 1.12 CONTRATANTE:** Persona natural o jurídica que firma este Contrato de Seguro con la COMPAÑÍA y quien es el responsable del pago de las Primas. Él designará a los BENEFICIARIOS o podrá ceder esta facultad al ASEGURADO. La designación de BENEFICIARIOS será realizada mediante la presentación del formulario proporcionado por la COMPAÑÍA.
- Las designaciones de BENEFICIARIOS son revocables y el CONTRATANTE podrá cambiarlos en cualquier momento hasta antes de la fecha de fallecimiento del ASEGURADO.
- El CONTRATANTE cuenta con todos los derechos inherentes a la PÓLIZA mientras que el ASEGURADO no haya fallecido, con sujeción a los derechos de cualquier cesionario conocido. Luego del fallecimiento del ASEGURADO, el CONTRATANTE únicamente tendrá los derechos que le pudieran corresponder según la sección BENEFICIARIO. El CONTRATANTE podrá solicitar a la COMPAÑÍA el cambio de CONTRATANTE, mediante la presentación del formulario correspondiente. Dicha solicitud estará sujeta a la evaluación de la COMPAÑÍA.
- 1.13 CONVENIO DE PAGOS O CRONOGRAMA DE PAGO:** Documento en el que consta el compromiso del CONTRATANTE de pagar la Prima Planeada en la forma y plazos pactados con la COMPAÑÍA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular.
- 1.14 CORREDOR DE SEGUROS:** Es la persona que realiza la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizada por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Entre sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la PÓLIZA DE SEGUROS, entre otros.
- 1.15 COSTO DEL SEGURO O PRIMA DEL COMPONENTE DE SEGURO:** Es el monto que permite cubrir los riesgos de las coberturas contratadas en la presente póliza y que se descontará del Valor Póliza.
- 1.16 CULPA INEXCUSABLE:** Quien por negligencia grave no ejecuta la obligación. Se presenta cuando no se toman las diligencias y los cuidados más elementales; no es intencional el no cumplir.
- 1.17 DECLARACIÓN INEXACTA:** Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.
- 1.18 DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD – DPS:** Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO y el ASEGURADO ADICIONAL, de corresponder; respecto de su estado de salud y que es parte integrante de la SOLICITUD DE SEGURO en calidad de anexo. La Declaración Personal de Salud deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por la COMPAÑÍA.
- 1.19 DÍAS:** Días calendario.
- 1.20 DOLO:** Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir o no declarar intencionalmente lo que se debe declarar. Tiene el mismo efecto que la Culpa Inexcusable, salvo las excepciones previstas normativamente.
- 1.21 EDAD DEL ÚLTIMO CUMPLEAÑOS:** es la Edad alcanzada en el último cumpleaños.
- 1.22 ENDOSO:** Documento que se adhiere con posterioridad a la emisión de la PÓLIZA, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del CONTRATANTE, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE, según corresponda.
- 1.23 EXCLUSIONES:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que

no están cubiertas por este seguro. Las exclusiones se encuentran expresamente indicadas en el Capítulo II de las presentes CONDICIONES GENERALES.

- 1.24 FECHA DE VENCIMIENTO:** La Fecha de Vencimiento es el aniversario de la Póliza en el que el ASEGURADO llega con vida a la edad de cien (100) años. En dicha fecha se pagará el Importe del Beneficio, según la opción vigente a la fecha de vencimiento.
- 1.25 CARGO POR GASTOS DE ADQUISICIÓN:** Es el costo que se cobra para cubrir los gastos de adquisición de la póliza. Este cargo se deduce del Valor Póliza y se calcula aplicando un porcentaje a la Prima Comercial Recaudada, detallado en las Condiciones Particulares, sobre el monto de la Prima Comercial o el monto de referencia, lo que sea menor.
- 1.26 IMPORTE DEL BENEFICIO POR MUERTE:** Es el monto que resulta de la suma del Monto a Riesgo y el Valor Póliza a la fecha del fallecimiento del ASEGURADO.
- 1.27 INTERÉS ASEGURABLE:** Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es la relación de pérdida económica que motiva al CONTRATANTE y/o ASEGURADO a obtener la cobertura para la protección de determinado riesgo, reflejado en el deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que, de producirse, generaría un perjuicio económico para ellos mismos o para los BENEFICIARIOS.
- 1.28 MESES Y AÑOS PÓLIZA:** Esta PÓLIZA entrará en vigor en la Fecha de la PÓLIZA que figura en las CONDICIONES PARTICULARES. Los Meses y Años PÓLIZA se obtienen a partir de la Fecha de la PÓLIZA. El primer día del Año de la PÓLIZA corresponde a la Fecha de la PÓLIZA y sus aniversarios.
- 1.29 MONTO A RIESGO:** Es lo siguiente:
- En la Opción A:** Es el resultante mayor entre: la Suma Asegurada menos el Valor Póliza o el Valor Póliza multiplicado por un Factor de Seguridad que figura en las Condiciones Particulares.
 - En la Opción B:** Es el resultante mayor entre: la Suma Asegurada o el Valor Póliza multiplicado por un Factor de Seguridad que figura en las Condiciones Particulares.
- 1.30 MUERTE O FALLECIMIENTO:** Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa.
- 1.31 PERÍODO DE CARENCIA:** Período de tiempo durante el cual las coberturas no se encuentran activas aun cuando haya iniciado la vigencia de la PÓLIZA. El Período de Carencia, en caso lo hubiere, será determinado en las CONDICIONES PARTICULARES.
- 1.32 PÓLIZA:** Es el documento emitido por la COMPAÑÍA en el que consta el Contrato de Seguro. Está conformado por las presentes CONDICIONES GENERALES, CONDICIONES PARTICULARES, CONDICIONES ESPECIALES, si las hubiere, entre las que se encuentran las cláusulas adicionales (de haberlas); la SOLICITUD DE SEGURO y sus anexos. En caso de producirse discrepancias entre las condiciones de esta PÓLIZA, queda convenido que las CONDICIONES ESPECIALES prevalecen sobre las CONDICIONES PARTICULARES y éstas prevalecen sobre las Generales. En las presentes CONDICIONES GENERALES y en los demás documentos que formen parte de la PÓLIZA, se podrá hacer referencia indistintamente a PÓLIZA de Seguro o a Contrato de Seguro.
- 1.33 MONTO DE REFERENCIA O PRIMA BÁSICA O PRIMA TARGET:** Monto indicado en las Condiciones Particulares y en función de la cual se calcularán el pago de comisiones a los intermediarios, los gastos administrativos y el cargo por rescate siempre y cuando la prima comercial sea mayor al monto de referencia, en caso contrario se utilizaría la prima comercial.
- 1.34 PRIMA COMERCIAL O DEPÓSITO O PRIMA RECIBIDA O PRIMA RECAUDADA:** Es la prima recibida por el asegurado destinada a la cuenta de ahorro, costos del seguro, cargo por gastos de adquisición, gastos de gestión e inversiones y margen de utilidad requerido, la cual no considera impuestos.
- 1.35 PROMOTOR:** Persona Natural que mantiene un contrato con la COMPAÑÍA, que lo faculta para promover, ofrecer y comercializar productos de seguros dentro o fuera de las oficinas de la COMPAÑÍA.

- 1.36 RECARGOS:** Incremento que se aplica al costo del seguro para cubrir el precio de coberturas o riesgos agregados.
- 1.37 RETICENCIA:** Es la omisión en describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.
- 1.38 SINIESTRO:** Ocurrencia o materialización del (de los) riesgo(s) amparado(s) por la PÓLIZA.
- 1.39 SOLICITUD DE SEGURO:** Constancia de voluntad de contratar el Seguro. Los documentos donde consten las declaraciones del CONTRATANTE y del ASEGURADO son parte de la SOLICITUD DE SEGURO, en calidad de anexos.
- 1.40 SUMA ASEGURADA:** Es el importe que figura en las CONDICIONES PARTICULARES, en base al cual se pagará el IMPORTE DEL BENEFICIO POR MUERTE en caso de la ocurrencia de un siniestro cubierto por la PÓLIZA.
- 1.41 SUMA ASEGURADA MÍNIMA:** Es el importe que como mínimo podrá ser contratado para esta cobertura y que figura en las CONDICIONES PARTICULARES.
- 1.42 TASA INTERNA DE RETORNO (TIR):** Es la tasa anual calculada a un año de 360 días calendario del rendimiento de las inversiones de la COMPAÑÍA.
- 1.43 TASA INTERNA DE RETORNO ACREDITADA (TIR ACREDITADA):** Es la TIR que la COMPAÑÍA pagará periódicamente sobre el Valor Póliza, la cual no podrá ser menor a la TIR Garantizada.
- 1.44 TASA INTERNA DE RETORNO GARANTIZADA (TIR GARANTIZADA):** Es la TIR mínima que la COMPAÑÍA se compromete a pagar sobre el Valor Póliza y que será fijada en las Condiciones Particulares.
- 1.45 VALOR DE RESCATE:** Es el equivalente al Valor Póliza menos el Cargo por Rescate, y las cuotas vencidas de los préstamos vigentes.
- 1.46 VALOR PÓLIZA O SALDO DE AHORRO:** Es la suma de Prima Comercial recaudada, menos: (i) Los costos del seguro, (ii) Cargos por gastos de adquisición, (iii) Gastos por disminución de la suma asegurada, (iv) Los rescates parciales efectuados por el CONTRATANTE y (v) Los cargos por rescates parciales, más la rentabilidad del periodo.

ARTÍCULO 2 COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA COMPAÑÍA

- 2.1** La COMPAÑÍA se compromete a indemnizar al ASEGURADO o BENEFICIARIO(s), según corresponda, de acuerdo con las condiciones de la PÓLIZA.
- 2.2** La COMPAÑÍA enviará por correo electrónico al CONTRATANTE un estado de cuenta sobre su PÓLIZA de manera mensual.
- 2.3** Desde que esta Póliza esté vigente, a solicitud del CONTRATANTE, la COMPAÑÍA enviará información ilustrativa actualizada, mostrando el Valor Póliza, el Valor de Rescate basados en la TIR Acreditada y TIR Garantizada, así como cualquier otro supuesto.
- 2.4** La PÓLIZA otorgará cobertura mundial al ASEGURADO que, habiendo sido residente en la República de Perú al momento de contratar la presente POLIZA cambie temporalmente su lugar de residencia. No quedará cubierto el ASEGURADO y los territorios que fuesen sujetos a sanciones, prohibiciones, restricciones y/o limitaciones de conformidad con el marco jurídico regulatorio aplicable a la COMPAÑÍA y/o al Reasegurador, en caso corresponda.

ARTÍCULO 3 COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO

- 3.1** El CONTRATANTE se compromete a mantener un saldo suficiente en el VALOR PÓLIZA para cubrir los costos del seguro.
- 3.2** El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente la SOLICITUD DE SEGURO y sus anexos, suministrados por la COMPAÑÍA, cuando corresponda. En caso la normativa vigente permita la contratación de este

tipo de seguro mediante mecanismos de comercialización a distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO también están obligados a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.

- 3.3** EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a brindar a la COMPAÑÍA toda la información pertinente, tanto en la SOLICITUD DE SEGURO y sus anexos, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de la COMPAÑÍA, la emisión de la PÓLIZA y el cálculo de la prima correspondiente.
- 3.4** EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- 3.5** EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO declaran conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un Corredor de Seguros como representante. De ser el caso, éste tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente Contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la COMPAÑÍA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.
- 3.6** La PÓLIZA se basa en la información ofrecida por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE en la SOLICITUD DE SEGURO y sus anexos, así como en cualquier otra comunicación escrita con la COMPAÑÍA.
- 3.7** El ASEGURADO se compromete a facilitar a la COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, física o electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la COMPAÑÍA desde que recibe la SOLICITUD DE SEGURO y sus anexos. El compromiso y autorización del ASEGURADO se entiende también extendido a la información que requiera la COMPAÑÍA para evaluar cualquier solicitud de cobertura bajo este seguro.

ARTÍCULO 4 COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

- 4.1** La presente Póliza tendrá la vigencia indicada en las Condiciones Particulares.
- 4.2** De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes pueden acordar postergar el inicio de la cobertura del seguro.

ARTÍCULO 5 SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PÓLIZA FORMULADA POR EL CONTRATANTE; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

5.1 Observación de Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la PÓLIZA:

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 no reclama dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la PÓLIZA.

No obstante, la aceptación indicada en el párrafo precedente se presume solo cuando la COMPAÑÍA haya advertido al CONTRATANTE en forma detallada, mediante documento adicional y distinto a la PÓLIZA, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por la COMPAÑÍA, se tendrán las diferencias como no escritas, excepto cuando éstas sean favorables para el ASEGURADO.

Para producir efectos antes de los treinta (30) días, la aceptación de las diferencias por parte del CONTRATANTE deberá ser expresa.

Cuando existan diferencias entre los términos y condiciones del seguro ofrecidas mediante sistemas de publicidad y el contenido de la PÓLIZA, relativas al mismo Seguro, prevalecen las condiciones más favorables para el ASEGURADO.

5.2 Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia 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 treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la COMPAÑÍA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

ARTÍCULO 6 CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro terminará en la primera de las siguientes fechas o lo que ocurra primero, sin necesidad de aviso previo, simultáneo o posterior por parte de la COMPAÑÍA:

- a. Cuando se produzca un siniestro que dé lugar al pago del cien por ciento (100%) del IMPORTE DEL BENEFICIO de la cobertura principal de la presente PÓLIZA.
- b. Al finalizar la vigencia de la PÓLIZA.
- c. En caso corresponda, al término de la anualidad correspondiente a la fecha en que el ASEGURADO haya cumplido la Edad Máxima de Permanencia, que será señalada en el Capítulo II del presente Condicionado General.
- d. Si el interés asegurable desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

En caso se produzca la terminación contractual, la ASEGURADORA tendrá derecho a percibir el Costo del Seguro de la Póliza correspondiente al período efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 7 RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA)

La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguéndose todos los derechos y obligaciones de la presente PÓLIZA y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a. Resolución Automática por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una solicitud por escrito a la COMPAÑÍA. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

La resolución opera de manera inmediata y surte efectos desde el día de presentada la solicitud. Finalizada la cobertura cesa la obligación del CONTRATANTE de pagar las primas por períodos no devengados.

Le corresponde a la COMPAÑÍA el cobro del Costo del Seguro, hasta el momento en que se efectuó la resolución. Cualquier devolución que corresponda, será pagada por la COMPAÑÍA en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en el que se presente la solicitud de resolución del contrato comunicada por EL CONTRATANTE.

- b. Por imposibilidad del cobro del Costo del Seguro en el caso que la COMPAÑÍA decida resolver la PÓLIZA, durante el período de suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la COMPAÑÍA el cobro del Costo del Seguro de la póliza correspondiente al período efectivamente cubierto.
- c. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En la presente causal, la resolución de la póliza se producirá sin perjuicio de que la COMPAÑÍA responda la solicitud de cobertura en el plazo legal establecido. Cabe mencionar que el (los) ASEGURADO(s) o el (los) BENEFICIARIO(s) o el (los) heredero(s) legal(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s). En este supuesto, el Importe del Beneficio que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho a éste. En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actúe, contando con los poderes legales suficientes, en nombre y representación de los demás ASEGURADOS, BENEFICIARIOS o herederos

legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados.

Ante este escenario, la COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha en que se efectúe la resolución. Le corresponde a la COMPAÑÍA el Costo del Seguro de la Póliza, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- d. Por revocamiento del consentimiento del ASEGURADO, cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura.
- e. Por rechazo del CONTRATANTE a las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA en caso de reticencia y/o declaración inexacta que no obedezca a dolor o culpa inexcusable.

Durante la vigencia de la PÓLIZA, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser invocada por:

- El CONTRATANTE a su sola decisión y sin motivo alguno, conforme al literal a) precedente.
- La COMPAÑÍA en caso de presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b), c) y e) precedentes.
- El ASEGURADO, cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura, conforme lo dispuesto en el literal d) antes descrito.

En caso de resolución contractual, cuando corresponda el reembolso del Valor de Rescate, se deducirán los saldos insoluto de los préstamos vigentes, la COMPAÑÍA deberá reembolsar el referido Valor de Rescate menos los saldos insoluto de los préstamos vigentes dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución.

ARTÍCULO 8 NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La nulidad deja sin efecto el Contrato de Seguro desde el inicio de vigencia, debido a que existía una causal al momento de su celebración que hubiera impedido su celebración o modificado sus condiciones, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y, por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

- a) El Contrato de Seguro será nulo si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubieran tomado el seguro sin contar con interés asegurable.
- b) El Contrato de Seguro será nulo si al tiempo de la celebración se había producido el Siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c) El Contrato de Seguro será nulo por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso de que no medie dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, el contrato seguirá vigente.

Para el caso descrito en el literal c) precedente, la COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que la COMPAÑÍA conoce de la reticencia o declaración inexacta, se haya producido o no el siniestro.

- d) Declaración inexacta de la edad del ASEGURADO.

La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO acarrea la nulidad del Contrato de Seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigor del contrato, no está dentro de los límites establecidos en la Póliza para asumir el riesgo. En este caso, se procederá a la devolución de la Prima Comercial Recaudada.

En caso de nulidad, aplican los siguientes criterios:

- El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no tendrán derecho a reclamar Indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO hubiese recibido alguna Indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la

COMPAÑÍA el importe total de la Indemnización recibida.

- En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los literales a), b), c) y d) antes citados, la COMPAÑÍA procederá con la devolución del íntegro de la Prima Comercial recaudada (sin intereses) dentro del plazo de treinta (30) días calendario de comunicada la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente, en cuyo caso el Costo del Seguro queda adquirida por La COMPAÑÍA, quien tiene derecho al cobro de lo acordado para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

ARTÍCULO 9 RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA

- 9.1 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente.
- 9.2 Se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO que fueron materia de una pregunta y respuesta expresa en la Solicitud de Seguro y en sus Anexos.
- 9.3 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:
 - a. Constatación antes 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 del Costo del Seguro y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso la propuesta sea aceptada, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del CONTRATANTE, 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 primer párrafo del presente literal. Corresponden a la COMPAÑÍA los Cargos Periódicos de la Póliza, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- b. Constatación después de que se produzca el siniestro:

La COMPAÑÍA reducirá la Indemnización a pagar en la misma proporción existente entre el Costo del Seguro cobrado y el que debió haberse pagado.

ARTÍCULO 10 PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO

- 10.1 El pago de la Prima Comercial tiene por objeto constituir el Fondo Proyectado que figura en las Condiciones Particulares y contribuir al Valor Póliza de manera que siempre cuente con saldo suficiente sobre el cual resulte posible realizar el cobro del Costo del Seguro.
- 10.2 En caso el CONTRATANTE desee pagar, dentro de un mismo año Póliza, una o más primas comerciales que en forma acumulada excedan la PRIMA COMERCIAL MÁXIMA, deberá obtener la autorización previa y por escrito de la COMPAÑÍA.
- 10.3 El Costo del Seguro que la COMPAÑÍA descontará periódicamente del Valor Póliza, el cual tiene por objeto garantizar las coberturas de seguro de la PÓLIZA, siempre y cuando exista saldo en el Valor Póliza sobre el cual realizar dichos cargos.
- 10.4 El Costo del Seguro es debida por el CONTRATANTE a la COMPAÑÍA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de este cargo, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el BENEFICIARIO.

- 10.5** El pago de la Prima Comercial mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido.
- 10.6** La COMPAÑÍA podrá compensar el Costo del Seguro a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al cesionario o BENEFICIARIO en caso de Siniestro.
- 10.7** Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto del Costo del Seguro, con las obligaciones de la COMPAÑÍA provenientes de Siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la COMPAÑÍA, sin la expresa y previa aceptación de la COMPAÑÍA.
- 10.8** En caso de Siniestro que deba ser indemnizado en virtud de la presente PÓLIZA, el Costo del Seguro para cubrir el riesgo se entenderá totalmente devengado, debiendo la COMPAÑÍA descontarlo del pago de la Indemnización correspondiente.
- 10.9** El pago de la Prima Comercial tendrá efecto a partir del día y hora en que la COMPAÑÍA o la entidad financiera o persona jurídica autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la Prima Comercial tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.
- 10.10** Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la COMPAÑÍA. Cualquier pago realizado al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.
- 10.11** La COMPAÑÍA no aceptará como válidos los pagos efectuados a funcionarios, empleados, corredores, promotores, asesores y/o consultores de la COMPAÑÍA, cualquiera sea la modalidad de pago elegida, toda vez que AuguStar Seguros y Reaseguros S.A. NO LOS AUTORIZA A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL. En tal sentido, AuguStar Seguros y Reaseguros S.A. no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el CONTRATANTE decida entregar a cualquiera de los antes mencionados, a pesar de conocer esta prohibición.

EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

i) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-

La Póliza se mantendrá vigente mientras que el saldo del Valor Póliza permita realizar el cargo del Costo del Seguro y sea mayor a los saldos insoluto de los préstamos vigentes de la misma.

Si el saldo del Valor Póliza resultara insuficiente para cubrir el importe de los costos del seguro, las cuotas de préstamos pendientes de pago y los saldos insoluto de los préstamos vigentes de la PÓLIZA, la COMPAÑÍA comunicará al CONTRATANTE y ASEGURADO, a través de los medios acordados en las Condiciones Particulares, que en caso no realice el pago del importe suficiente para cubrir el valor de los Costos del Seguro y cuotas de préstamos pendientes de pago, dentro de los treinta (30) días desde que no se pudo realizar los cargos, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo.

La COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

Si el fallecimiento ocurriese 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 Importe del Beneficio correspondiente al Costo del Seguro y los saldos insoluto de los préstamos adeudado por el CONTRATANTE.

ii) RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA (FINALIZACIÓN ANTICIPADA).-

LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario, contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la COMPAÑÍA el Costo del Seguro de la Póliza correspondiente al plazo cubierto.

Se deja expresa constancia que si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la Prima dentro de los noventa (90) días siguientes

al vencimiento del plazo de pago de la Prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la Prima. Le corresponde a la COMPAÑÍA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la PÓLIZA.

ARTÍCULO 11 REHABILITACIÓN LEGAL DE LA COBERTURA

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la COMPAÑÍA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro o el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de un monto mínimo equivalente al total de los Costos del Seguro que no se hayan podido realizar a dicha fecha. En este caso, la rehabilitación de la Póliza aplicará hacia el futuro y la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la COMPAÑÍA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 12 COMPROBACIÓN DE LA EDAD

La comprobación y/o acreditación de la fecha de nacimiento declarada por el ASEGURADO podrá efectuarse durante la vigencia en cualquier momento, mediante documento oficial de identidad.

Si se comprueba la inexactitud en la fecha de nacimiento del ASEGURADO que declaró, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. Si la fecha de nacimiento del ASEGURADO verdadera es más antigua que la declarada, la Indemnización se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con el Costo del Seguro percibido por la COMPAÑÍA
- b. Si es menos antigua, se rectificará el Costo del Seguro en el futuro y se devolverá el exceso percibido, sin intereses.

ARTÍCULO 13 SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

Se considera fraude (a):

- 13.1. La presentación de una solicitud de cobertura engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
- 13.2. Emplear medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
- 13.3. Si el Siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o ASEGURADO ADICIONAL y/o BENEFICIARIO bajo su complicidad o consentimiento.

El (los) BENEFICIARIO(s) o el(los) heredero(s) legal(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s). En este supuesto, el Importe de Beneficio que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al Importe del Beneficio.

En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actúe, contando con los poderes legales requeridos para ello, en nombre y representación de los demás ASEGURADOS, BENEFICIARIOS o herederos legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados.

La COMPAÑÍA está autorizada a realizar las investigaciones que fueran necesarias y solicitar la información correspondiente para comprobar las situaciones antes señaladas.

ARTÍCULO 14 DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado mediante comercializadores o a través del Sistema de Comercialización a Distancia; y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este tipo de seguro mediante dichos mecanismos de comercialización; el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación de esta. Para esto, el CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15)

días calendario siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no se haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la Prima Comercial o parte de esta, la COMPAÑÍA procederá a la devolución total del importe pagado, dentro de los treinta (30) días siguientes al ejercicio del derecho de arrepentimiento.

ARTÍCULO 15 ATENCIÓN DE RECLAMOS

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar un reclamo de manera gratuita, bajo cualquier modalidad detallada a continuación:

- 15.1 Por vía telefónica:** A través de la Central de Consultas señalada en el Resumen de la presente PÓLIZA de Seguro.
- 15.2 Por escrito:** Mediante carta dirigida a la COMPAÑÍA la cual deberá ser presentada en nuestra Plataforma de Atención o mediante un correo electrónico, ambos dirigidos a las direcciones señaladas en el Resumen de la presente PÓLIZA.

Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO al COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por la COMPAÑÍA.

Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de su recepción.

ARTÍCULO 16 DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(s) BENEFICIARIO(S), tienen el derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO, ubicada en Calle Amador Merino Reyna 339 - San Isidro, Lima, Teléfono 4210614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias por montos de hasta USD 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos), que surjan entre ellos y la COMPAÑÍA sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la COMPAÑÍA.

Debe interponerse previamente el reclamo ante la COMPAÑÍA para poder acudir a la Defensoría del ASEGURADO.

ARTÍCULO 17 INDISPUTABILIDAD

Si transcurren dos (2) años desde la celebración del contrato, la COMPAÑÍA no puede invocar la reticencia o falsa declaración del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, excepto cuando es dolosa.

ARTÍCULO 18 DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los BENEFICIARIOS y la COMPAÑÍA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes podrán remitirse a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia.

Las coberturas provisionales, prórrogas y cualquier documento de extensión de cobertura suscritos por las personas autorizadas por la COMPAÑÍA tienen valor hasta la fecha de vencimiento indicada en dichos documentos o en tanto se emitan y suscriban los documentos definitivos que corresponda, lo que ocurra primero.

En caso de contratación a través de sistemas de comercialización a distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este tipo de seguro bajo dicho sistema de comercialización, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del Seguro o cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO al COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por la COMPAÑÍA.

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de los mecanismos de comunicación acordados en el Contrato de Seguro, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos éstos.

El CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán informar a la COMPAÑÍA la variación de sus datos de contacto, en caso contrario, se tendrán como válidos los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio carecerá de valor y efecto para el presente Contrato. Para los efectos del presente Contrato la COMPAÑÍA, el CONTRATANTE y el ASEGURADO señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 19 MECANISMO 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, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente, las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del ASEGURADO; su reclamo o denuncia ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI), entre otros según corresponda.

ARTÍCULO 20 PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurre el Siniestro y en el caso de las coberturas de muerte, el plazo se computa desde la fecha en que se tome conocimiento del beneficio, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 21 TRIBUTOS

Todos los tributos presentes que graven las Primas o cualquier beneficio que derive de la Póliza, así como la liquidación de Siniestros serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la COMPAÑÍA y no puedan ser trasladados.

ARTÍCULO 22 CONSENTIMIENTO DEL TERCERO

La COMPAÑÍA requerirá consentimiento previo por escrito del ASEGURADO cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. En este supuesto, el ASEGURADO podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberá cursar una comunicación escrita a la COMPAÑÍA, adjuntando copia de su documento de identidad. Una vez notificada la revocación del consentimiento del ASEGURADO, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho y la COMPAÑÍA procederá a la devolución del Costo del Seguro no devengado al CONTRATANTE.

CAPÍTULO II CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTÍCULO 23 CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente PÓLIZA, las personas naturales que sean incorporadas como tal en la PÓLIZA, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad, los cuales incluyen el siguiente rango de EDAD DEL ÚLTIMO CUMPLEAÑOS:

- **Edad Mínima de Ingreso a la Póliza: 18 años.**
- **Edad Máxima de Ingreso a la Póliza: XX años y 364 días.**
- **Edad Máxima de Permanencia en la Póliza: XX años y 364 días.**

Adicionalmente, la asegurabilidad estará determinada por el resultado de la evaluación de las respuestas a las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) y será manifestada mediante la aceptación expresa de parte de la COMPAÑÍA a la SOLICITUD DE SEGURO formulada.

ARTÍCULO 24 CESIÓN

El CONTRATANTE podrá ceder sus derechos en virtud de esta Póliza como garantía para un préstamo o crédito, con sujeción a los términos o disposiciones que puedan afectar la integridad de este contrato. No obstante, la COMPAÑÍA no estará vinculada a ningún tipo de cesión permitida a menos que reciba el formulario de solicitud de cesión, debidamente llenado y firmado. El cessionario tiene un derecho preferente para reclamar el Importe del Beneficio antes que el CONTRATANTE y los BENEFICIARIOS, salvo que se trate de BENEFICIARIOS IRREVOCABLES nombrados con anterioridad a la recepción de la solicitud de cesión. La COMPAÑÍA no asumirá responsabilidad por la validez de ninguna cesión.

La COMPAÑÍA tiene el derecho de rechazar cualquier cesión solicitada que implique la transferencia de derecho o beneficios de esta Póliza a una persona, natural o jurídica, que no tenga un interés asegurable en la vida del ASEGURADO, al momento de pedir la cesión.

ARTÍCULO 25 COBERTURA DE FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, la COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS el Importe del Beneficio señalado en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la Póliza y siempre que la causa del siniestro no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de ésta.

ARTÍCULO 26 EXCLUSIONES

Esta PÓLIZA no cubre el riesgo de muerte, si el fallecimiento del ASEGURADO fuere causado por o sea a consecuencia de:

- 26.1 Suicidio y/o lesiones autoinfligidas causadas intencionalmente por el ASEGURADO, o por terceros con el consentimiento del ASEGURADO, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.**

Asimismo, los aumentos de Suma Asegurada solicitados por el CONTRATANTE que se hayan concedido en los dos (2) años inmediatamente anteriores al suicidio, no integrarán el Importe del Beneficio por muerte.

Esta exclusión no afectará el derecho que le pudiera corresponder a los BENEFICIARIOS sobre el Valor Póliza.

- 26.2 Cuando el fallecimiento sea consecuencia de intervención directa o indirecta del ASEGURADO en actos delictivos, subversivos, terroristas o aplicación de la pena de muerte.**
- 26.3 Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o ASEGURADO**

ADICIONAL y/o BENEFICIARIO o quien pudiera reclamar el Importe del Beneficio. En ese sentido, el autor o cómplice pierden el derecho a ser indemnizados. En este supuesto, el Importe del Beneficio que le correspondía a éstos, se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al Importe del beneficio.

- 26.4 Cualquier pérdida resultante de guerra (convencional, química, biológica y/o nuclear), invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (haya o no declaración de guerra), guerra civil, así como por participar como elemento activo en duelo concertado, rebelión, revolución, insurrección, tumulto, desorden civil, golpe militar o poder usurpado, confiscación o nacionalización, requisa o destrucción o reclamaciones que resulten del ejercicio de cualquier autoridad o gobierno.
- 26.5 Como consecuencia de fisión o fusión nuclear o radioactividad, sean en forma directa o indirecta o como resultado de cualquier incidente o riesgos nucleares incluyendo, entre otros, ataques nucleares, accidentes nucleares, desastres nucleares, contaminación radiactiva y/o liberación de energía nuclear o atómica.

ARTÍCULO 27 AVISO DE SINIESTRO; SOLICITUD DE COBERTURA, Y PAGO DE SINIESTRO

27.1 AVISO DE SINIESTRO:

El siniestro será comunicado a la COMPAÑÍA y de corresponder al COMERCIALIZADOR, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del Beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de Siniestro comunicado al COMERCIALIZADOR del seguro indicado en las CONDICIONES PARTICULARES, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización del presente producto bajo dicho canal de comercialización, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a la COMPAÑÍA, pudiendo recibir el COMERCIALIZADOR los documentos descritos para la atención del siniestro, señalados en el numeral siguiente.

El incumplimiento del plazo antes señalado no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, la COMPAÑÍA podrá reducir la Indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un evento de caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el Siniestro libera de responsabilidad a la COMPAÑÍA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el Siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro, o si se demuestra que la COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

27.2 SOLICITUD DE COBERTURA:

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la COMPAÑÍA o al Comercializador, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente, cuyas direcciones se encuentran detalladas en el Resumen del presente condicionado, los siguientes documentos:

- Solicitud de Cobertura debidamente llenada y suscrita por el(los) BENEFICIARIO(S). Este documento tendrá carácter de declaración jurada.
- Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO, en caso se cuente con dicho documento.
- Certificación de reproducción notarial del Certificado de Defunción del ASEGURADO (emitido por un profesional de salud que constata el deceso).
- Certificación de reproducción notarial del Acta o Partida de Defunción del ASEGURADO (obtenido ante la autoridad pertinente).
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica completa del ASEGURADO.

En caso el(los) BENEFICIARIO(S) sean personas naturales:

- Copia simple del Documento de Identidad de los BENEFICIARIO(S). En caso de que haya(n) BENEFICIARIO(S) menores de edad y no cuente(n) con Documento de Identidad, deberá(n) presentar Original o Certificación de reproducción notarial de su Partida de Nacimiento.
- En caso los BENEFICIARIOS sean los “Herederos Legales”, se deberá adjuntar Original o Certificación de reproducción notarial del Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, además de copia literal de la partida donde conste inscrito definitivamente dicho acto en Registros Públicos. En caso de que la Declaratoria de Herederos se haya realizado por vía judicial, será necesario que presenten la copia literal de la partida donde conste la inscripción definitiva en Registros Públicos. Estos documentos deberán tener una antigüedad no mayor a treinta (30) días.

En caso el(los) BENEFICIARIO(S) sean personas jurídicas:

- Copia simple de la ficha RUC de los BENEFICIARIOS, que deberá(n) tener una antigüedad no mayor a treinta (30) días.
- Copia simple del Documento de Identidad del representante legal de los BENEFICIARIOS
- Vigencia de poder del representante legal de los BENEFICIARIOS que deberá tener una antigüedad no mayor a treinta (30) días.

En caso de que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, adicionalmente a los documentos antes mencionados, se deberán presentar los siguientes:

- Certificación de reproducción notarial del Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado.
- Certificación de reproducción notarial del Resultado del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.
- Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo.
- Certificación de reproducción notarial del Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la COMPAÑÍA, el Original o Certificación de reproducción notarial de la resolución judicial de muerte presunta junto con la el correspondiente Original o Certificación de reproducción notarial de la partida de defunción. El pronunciamiento de la COMPAÑÍA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera debe ser Apostillado por el Consulado Peruano en el país de expedición; en defecto de ello, deberá ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una Traducción Oficial del mismo.

27.3 PAGO DE SINIESTRO:

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la PÓLIZA para que se produzca la liquidación del Siniestro, la COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

En caso de que la COMPAÑÍA no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el primer párrafo del precedente numeral, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la COMPAÑÍA para consentir o rechazar el Siniestro.

Cuando la COMPAÑÍA requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al BENEFICIARIO, la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la COMPAÑÍA solicitará a la Superintendencia de Banca Seguros y AFP la prórroga del plazo para el consentimiento de Siniestros de acuerdo con el procedimiento 91º establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia de Banca Seguros y AFP debe comunicarse al(los) BENEFICIARIO(S) dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia de Banca Seguros y AFP deberá comunicarse al(los) BENEFICIARIO(S) en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la COMPAÑÍA haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido o aprobado el Siniestro, la COMPAÑÍA cuenta con el plazo de treinta (30) días para proceder al pago de la Indemnización.

ARTÍCULO 28 PAGO A LOS BENEFICIARIOS

Si se designaron varios BENEFICIARIOS sin indicación de porcentajes de participación sobre el Importe del Beneficio, la repartición se hará en partes iguales a menos que se disponga lo contrario. En caso no se designen BENEFICIARIOS o BENEFICIARIOS CONTINGENTES, o por cualquier causa la designación se vuelva ineficaz o quede sin efecto, los BENEFICIARIOS serán los herederos declarados de acuerdo a ley, en caso corresponda. El CONTRATANTE tiene la potestad de modificar a los BENEFICIARIOS, salvo que se trate de BENEFICIARIOS IRREVOCABLES o haya cedido este derecho al ASEGURADO y siempre antes del fallecimiento del ASEGURADO.

Los BENEFICIARIOS CONTINGENTES recibirán el Importe del Beneficio únicamente si no existe ningún BENEFICIARIO supérstite. Los derechos de un BENEFICIARIO que fallezca antes que el ASEGURADO pasarán a los BENEFICIARIOS supérstites de la misma clase, salvo que el CONTRATANTE disponga lo contrario por escrito. En caso de que no haya ningún BENEFICIARIO supérstite, ni herederos legales, será el CONTRATANTE quien reciba el Importe del Beneficio.

ARTÍCULO 29 CAMBIOS DE OPCIÓN DEL MONTO A RIESGO POR MUERTE

29.1 Cambio de la Opción del Monto a Riesgo por Muerte

Luego del primer Año Póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar a la COMPAÑÍA el cambio de Opción del Importe del Beneficio, mediante la presentación del formulario escrito que proporcionará la COMPAÑÍA. No se puede solicitar más de dos (2) cambios en la Opción del Monto a Riesgo por Muerte en un mismo Año Póliza.

- **Cuando el cambio sea de Opción A a la Opción B**

La Suma Asegurada a la fecha de la solicitud de cambio disminuirá en un monto equivalente al Valor Póliza, de tal manera que el Monto a Riesgo se mantendrá inalterable.

Si la reducción de la Suma Asegurada resultase en un monto menor al monto de Suma Asegurada Mínima descrita en las Condiciones Particulares, no se podrá efectuar el cambio de Opción.

- **Cuando el cambio sea de Opción B a la Opción A**

La Suma Asegurada a la fecha de la solicitud de cambio incrementará en un monto equivalente al Valor Póliza, de tal manera que el Monto a Riesgo se mantendrá inalterable.

Para evaluar la solicitud de cambio de la Opción A a la Opción B, la COMPAÑÍA podrá exigir las pruebas de asegurabilidad respectivas.

La COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.

ARTÍCULO 30 CAMBIOS EN LA SUMA ASEGURADA

30.1 Cambio en la Suma Asegurada

Luego del primer Año Póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar a la COMPAÑÍA el cambio en la Suma Asegurada, mediante la presentación del formulario escrito que proporcionará la COMPAÑÍA. No se puede solicitar más de dos (2) cambios en la Suma Asegurada en un mismo Año Póliza.

- **En caso de Aumento**

Para evaluar la solicitud de Aumento de Suma Asegurada, la COMPAÑÍA podrá exigir las pruebas de asegurabilidad respectivas.

El aumento de la Suma Asegurada generará un incremento del Monto de Referencia.

La COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.

Cada incremento en Suma Asegurada generará un nuevo periodo de cargos por rescate adicionales a los establecidos en las Condiciones Particulares y únicamente respecto del valor del incremento, así como un incremento en las primas.

- **En caso de Reducción**

Para evaluar la solicitud de Reducción de la Suma Asegurada, la COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.

La disminución de la Suma Asegurada generará una reducción del Monto de Referencia.

La reducción de la Suma Asegurada generará un cobro por reducción de suma asegurada que será equivalente al resultado de multiplicar el Cargo por Rescate Total por un valor equivalente a la relación proporcional existente entre la nueva Suma Asegurada y la Suma Asegurada original.

En el caso de disminuciones de Suma Asegurada, la resultante no podrá ser menor al monto de Suma Asegurada Mínima indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 31 RESCATE

31.1 Rescate Parcial

Luego del primer Año Póliza, el CONTRATANTE puede rescatar parte del Valor de Rescate, mientras que el ASEGURADO siga vivo y antes de la Fecha de Vencimiento, sujeto a los derechos de cualquier cesionario conocido. No se puede tomar más de dos (2) rescates parciales en el mismo Año Póliza.

El Valor Póliza es reducido en el monto del Rescate Parcial y cualquier cargo resultante de tal Rescate Parcial. Si el CONTRATANTE escogió la Opción A, la Suma Asegurada es también reducida en el monto del Rescate Parcial y cualquier cargo resultante de tal Rescate Parcial.

El Rescate Parcial no podrá ser menor ni mayor a los valores o tasas establecidas en las Condiciones Particulares.

No podrá efectuarse ningún Rescate Parcial si éste reduce la Suma Asegurada por debajo de la Suma Asegurada Mínima que figura en las Condiciones Particulares.

31.2 Rescate Total

Luego del primer Año Póliza, el CONTRATANTE puede rescatar todo el Valor de Rescate de la Póliza, mientras que el ASEGURADO siga vivo y antes de la Fecha de Vencimiento, sujeto a los derechos de cualquier cesionario conocido.

Si el CONTRATANTE ejerce este derecho, la Póliza queda extinguida.

La COMPAÑÍA puede posponer el pago de un Rescate Total o Rescate Parcial por hasta seis (6) meses después de recibida la solicitud. Si la COMPAÑÍA pospone el pago por más de treinta (30) días, abonará intereses legales sobre dicho Valor de Rescate, a partir del día siguiente de vencido este plazo.

El CONTRATANTE podrá solicitar por escrito a la COMPAÑÍA el valor de rescate.

El estado de cuenta será remitido al CONTRATANTE, de conformidad con lo indicado en el numeral 2.2 del presente Condicionado.

ARTÍCULO 32 CARGO POR RESCATE

Si es que el CONTRATANTE rescata la Póliza, la COMPAÑÍA deducirá un cargo de rescate del Valor Póliza, el cual variará en cada Año Póliza, según figura en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 33 PRÉSTAMOS

Luego del segundo Año Póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar por escrito a la COMPAÑÍA préstamos que en total no superen el porcentaje que figura en las Condiciones Particulares sobre el Valor de Rescate, a la fecha en que se atienda la solicitud de préstamo. La COMPAÑÍA cobrará una tasa anual que figurará en las Condiciones Particulares.

Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO al COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por la COMPAÑÍA.

Además, los préstamos estarán sujetos a las siguientes condiciones:

- a. Que al efectuarse el préstamo se cubra cualquier deuda anterior con relación a la presente póliza que el CONTRATANTE tuviere con la COMPAÑÍA;
- b. El CONTRATANTE podrá pagar a la COMPAÑÍA el importe total del préstamo o parte de este durante la vigencia de la Póliza;
- c. En caso de fallecimiento del ASEGURADO, el importe total adeudado en virtud de los préstamos otorgados bajo la Póliza se deducirá del Importe del Beneficio que corresponda pagar.

Se pondrá a disposición del ASEGURADO un cronograma que contenga el número de cuotas o pagos que deba realizar, su periodicidad, fecha de pago y la tasa efectiva anual asociada al préstamo, en caso corresponda.

Los saldos insoluto del préstamo serán deducidos del pago de la indemnización o del rescate total, a la fecha de solicitud de pago de estos.

ARTÍCULO 34° ESTADOS DE CUENTA E INFORMACIÓN PERIODICA

- 34.1. La COMPAÑÍA enviará por correo electrónico al CONTRATANTE un estado de cuenta sobre su PÓLIZA de manera mensual.
- 34.2. Desde que esta Póliza esté vigente, la COMPAÑÍA enviará información ilustrativa actualizada, mostrando el Valor Póliza, el Valor de Rescate y los Beneficios por Fallecimiento basados en la TIR Acreditada y TIR Garantizada, así como cualquier otro supuesto.

34.3. LA COMPAÑÍA suministrará al CONTRATANTE la siguiente información, indicando el periodo al que corresponde dicho reporte:

- El valor inicial y final del Valor Póliza;
- El saldo de ahorro acumulado incluyendo la tasa de rentabilidad obtenida en el periodo;
- Detalle de los valores cargados y abonados en el periodo;
- Información sobre los préstamos tomados por el ASEGURADO, contemplando los pagos efectuados y aquellos que se encuentran pendientes y cargos aplicables;

En los casos que resulte aplicable el fraccionamiento de la prima comercial, el CONTRATANTE podrá requerir la remisión o puesta a disposición de información sobre las obligaciones a su cargo. A solicitud del CONTRATANTE se entregará o pondrá a disposición la información relacionada a los pagos efectuados y aquellos que se encuentran pendientes, incluyendo las fechas de pago de las cuotas periódicas; y de ser el caso, el monto por concepto de intereses, detallados de manera desagregada.

SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

RESUMEN

A. INFORMACIÓN GENERAL

1. Contacto

Nombre de la Compañía: AUGUSTAR SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Para presentar consultas, reclamos o cualquier comunicación sobre su Seguro de Vida Universal, puede comunicarse con nosotros a través de los siguientes canales:

Ubicación Oficina Principal:	Calle Las Camelias 256 – Oficina 401 – San Isidro, Lima – Perú
Oficinas de Atención al Cliente:	Calle Las Camelias 256 – Oficina 401 – San Isidro, Lima – Perú
Central Telefónica de Consultas y Reclamos:	+(511) 204 2348
Correo electrónico:	servicioalcliente@augustarseguros.pe
Página Web:	www.augustarseguros.pe

2. Denominación del Producto

Con esta Póliza, entregamos cobertura a través del Seguro de Vida Universal.

3. Lugar y Forma de Pago de la Prima:

El lugar y forma de pago de la Prima Planeada se realizará a través de Pago en Ventanilla de una institución del sistema financiero o Web, así como, Cargo en cuenta bancaria o tarjeta de crédito autorizada por el CONTRATANTE, de acuerdo con las CONDICIONES PARTICULARES. La forma de pago puede ser total o fraccionada y se podrá detallar en el Convenio de Pago o Cronograma de Pago.

4. Medio y Plazo establecidos para el Aviso de Siniestro:

La solicitud de cobertura deberá entregarse a la COMPAÑÍA o al Comercializador, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente, cuyas direcciones se encuentran detalladas en el numeral 1 del presente Resumen.

El siniestro será comunicado a la COMPAÑÍA y de corresponder al COMERCIALIZADOR, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del Beneficio, según corresponda. Sin perjuicio de ello, el aviso de Siniestro comunicado al COMERCIALIZADOR del seguro indicado en las CONDICIONES PARTICULARES, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización del presente producto bajo dicho canal de comercialización, tendrá los mismos efectos como si hubiera sido presentado a la COMPAÑÍA, pudiendo recibir el COMERCIALIZADOR los documentos descritos para la atención del siniestro, señalados en el numeral siguiente. El incumplimiento del plazo antes señalado no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, la COMPAÑÍA podrá reducir la Indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un evento de caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización. El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el Siniestro libera de responsabilidad a la COMPAÑÍA. En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el Siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro, o si se demuestra que la COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

5. Lugares Autorizados por la Compañía para solicitar la cobertura del Seguro:

En la dirección de la Oficina Principal, señalado en el punto 1 de este Resumen.

6. Medios habilitados por la Compañía para presentar reclamos:

Puede presentar sus consultas y/o reclamos:

Verbalmente: En forma presencial, acercándose a nuestras Oficinas de Atención al Cliente, o llamando a nuestra Central Telefónica de Consultas y Reclamos, indicados en el Punto 1 de este Resumen.

Por escrito: Por medio de carta o correo electrónico dirigidos a las direcciones (física o electrónica, según corresponda) indicadas en el punto 1 de este Resumen o a través de nuestra página web www.augustarseguros.pe.

Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE, y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO al COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por la COMPAÑÍA.

7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias:

Defensoría del Asegurado: www.defaseg.com.pe
Teléfono Lima: (01) 421-0614
Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro, Lima.

Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI): www.indecopi.gob.pe
Teléfono Lima: (01) 224-7777
Teléfono Gratuito de Provincias: 0-800-4-4040
Sede Central Lima Sur: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima.

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS): www.sbs.gob.pe
LIMA: Av. Dos de Mayo 1475, San Isidro.
AREQUIPA: Los Arcos 302, Urb. Cayma.
PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.
Consultas y Reclamos: 0800-10840

8. Obligaciones del ASEGURADO que podrían afectar la cobertura del Seguro:

El presente producto presenta obligaciones a cargo del CONTRATANTE, ASEGURADO y ASEGURADO ADICIONAL cuyo incumplimiento podría afectar el pago del IMPORTE DEL BENEFICIO o prestaciones a las que tendría derecho.

B. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

1. Vigencia del contrato:

Fecha de Inicio de Vigencia: a las 00:00 Horas
Fecha de Fin de Vigencia: Indeterminado

2. Alcances y Monto de la Prima:

PRIMA	MONTO
Prima Comercial Total (Prima Planeada Anual)	
Prima Comercial Total (Prima Planeada Anual) + IGV	

El 100% del monto de la prima pagada es destinado al Valor Póliza (ahorro) de la presente póliza y es del Valor Póliza (ahorro) que luego se deduce el Cargo Periódico mencionado en el CONDICIONADO GENERAL.

LA PRIMA COMERCIAL TOTAL INCLUYE	MONTO
Cargos por la comercialización de seguros a través de:	Durante el primer año póliza, la comisión será el XX% aplicable sobre la Prima Básica o la Prima Pagada, la que sea menor. Durante el segundo, tercero y cuarto año póliza, la comisión será el XX% aplicable sobre la Prima Básica o la Prima Pagada, la que sea menor. En el quinto año póliza, la comisión será el XX% aplicable sobre la Prima Básica o la Prima Pagada, la que sea menor. En caso la Prima Pagada sea mayor a la Prima Básica, la comisión adicional será el XX% aplicable a la diferencia de ambas.

La información se encuentra detallada en el numeral 15 de las CONDICIONES PARTICULARES.

3. Características del Valor Póliza (ahorro):

La presente póliza tiene una tasa interna de retorno garantizada ascendente a .

4. Monto de la Prima destinada al Valor Póliza (ahorro):

El 100% del monto de la Prima Comercial es destinado al Valor Póliza (ahorro) de la presente póliza y es del Valor Póliza (ahorro) que luego se deduce la Prima del Componente de Seguro de la Póliza.

5. Principales Riesgos Cubiertos:

Fallecimiento.

6. Principales Exclusiones:

Este seguro no cubre el riesgo de muerte, si el fallecimiento del ASEGURADO fuere causado por o sea a consecuencia de:

- Suicidio y/o lesiones auto infligidas causadas intencionalmente por el ASEGURADO, o por terceros con el consentimiento del ASEGURADO, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro. Asimismo, los aumentos de Suma Asegurada solicitados por el CONTRATANTE que se hayan concedido en los dos (2) años inmediatamente anteriores al suicidio, no integrarán el Importe del Beneficio por fallecimiento. Esta exclusión no afectará el derecho que le pudiera corresponder a los BENEFICIARIOS sobre el Valor Neto de la Póliza.
- Cuando el fallecimiento sea consecuencia de intervención directa o indirecta del ASEGURADO en actos delictivos, subversivos, terroristas o aplicación de la pena de muerte.
- Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o ASEGURADO ADICIONAL y/o BENEFICIARIO o quien pudiera reclamar el Importe del Beneficio. En ese sentido, el autor o cómplice pierden el derecho a ser indemnizados. En este supuesto, el Importe del Beneficio que le correspondía a éstos, se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al Importe del beneficio.
- Cualquier pérdida resultante de guerra (convencional, química, biológica y/o nuclear), invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (haya o no declaración de guerra), guerra civil, así como por participar como elemento activo en duelo concertado, rebelión, revolución, insurrección, tumulto, desorden civil, golpe militar o poder usurpado, confiscación o nacionalización, requisa o destrucción o reclamaciones que resulten del ejercicio de cualquier autoridad o gobierno.
- Como consecuencia de fisión o fusión nuclear o radioactividad, sean en forma directa o indirecta o como resultado de cualquier incidente o riesgos nucleares incluyendo, entre otros, ataques nucleares, accidentes nucleares, desastres nucleares, contaminación radiactiva y/o liberación de energía nuclear o atómica.

7. Condiciones de Acceso y Límites de Permanencia:

Los detallados en el Artículo 23 del Capítulo II de las CONDICIONES GENERALES.

8. Derecho de arrepentimiento del CONTRATANTE:

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado mediante comercializadores o a través del Sistema de Comercialización a Distancia; y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este tipo de seguro mediante dicho mecanismo de comercialización, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación de la misma. Para esto, el CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no se haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la Prima o parte de la misma, la COMPAÑÍA procederá a la devolución total del importe pagado, dentro de los treinta (30) días siguientes al ejercicio del derecho de arrepentimiento.

9. Derecho del CONTRATANTE de resolver el contrato sin expresión de causa:

El CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro en cualquier momento y sin expresión de causa. Los detalles del ejercicio del derecho del CONTRATANTE de resolver el contrato sin expresión de causa se encuentran desarrollados en el artículo 7 del Capítulo I de las CONDICIONES GENERALES.

10. Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las Modificaciones de las Condiciones Contractuales propuestas por la Compañía durante la vigencia del Contrato:

Se encuentra detallado en el numeral 5.2 del Artículo 5, del Capítulo I de las CONDICIONES GENERALES.

11. Procedimiento para la Solicitud de Cobertura del Seguro:

La solicitud de cobertura deberá entregarse a la COMPAÑÍA o al Comercializador, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente, cuyas direcciones se encuentran detalladas en el numeral 1 del presente Resumen, adjuntando los siguientes documentos:

- Solicitud de Cobertura debidamente llenada y suscrita por el(los) BENEFICIARIO(S). Este documento tendrá carácter de declaración jurada.
- Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO, en caso se cuente con dicho documento.
- Certificación de reproducción notarial del Certificado de Defunción del ASEGURADO (emitido por un profesional de salud que constata el deceso).
- Certificación de reproducción notarial del Acta o Partida de Defunción del ASEGURADO (obtenido ante la autoridad pertinente).
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica completa del ASEGURADO.

En caso el(los) BENEFICIARIO(S) sean personas naturales:

- Copia simple del Documento de Identidad de los BENEFICIARIO(S). En caso de que haya(n) BENEFICIARIO(S) menores de edad y no cuente(n) con Documento de Identidad, deberá(n) presentar Original o Certificación de reproducción notarial de su Partida de Nacimiento.
- En caso los BENEFICIARIOS sean los “Herederos Legales”, se deberá adjuntar Original o Certificación de reproducción notarial del Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, además de copia literal de la partida donde conste inscrito definitivamente dicho acto en Registros Públicos. En caso de que la Declaratoria de Herederos se haya realizado por vía judicial, será necesario que presenten la copia literal de la partida donde conste la inscripción definitiva en Registros Públicos. Estos documentos deberán tener una antigüedad no mayor a treinta (30) días.

En caso el(los) BENEFICIARIO(S) sean personas jurídicas:

- Copia simple de la ficha RUC de los BENEFICIARIOS, que deberá(n) tener una antigüedad no mayor a treinta (30) días.
- Copia simple del Documento de Identidad del representante legal de los BENEFICIARIOS.
- Vigencia de poder del representante legal de los BENEFICIARIOS que deberá tener una antigüedad no mayor a treinta (30) días.

En caso de que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, adicionalmente a los documentos antes mencionados, se deberán presentar los siguientes:

- Certificación de reproducción notarial del Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado.
- Certificación de reproducción notarial del Resultado del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.
- Copia Certificada del resultado del Dosaje Etílico; sólo en caso de accidente de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo.
- Certificación de reproducción notarial del Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la COMPAÑÍA, el Original o Certificación de reproducción notarial de la resolución judicial de muerte presunta junto con la el correspondiente Original o Certificación de reproducción notarial de la partida de defunción.

El pronunciamiento de la COMPAÑÍA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera debe ser Apostillado por el Consulado Peruano en el país de expedición; en defecto de ello, deberá ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una Traducción Oficial del mismo.

12. Procedimiento para solicitar el Rescate y Préstamo de la póliza

Rescate Parcial:

Luego del primer Año Póliza, el CONTRATANTE puede rescatar parte del Valor de Rescate, mientras que el ASEGURADO siga vivo y antes de la Fecha de Vencimiento, sujeto a los derechos de cualquier cesionario conocido. No se puede tomar más de dos (2) rescates parciales en el mismo Año Póliza.

El Valor Póliza es reducido en el monto del Rescate Parcial y cualquier cargo resultante de tal Rescate Parcial. Si el CONTRATANTE escogió la Opción A, la Suma Asegurada es también reducida en el monto del Rescate Parcial y cualquier cargo resultante de tal Rescate Parcial.

El Rescate Parcial no podrá ser menor ni mayor a los valores o tasas establecidas en las Condiciones Particulares. No podrá efectuarse ningún Rescate Parcial si éste reduce la Suma Asegurada por debajo de la Suma Asegurada Mínima que figura en las Condiciones Particulares.

Rescate Total:

Luego del primer Año Póliza, el CONTRATANTE puede rescatar todo el Valor de Rescate de la Póliza, mientras que el ASEGURADO siga vivo y antes de la Fecha de Vencimiento, sujeto a los derechos de cualquier cesionario conocido.

Si el CONTRATANTE ejerce este derecho, la Póliza queda extinguida.

La COMPAÑÍA puede posponer el pago de un Rescate Total o Rescate Parcial por hasta seis (6) meses después de recibida la solicitud. Si la COMPAÑÍA pospone el pago por más de treinta (30) días, abonará intereses legales sobre dicho Valor de Rescate, a partir del día siguiente de vencido este plazo.

El CONTRATANTE podrá solicitar por escrito a la COMPAÑÍA el valor de rescate.

El estado de cuenta será remitido al CONTRATANTE, de conformidad con lo indicado en el numeral 2.2 del presente Condicionado.

Cargo por Rescate:

Si es que el CONTRATANTE rescata la Póliza, la COMPAÑÍA deducirá un cargo de rescate del Valor Póliza, el cual variará en cada Año Póliza, según figura en las Condiciones Particulares.

Préstamos:

Luego del segundo Año Póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar por escrito a la COMPAÑÍA préstamos que en total no superen el porcentaje que figura en las Condiciones Particulares sobre el Valor de Rescate, a la fecha en que se atienda la solicitud de préstamo. La COMPAÑÍA cobrará una tasa anual que figurará en las Condiciones

Particulares.

Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO al COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por la COMPAÑÍA.

Además, los préstamos estarán sujetos a las siguientes condiciones:

- a. Que al efectuarse el préstamo se cubra cualquier deuda anterior con relación a la presente póliza que el CONTRATANTE tuviere con la COMPAÑÍA;
- b. El CONTRATANTE podrá pagar a la COMPAÑÍA el importe total del préstamo o parte del mismo durante la vigencia de la Póliza;
- c. En caso de fallecimiento del ASEGURADO, el importe total adeudado en virtud de los préstamos otorgados bajo la Póliza se deducirá del Importe del Beneficio que corresponda pagar. Se pondrá a disposición del ASEGURADO un cronograma que contenga el número de cuotas o pagos que deba realizar, su periodicidad, fecha de pago y la tasa efectiva anual asociada al préstamo, en caso corresponda. Los saldos insoluto del préstamo serán deducidos del pago de la indemnización o del rescate total, a la fecha de solicitud de pago de los mismos.

SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

CLÁUSULA ADICIONAL - MUERTE ACCIDENTAL

Código SBS: VI1777100001

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza; de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente. Si los términos de la Cláusula Adicional difieren de otras estipulaciones del seguro principal, prevalecerán los de la Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 1: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se deberán tomar en cuenta las siguientes definiciones:

- a. **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento, que ocasione daños al ASEGURADO, provocándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, así como también aquellos casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes médicos correspondientes.
No se consideran Accidentes los sucesos que sean consecuencia de infarto de miocardio, ataque epiléptico, trastorno mental, apoplejía, síncope, accidente cerebro vascular, dolor de espalda crónico, desvanecimiento o sonambulismo, y aquellos eventos que sufra el ASEGURADO producto de estos episodios. Tampoco serán considerados como Accidentes los hechos derivados de negligencia médica o mala praxis.
- b. **Muerte Accidental:** Fallecimiento inmediato del ASEGURADO ocasionado por un Accidente. También incluye el fallecimiento del ASEGURADO siempre que este se produzca dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del Accidente y no exista otra causa diferente del fallecimiento, distinta a las lesiones causadas por dicho Accidente.
- c. **Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares, que se pagará en caso de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta cláusula adicional. Esta nunca será superior a la Suma Asegurada del seguro principal vigente al momento de la contratación de esta Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

Por la inclusión de esta Cláusula Adicional, la COMPAÑÍA acepta pagar la Suma Asegurada especificada en las Condiciones Particulares de esta Póliza, en caso ocurra la Muerte Accidental del ASEGURADO.

Quien formule la solicitud del beneficio otorgado por esta Cláusula Adicional está obligado a demostrar ante la COMPAÑÍA que la muerte del ASEGURADO se ha producido en forma accidental, presentando la documentación e información completa señalada en las Condiciones Generales de la póliza en lo referido a la solicitud de cobertura.

ARTÍCULO 3: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la muerte accidental del Asegurado, que ocurra como consecuencia de:

- a. Exclusiones indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza.
- b. Por consecuencia de viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular, o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas, así como en operaciones o viajes submarinos. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular, el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo, se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas a los vehículos de carga.
- c. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de

ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro y aceptados expresamente por la COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- d. Por consecuencia del ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo o agente de seguridad.
- e. Cualquier procedimiento médico, tratamiento médico, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos realizado por una persona licenciada o no para el ejercicio médico.
- f. Manipulación de explosivos o armas de fuego por el ASEGURADO.

ARTÍCULO 4: CAMBIO EN LA SUMA ASEGURADA

Luego de un (1) año de vigencia de la presente Cláusula Adicional, el CONTRATANTE, con autorización previa y escrita del ASEGURADO, podrá solicitar a la COMPAÑÍA el cambio en la Suma Asegurada, mediante la presentación del formulario escrito que proporcionará la COMPAÑÍA. No se puede solicitar más de dos (2) cambios en la Suma Asegurada en un mismo Año Póliza.

- **En caso de Aumento**

Para evaluar la solicitud de Aumento de Suma Asegurada, la COMPAÑÍA podrá exigir las pruebas de asegurabilidad respectivas.

La COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.

- **En caso de Reducción**

Para evaluar la solicitud de Reducción de la Suma Asegurada, la COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.

En el caso de disminuciones de Suma Asegurada, la resultante no podrá ser menor al monto de Suma Asegurada Mínima indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 5: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente Cláusula Adicional, las personas naturales que cumplan con los requisitos de asegurabilidad, los cuales incluyen el siguiente rango de edad del último cumpleaños:

- **Edad Mínima de Ingreso a la Póliza: 18 años.**
- **Edad Máxima de Ingreso a la Póliza: XX años y 364 días.**
- **Edad Máxima de Permanencia en la Póliza: XX años y 364 días.**

Adicionalmente, la asegurabilidad estará determinada por el resultado de la evaluación de las respuestas a las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) y será manifestada mediante la aceptación expresa de parte de la COMPAÑÍA a las solicitudes de seguro formuladas.

ARTÍCULO 6: TERMINACIÓN

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquier de los siguientes eventos:

- a. Suspensión o Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b. Cuando el ASEGURADO alcance la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en el Artículo 5 de esta cláusula.
- c. La fecha en que el beneficio previsto en esta cláusula es ejercido.
- d. Cuando el CONTRATANTE solicite la cancelación de esta Cláusula Adicional.

SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

CLÁUSULA ADICIONAL - INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Código SBS: VI1777100001

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza; de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente. Si los términos de la Cláusula Adicional difieren de otras estipulaciones del seguro principal, prevalecerán los de la Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 1: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se deberán tomar en cuenta las siguientes definiciones:

- a. **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento, que ocasione daños al ASEGURADO, provocándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, así como también aquellos casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes médicos correspondientes.
No se consideran Accidentes los sucesos que sean consecuencia de infarto de miocardio, ataque epiléptico, trastorno mental, apoplejía, síncope, accidente cerebro vascular, dolor de espalda crónico, desvanecimiento o sonambulismo, y aquellos eventos que sufra el ASEGURADO producto de estos episodios. Tampoco serán considerados como Accidentes los hechos derivados de negligencia médica o mala praxis.
- b. **Beneficiario:** Para los efectos de esta cláusula será el ASEGURADO.
- c. **Capacidad de Trabajo:** Capacidad del ASEGURADO para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.
- d. **Enfermedad:** Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas y signos característicos, diagnosticada por un profesional médico colegiado y cuyo origen sea posterior a la fecha de vigencia de esta Póliza.
- e. **Invalidz Total y Permanente:** Se considera que el ASEGURADO se encuentra en una situación de Invalidz Total y Permanente, si a consecuencia de un Accidente o Enfermedad, presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior al 2/3 de su Capacidad de Trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes, tales como ESSALUD o la COMAAPP (Comisión médica de las AFP) y/o en su defecto, por los hospitales nacionales bajo la gestión del Ministerio de Salud (MINSA) o por el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).
- f. **Médico Especialista:** Está referido a quien practica la medicina, autorizado para ello en Perú, de conformidad con las normas de la materia y que cuenta con la especialidad debidamente registrada, que lo califica para emitir un pronunciamiento sobre la Condición del ASEGURADO.
- g. **Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares, que se pagará en caso de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta cláusula adicional. Esta nunca será superior a la Suma Asegurada del Seguro Principal vigente al momento de la contratación de esta cláusula adicional.

Las palabras no definidas en el presente documento se regirán por las definiciones estipuladas en las Condiciones Generales de la Póliza.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO de la Póliza, hasta la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, en caso se determine que el ASEGURADO se encuentra en condición de Invalidz Total y Permanente, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad.

ARTÍCULO 3: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la **Invalidez Total y Permanente del Asegurado**, que ocurra como consecuencia de:

- a. Exclusiones indicadas en las **Condiciones Generales de la Póliza**.
- b. Intento de Suicidio y/o lesiones auto infligidas causadas intencionalmente por el **ASEGURADO**, o por terceros con el consentimiento del **ASEGURADO**.
- c. Por consecuencia de viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular, o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas, así como en operaciones o viajes submarinos. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular, el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo, se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas a los vehículos de carga.
- d. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales; salvo que sean declarados en la **Solicitud de Seguro** y aceptados expresamente por la **COMPAÑÍA** en las **Condiciones Particulares de la Póliza**.
- e. Por consecuencia del ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo o agente de seguridad.
- f. Manipulación de explosivos o armas de fuego por el **ASEGURADO**.

ARTÍCULO 4: DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS EN CASO DE SINIESTRO

En caso de Siniestro, se deberán presentar los siguientes documentos:

- **Solicitud de Cobertura** debidamente llenada y suscrita por el **ASEGURADO**. Este documento tendrá carácter de declaración jurada.
- **Copia simple del documento de identidad** del **ASEGURADO**.
- **Copia de la Historia Clínica** foliada y fedateada e **Informes médicos adicionales y/o ampliatorios** del **ASEGURADO**.
- **Dictamen o Certificado de Invalidez Total Permanente** de la **Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades** emitida por **ESSALUD** o la **COMAFP** (Comisión médica de las AFP) y/o en su defecto, por los hospitales nacionales bajo la gestión del **MINSA** o por el **Instituto Nacional de Rehabilitación**.
- **Copia Certificada por Notario** del atestado o informe policial en caso de Accidente.
- **Copia Certificada por Notario** del examen toxicológico y dosaje etílico, en caso de Accidente.
- **Formato de la COMPAÑÍA** de Declaración Médica suscrita por el médico especialista tratante, en caso la **COMPAÑÍA** lo requiera.

Todo documento de procedencia extranjera debe ser Apostillado por el Consulado Peruano en el país de expedición; en defecto de ello, deberá ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una Traducción Oficial del mismo.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y/o cumplir con los requisitos exigidos en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la **COMPAÑÍA** deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la **COMPAÑÍA** requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

El ASEGURADO se compromete a facilitar a la COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para evaluar la Solicitud de Cobertura presentada, así como para realizar cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos especialistas tratantes, a la exhibición de la historia clínica, física o electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la COMPAÑÍA, desde que recibe la Solicitud de Cobertura.

ARTÍCULO 5: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente Cláusula Adicional, las personas naturales que cumplan con los requisitos de asegurabilidad, los cuales incluyen el siguiente rango de edad del último cumpleaños:

- **Edad Mínima de Ingreso a la Póliza: 18 años.**
- **Edad Máxima de Ingreso a la Póliza: XX años y 364 días.**
- **Edad Máxima de Permanencia en la Póliza: XX años y 364 días.**

Adicionalmente, la asegurabilidad estará determinada por el resultado de la evaluación de las respuestas a las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) y será manifestada mediante la aceptación expresa de parte de la COMPAÑÍA a las solicitudes de seguro formuladas.

ARTÍCULO 6: CAMBIO EN LA SUMA ASEGURADA

Luego de un (1) año de vigencia de la presente cláusula adicional, el CONTRATANTE, con autorización previa y escrita del ASEGURADO, podrá solicitar a la COMPAÑÍA el cambio en la Suma Asegurada, mediante la presentación del formulario escrito que proporcionará la COMPAÑÍA. No se puede solicitar más de dos (2) cambios en la Suma Asegurada en un mismo Año Póliza.

- **En caso de Aumento**
Para evaluar la solicitud de Aumento de Suma Asegurada, la COMPAÑÍA podrá exigir las pruebas de asegurabilidad respectivas.
La COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.
- **En caso de Reducción**
Para evaluar la solicitud de Reducción de la Suma Asegurada, la COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.
En el caso de disminuciones de Suma Asegurada, la resultante no podrá ser menor al monto de Suma Asegurada Mínima indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 7: TERMINACIÓN

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquier de los siguientes eventos:

- a. Suspensión o Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b. Cuando el ASEGURADO alcance la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en el Artículo 5 de esta cláusula.
- c. La fecha en que el beneficio previsto en esta cláusula es ejercido.
- d. Cuando el CONTRATANTE solicite la cancelación de esta Cláusula Adicional.

SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

CLÁUSULA ADICIONAL - EXONERACIÓN DE LA PRIMA DEL COMPONENTE DE SEGURO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (ITP)

Código SBS: VI1777100001

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza; de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente. Si los términos de la Cláusula Adicional difieren de otras estipulaciones del seguro principal, prevalecerán los de la Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 1: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se deberán tomar en cuenta las siguientes definiciones:

- a. **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento, que ocasione daños al ASEGURADO, provocándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, así como también aquellos casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes médicos correspondientes.
No se consideran Accidentes los sucesos que sean consecuencia de infarto de miocardio, ataque epiléptico, trastorno mental, apoplejía, síncope, accidente cerebro vascular, dolor de espalda crónico, desvanecimiento o sonambulismo, y aquellos eventos que sufra el ASEGURADO producto de estos episodios. Tampoco serán considerados como Accidentes los hechos derivados de negligencia médica o mala praxis.
- b. **Beneficiario:** Para los efectos de esta cláusula será el ASEGURADO.
- c. **Capacidad de Trabajo:** Capacidad del ASEGURADO para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.
- d. **Enfermedad:** Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas y signos característicos, diagnosticada por un profesional médico colegiado y cuyo origen sea posterior a la fecha de vigencia de esta Póliza.
- e. **Invalidez Total y Permanente:** Se considera que el ASEGURADO se encuentra en una situación de Invalidez Total y Permanente, si a consecuencia de un Accidente o Enfermedad, presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a los 2/3 de su Capacidad de Trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes, tales como ESSALUD o la COMA AFP (Comisión médica de las AFP) y/o en su defecto, por los hospitales nacionales bajo la gestión del Ministerio de Salud (MINSA) o por el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

Las palabras no definidas en el presente documento se regirán por las definiciones estipuladas en las Condiciones Generales de la Póliza.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

Por esta cláusula adicional, la COMPAÑÍA exonerará al ASEGURADO todas las Primas del Componente de Seguro de la presente Póliza que se generen, desde la fecha de presentación de la Solicitud de Cobertura en adelante, en caso se determine que el ASEGURADO se encuentra en condición de Invalidez Total y Permanente, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad.

ARTÍCULO 3: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la **Invalidez Total y Permanente del Asegurado**, que ocurra como consecuencia de:

- a. Exclusiones indicadas en las **Condiciones Generales de la Póliza**.
- b. Intento de Suicidio y/o lesiones auto infligidas causadas intencionalmente por el **ASEGURADO**, o por terceros con el consentimiento del **ASEGURADO**.
- c. Por consecuencia de viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular, o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas, así como en operaciones o viajes submarinos. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular, el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo, se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas a los vehículos de carga.
- d. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales; salvo que sean declarados en la **Solicitud de Seguro** y aceptados expresamente por la **COMPAÑÍA** en las **Condiciones Particulares de la Póliza**.
- e. Por consecuencia del ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo o agente de seguridad.
- f. Manipulación de explosivos o armas de fuego por el **ASEGURADO**.

ARTÍCULO 4: DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS EN CASO DE SINIESTRO

En caso de Siniestro, se deberán presentar los siguientes documentos:

- **Solicitud de Cobertura** debidamente llenada y suscrita por el **ASEGURADO**. Este documento tendrá carácter de declaración jurada.
- **Copia simple del documento de identidad** del **ASEGURADO**.
- **Copia de la Historia Clínica** foliada y fedateada e **Informes médicos adicionales y/o ampliatorios** del **ASEGURADO**.
- **Dictamen o Certificado de Invalidez Total Permanente** de la **Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades** emitida por **ESSALUD** o la **COMAFP** (Comisión médica de las AFP) y/o en su defecto, por los hospitales nacionales bajo la gestión del **MINSA** o por el **Instituto Nacional de Rehabilitación**.
- **Copia Certificada** por Notario del atestado policial en caso de Accidente.
- **Copia Certificada** por Notario del examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda en caso de Accidente.
- **Formato de la COMPAÑÍA** de Declaración Médica suscrita por el médico tratante, en caso la **COMPAÑÍA** lo requiera.

Todo documento de procedencia extranjera debe ser Apostillado por el Consulado Peruano en el país de expedición; en defecto de ello, deberá ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una Traducción Oficial del mismo.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación exigida en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la **COMPAÑÍA** deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

El ASEGURADO se compromete a facilitar a la COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para evaluar la Solicitud de Cobertura presentada, así como para realizar cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, física o electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la COMPAÑÍA, desde que recibe la Solicitud de Cobertura.

ARTÍCULO 5: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente Cláusula Adicional, las personas naturales que cumplan con los requisitos de asegurabilidad, los cuales incluyen el siguiente rango de edad del último cumpleaños:

- **Edad Mínima de Ingreso a la Póliza: 18 años.**
- **Edad Máxima de Ingreso a la Póliza: XX años y 364 días.**
- **Edad Máxima de Permanencia en la Póliza: XX años y 364 días.**

Adicionalmente, la asegurabilidad estará determinada por el resultado de la evaluación de las respuestas a las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) y será manifestada mediante la aceptación expresa de parte de la COMPAÑÍA a las solicitudes de seguro formuladas.

ARTÍCULO 6: TERMINACIÓN

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a. Suspensión o Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b. Cuando el ASEGURADO alcance la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en el Artículo 5 de esta cláusula.
- c. La fecha en que el beneficio previsto en esta cláusula es ejercido.
- d. Cuando el CONTRATANTE solicite la cancelación de esta Cláusula Adicional.

SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

CLÁUSULA ADICIONAL - ENFERMEDADES GRAVES

Código SBS: VI1777100001

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza; de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente. Si los términos de la Cláusula Adicional difieren de otras estipulaciones del seguro principal, prevalecerán los de la Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 1: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se deberán tomar en cuenta las siguientes definiciones:

- a. **Accidente Cerebro Vascular:** Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales, causando secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y generan daño irreversible y permanente de tejido cerebral. Incluye las hemorragias intracraneanas, embolias de una fuente extracraneal que duren más de veinticuatro (24) de horas y que generen déficit neurológico permanente.
- b. **Beneficiario:** Para los efectos de esta cláusula será el ASEGURADO.
- c. **Cáncer:** Enfermedad provocada por un tumor maligno, cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis, o grandes números de células malignas en el Sistema Linfático o Circulatorio. La Leucemia y las enfermedades malignas del Sistema Linfático como la enfermedad de Hodgkin, se entienden comprendidas en esta definición.
- d. **Cirugía Aorta Coronaria:** Se refiere a la enfermedad que requiera de cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento, estenosis o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastía de globo, técnicas con láser u otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.
- e. **Enfermedad Grave:** Para efectos de esta cobertura serán las siguientes: Accidente Cerebro Vascular, Cáncer, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica y Cirugía Aorta Coronaria.
- f. **Infarto al Miocardio:** Necrosis de una parte del músculo cardíaco (Miocardio) como resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva por la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, que no permite la nutrición a la zona afectada y por tanto produce la necrosis. La cobertura se encuentra limitada a los casos de infarto extenso o los diagnosticados según los códigos I.21, I.21.1, I.21.2, I.21.3 del código internacional de enfermedades CIE-10.
- g. **Insuficiencia Renal Crónica:** Enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones y/o de la función renal, como consecuencia de la cual se hace necesaria regularmente la diálisis o el trasplante renal.
- h. **Médico Especialista:** Está referido a quien practica la medicina, autorizado para ello en Perú, de conformidad con las normas de la materia y que cuenta con la especialidad debidamente registrada, que lo califica para emitir un pronunciamiento sobre la Condición del ASEGURADO.
- i. **Suma Asegurada:** Es el monto a indemnizar bajo esta cláusula, conforme lo establecido en las Condiciones Particulares.

Las palabras no definidas en el presente documento se regirán por las definiciones estipuladas en las Condiciones Generales de la Póliza.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO hasta el monto de la Suma Asegurada según lo estipulado en las Condiciones Particulares, en caso de recibir éste por primera vez el diagnóstico de una de las Enfermedades Graves descritas en el numeral 1.5 del Artículo 1 de la presente cláusula.

ARTÍCULO 3: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura el primer diagnóstico de enfermedades graves del Asegurado, que ocurra como consecuencia de:

a. Exclusiones indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza.

b. Respecto a la cobertura de Cáncer, están excluidos:

- Los tumores que presenten cambios malignos característicos del carcinoma *In situ*, incluyendo la displasia cervical (leve, moderada o severa), la leucoplasia, tumores borderline u otros considerados histológicamente como pre malignos.
- Todas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares de la piel, los melanomas con espesor menor de 1.5mm determinado por examen histológico o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark. Así como, todos los carcinomas de células escamosas de la piel, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos.
- Tumores no malignos, así como tumores de la próstata o tipo adenoma (excepto si el grado de Gleason es mayor a 6 o siempre que sea a un nivel clínico T2N0M0). El cáncer de próstata estadio T1N0M0.
- Tumores asociados al Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirida o a la condición de HIV positivo.
- Leucemia linfocítica crónica excepto si alcanzó el nivel A de la prueba de Bidet.
- La Leucemia linfática crónica estadio clínico 0.
- La indemnización por segundo o cualquier otro nuevo cáncer primario.

c. Respecto de las Enfermedades de las coronarias que requieran cirugía, están excluidos:

- La angioplastia de globo.
- Técnicas con láser.
- Otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

ARTÍCULO 4: DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS EN CASO DE SINIESTRO

En caso de Siniestro, se deberán presentar los siguientes documentos:

- Solicitud de Cobertura debidamente llenada y suscrita por el ASEGURADO. Este documento tendrá carácter de declaración jurada.
- Copia del Documento de identidad del ASEGURADO y presentación del original, en caso sea solicitado por la COMPAÑÍA.
- Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada e Informes Médicos adicionales y/o ampliatorios del ASEGURADO, que permitan determinar objetivamente que el estado de salud del ASEGURADO corresponde a una Enfermedad Grave.
- Informe Anatómico Patológico Histológico Positivo, emitido por un Médico Especialista, para los casos de Cáncer.
- Electrocardiograma positivo y Enzimas cardíacas positivas para Infarto de Miocardio.
- Formato de la COMPAÑÍA de Declaración Médica suscrita por el Médico Especialista tratante del ASEGURADO, en caso la COMPAÑÍA lo requiera.

Todo documento de procedencia extranjera debe ser Apostillado por el Consulado Peruano en el país de expedición; en defecto de ello, deberá ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una Traducción Oficial del mismo.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación exigida en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

El ASEGURADO se compromete a facilitar a la COMPAÑÍA el acceso a cualquier información complementaria que pudiera ser necesaria para evaluar la Solicitud de Cobertura presentada, así como para realizar cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los Médicos Especialistas tratantes del ASEGURADO, a la exhibición de la historia clínica, física o electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la COMPAÑÍA, desde que recibe la Solicitud de Cobertura.

ARTÍCULO 5: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente Cláusula Adicional, las personas naturales que cumplan con los requisitos de asegurabilidad, los cuales incluyen el siguiente rango de edad del último cumpleaños:

- **Edad Mínima de Ingreso a la Póliza: 18 años.**
- **Edad Máxima de Ingreso a la Póliza: XX años y 364 días.**
- **Edad Máxima de Permanencia en la Póliza: XX años y 364 días.**

Adicionalmente, la asegurabilidad estará determinada por el resultado de la evaluación de las respuestas a las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) y será manifestada mediante la aceptación expresa de parte de la COMPAÑÍA a las solicitudes de seguro formuladas.

ARTÍCULO 6: PERÍODO DE CARENCIA

Ningún beneficio será pagado si la enfermedad grave es diagnosticada por primera vez o se diagnostica que la cirugía es requerida o es practicada dentro de los primeros noventa (90) días desde la fecha de emisión de esta Cláusula Adicional. La fecha de finalización de este período está detallada en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 7: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- a. Suspensión o Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b. Cuando el ASEGURADO alcance la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en el Artículo 5 de esta cláusula.
- c. La fecha en que el beneficio previsto en esta cláusula es ejercido.

SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

CLÁUSULA ADICIONAL - ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Código SBS: VI1777100001

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza; de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente. Si los términos de la Cláusula Adicional difieren de otras estipulaciones del seguro principal, prevalecerán los de la Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 1: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se deberán tomar en cuenta las siguientes definiciones:

- a. **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento, que ocasione daños al ASEGURADO, provocándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, así como también aquellos casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes médicos correspondientes.
No se consideran Accidentes los sucesos que sean consecuencia de infarto de miocardio, ataque epiléptico, trastorno mental, apoplejía, síncope, accidente cerebro vascular, dolor de espalda crónico, desvanecimiento o sonambulismo, y aquellos eventos que sufra el ASEGURADO producto de estos episodios. Tampoco serán considerados como Accidentes los hechos derivados de negligencia médica o mala praxis.
- b. **Beneficiario:** Para los efectos de esta cláusula será el ASEGURADO.
- c. **Capacidad de Trabajo:** Capacidad del ASEGURADO para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.
- d. **Enfermedad:** Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas y signos característicos, diagnosticada por un profesional médico colegiado y cuyo origen sea posterior a la fecha de vigencia de esta Póliza.
- e. **Invalidez Total y Permanente:** Se considera que el ASEGURADO se encuentra en una situación de Invalidez Total y Permanente, si a consecuencia de un Accidente o Enfermedad, presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior al 2/3 de su Capacidad de Trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes, tales como ESSALUD o la COMAAPP (Comisión médica de las AFP) y/o en su defecto, por los hospitales nacionales bajo la gestión del Ministerio de Salud (MINSA) o por el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).
- f. **Médico Especialista:** Está referido a quien practica la medicina, autorizado para ello en Perú, de conformidad con las normas de la materia y que cuenta con la especialidad debidamente registrada, que lo califica para emitir un pronunciamiento sobre la Condición del ASEGURADO.
- g. **Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares, que se pagará en caso de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta cláusula adicional. Esta nunca será superior a la Suma Asegurada del Seguro Principal vigente al momento de la contratación de esta cláusula adicional.

Las palabras no definidas en el presente documento se regirán por las definiciones estipuladas en las Condiciones Generales de la Póliza.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO de la Póliza, hasta la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, en caso se determine que el ASEGURADO se encuentra en condición de Invalidez Total y Permanente, a consecuencia de una Enfermedad o de un Accidente acaecido durante la vigencia de la Póliza y la Invalidez Total y Permanente, se haya manifestado dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

ARTÍCULO 3: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la **Invalidez Total y Permanente del Asegurado**, que ocurra como consecuencia de:

- a. Exclusiones indicadas en las **Condiciones Generales de la Póliza**.
- b. Intento de Suicidio y/o lesiones auto infligidas causadas intencionalmente por el **ASEGURADO**, o por terceros con el consentimiento del **ASEGURADO**.
- c. Por consecuencia de viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular, o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas, así como en operaciones o viajes submarinos. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular, el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo, se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas a los vehículos de carga.
- d. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales; salvo que sean declarados en la **Solicitud de Seguro** y aceptados expresamente por la **COMPAÑÍA** en las **Condiciones Particulares de la Póliza**.
- e. Por consecuencia del ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo o agente de seguridad.
- f. Manipulación de explosivos o armas de fuego por el **ASEGURADO**.

ARTÍCULO 4: DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS EN CASO DE SINIESTRO

En caso de Siniestro, se deberán presentar los siguientes documentos:

- **Solicitud de Cobertura** debidamente llenada y suscrita por el **ASEGURADO**. Este documento tendrá carácter de declaración jurada y será proporcionado por la **COMPAÑÍA**.
- **Copia simple del documento de identidad** del **ASEGURADO**.
- **Copia de la Historia Clínica** foliada y fedateada e **Informes médicos adicionales y/o ampliatorios** del **ASEGURADO** emitido por el centro médico que diagnosticó la **Invalidez Total y Permanente**.
- **Dictamen o Certificado de Invalidez Total Permanente** de la **Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades** emitida por **ESSALUD** o la **COMAFP** (Comisión médica de las AFP) y/o en su defecto, por los hospitales nacionales bajo la gestión del **MINSA** o por el **Instituto Nacional de Rehabilitación**.
- **Copia Certificada por Notario** del atestado o informe policial en caso de Accidente, emitido por la **Policía**.
- **Copia Certificada por Notario** del examen toxicológico y dosaje etílico, en caso de Accidente emitido por la **Policía** o centro de salud (público y/o privado).
- **Formato de la COMPAÑÍA** de Declaración Médica suscrita por el médico especialista tratante, en caso la **COMPAÑÍA** lo requiera.

Todo documento de procedencia extranjera debe ser Apostillado por el Consulado Peruano en el país de expedición; en defecto de ello, deberá ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una Traducción Oficial del mismo.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación exigida en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la **COMPAÑÍA** deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

El ASEGURADO se compromete a facilitar a la COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para evaluar la Solicitud de Cobertura presentada, así como para realizar cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos especialistas tratantes, a la exhibición de la historia clínica, física o electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la COMPAÑÍA, desde que recibe la Solicitud de Cobertura.

ARTÍCULO 5: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente Cláusula Adicional, las personas naturales que cumplan con los requisitos de asegurabilidad, los cuales incluyen el siguiente rango de edad del último cumpleaños:

- **Edad Mínima de Ingreso a la Póliza: 18 años.**
- **Edad Máxima de Ingreso a la Póliza: XX años y 364 días.**
- **Edad Máxima de Permanencia en la Póliza: XX años y 364 días.**

Adicionalmente, la asegurabilidad estará determinada por el resultado de la evaluación de las respuestas a las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) y será manifestada mediante la aceptación expresa de parte de la COMPAÑÍA a las solicitudes de seguro formuladas.

ARTÍCULO 6: CAMBIO EN LA SUMA ASEGURADA

Luego de un (1) año de vigencia de la presente cláusula adicional, el CONTRATANTE, con autorización previa y escrita del ASEGURADO, podrá solicitar a la COMPAÑÍA el cambio en la Suma Asegurada, mediante la presentación del formulario escrito que proporcionará la COMPAÑÍA. No se puede solicitar más de dos (2) cambios en la Suma Asegurada en un mismo Año Póliza.

- **En caso de Aumento**

Para evaluar la solicitud de Aumento de Suma Asegurada, la COMPAÑÍA podrá exigir las pruebas de asegurabilidad respectivas.

La COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.

- **En caso de Reducción**

Para evaluar la solicitud de Reducción de la Suma Asegurada, la COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.

En el caso de disminuciones de Suma Asegurada, la resultante no podrá ser menor al monto de Suma Asegurada Mínima indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 7: TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

La PÓLIZA termina de manera automática cuando se produzca un siniestro que dé lugar al pago de la Suma Asegurada de esta Cláusula Adicional.

Ahora bien, en caso de haber contratado la Cobertura Principal con un Monto a Riesgo según Opción B, en adición se pagará al CONTRATANTE el Valor Neto de la PÓLIZA a la fecha del siniestro.

SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

CLÁUSULA ADICIONAL - MUERTE PARA ASEGURADO ADICIONAL

Código SBS: VI1777100001

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza; de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente. Si los términos de la Cláusula Adicional difieren de otras estipulaciones del seguro principal, prevalecerán los de la Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 1: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se deberán tomar en cuenta las siguientes definiciones:

- a. **Asegurado Adicional:** Persona natural cuyos datos de identificación constan en las Condiciones Particulares y cuya vida se asegura en la presente Cláusula Adicional. Es el titular del interés asegurable, objeto de cobertura bajo esta cláusula adicional.
- b. **Interés Asegurable:** Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es la relación de pérdida económica que motiva al CONTRATANTE y/o ASEGURADO a obtener la cobertura para la protección de determinado riesgo, reflejado en el deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que, de producirse, generaría un perjuicio económico para ellos mismos o para los BENEFICIARIOS
- c. **Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares, que se pagará en caso de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta cláusula adicional. Esta nunca será superior a la Suma Asegurada del Seguro Principal vigente al momento de la contratación de esta cláusula adicional.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

Bajo esta cláusula adicional, la COMPAÑÍA pagará el monto de la Suma Asegurada según lo estipulado en las Condiciones Particulares, en caso ocurra el fallecimiento del ASEGURADO ADICIONAL, mientras la presente cláusula se encuentra vigente.

Para efectos de la solicitud de cobertura se deberá tomar en cuenta lo dispuesto en el Artículo 27 del Condicionado General de la Póliza.

ARTÍCULO 3: CAMBIO EN LA SUMA ASEGURADA

Luego de un (1) año de vigencia de la presente cláusula adicional, el CONTRATANTE, con autorización previa, escrita y con firma legalizada ante notario público del ASEGURADO ADICIONAL, podrá solicitar a la COMPAÑÍA el cambio en la Suma Asegurada, mediante la presentación del formulario escrito que proporcionará la COMPAÑÍA. No se puede solicitar más de dos (2) cambios en la Suma Asegurada en un mismo Año Póliza.

- **En caso de Aumento**
Para evaluar la solicitud de Aumento de Suma Asegurada, la COMPAÑÍA podrá exigir las pruebas de asegurabilidad respectivas. La COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación de la COMPAÑÍA.
- **En caso de Reducción**
Para evaluar la solicitud de Reducción de la Suma Asegurada, la COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación de la COMPAÑÍA.
En el caso de disminuciones de Suma Asegurada, la resultante no podrá ser menor al monto de Suma Asegurada Mínima indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 4: INDISPUTABILIDAD

Si transcurren dos (2) años desde el inicio de la vigencia de esta cláusula adicional, la COMPAÑÍA no puede invocar la reticencia o falsa declaración del CONTRATANTE y/o ASEGURADO ADICIONAL, excepto cuando es dolosa.

ARTÍCULO 5: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente Cláusula Adicional, las personas naturales que cumplan con los requisitos de asegurabilidad, los cuales incluyen el siguiente rango de edad:

- **Edad Mínima de Ingreso a la Póliza: 18 años.**
- **Edad Máxima de Ingreso a la Póliza: XX años y 364 días.**
- **Edad Máxima de Permanencia en la Póliza: XX años y 364 días.**

Adicionalmente, la asegurabilidad estará determinada por el resultado de la evaluación de las respuestas a las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) y será manifestada mediante la aceptación expresa de parte de la COMPAÑÍA a las solicitudes de seguro formuladas.

ARTÍCULO 6: TERMINACIÓN

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquier de los siguientes eventos:

- a. Suspensión o Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b. Cuando el ASEGURADO ADICIONAL alcance la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en el Artículo 5 de esta cláusula.
- c. La fecha en que el beneficio previsto en esta cláusula es ejercido.
- d. Cuando el CONTRATANTE solicite la cancelación de esta Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 7: EXCLUSIONES

Esta Cláusula Adicional no cubre el riesgo de muerte, si el fallecimiento del ASEGURADO ADICIONAL fuere causado por o sea a consecuencia de:

- a. **Suicidio y/o lesiones auto infligidas causadas intencionalmente por el ASEGURADO ADICIONAL, o por terceros con el consentimiento del ASEGURADO ADICIONAL, salvo que hubiesen transcurrido al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.**
Asimismo, los aumentos de Suma Asegurada solicitados por el CONTRATANTE que se hayan concedido en los dos (2) años inmediatamente anteriores al suicidio, no integrarán el beneficio a pagar bajo esta cláusula adicional.
- b. **Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o quien pudiera reclamar el Importe del Beneficio. En ese sentido, el autor o cómplice pierden el derecho a ser indemnizados. En este supuesto, la Suma Asegurada que le correspondía a éstos, se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho a la Suma Asegurada.**
- c. **Guerra convencional, química, biológica y/o nuclear (civil o internacional) declarada o no, estando el ASEGURADO ADICIONAL en campaña, así como por intervención, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (haya o no declaración de guerra), duelo concertado, rebelión, revolución, insurrección, tumulto, desorden civil, golpe militar o poder usurpado, confiscación o nacionalización, requisa o destrucción o reclamaciones que resulten del ejercicio de cualquier autoridad pública o gobierno.**
- d. **Como consecuencia de fisión o fusión nuclear o radioactividad, sean en forma directa o indirecta o como resultado de cualquier incidente nuclear o riesgos nucleares incluyendo, entre otros, ataques nucleares, accidentes nucleares, desastres nucleares, contaminación radiactiva y/o liberación de energía nuclear o atómica.**
- e. **Cuando el fallecimiento sea consecuencia de intervención directa o indirecta del ASEGURADO ADICIONAL en actos delictivos, subversivos, terroristas o aplicación de la pena de muerte.**

SEGURO DE VIDA UNIVERSAL - CLÁUSULA ADICIONAL

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE PARA ASEGURADO ADICIONAL

Código SBS: VI1777100001

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza; de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente. Si los términos de la Cláusula Adicional difieren de otras estipulaciones del seguro principal, prevalecerán los de la Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 1: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se deberán tomar en cuenta las siguientes definiciones:

- a. **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento, que ocasione daños al ASEGURADO ADICIONAL, provocándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, así como también aquellos casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes médicos correspondientes.
No se consideran Accidentes los sucesos que sean consecuencia de infarto de miocardio, ataque epiléptico, trastorno mental, apoplejía, síncope, accidente cerebro vascular, dolor de espalda crónico, desvanecimiento o sonambulismo, y aquellos eventos que sufra el ASEGURADO ADICIONAL producto de estos episodios.
Tampoco serán considerados como Accidentes los hechos derivados de negligencia médica o mala praxis.
- b. **Asegurado Adicional:** Persona natural cuyos datos de identificación constan en las Condiciones Particulares y cuya vida se asegura en la presente Cláusula Adicional. Es el titular del interés asegurable, objeto de cobertura bajo esta cláusula adicional.
- c. **Beneficiario:** Para los efectos de esta cláusula será el ASEGURADO ADICIONAL.
- d. **Capacidad de Trabajo:** Capacidad del ASEGURADO ADICIONAL para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.
- e. **Enfermedad:** Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas y signos característicos, diagnosticada por un profesional médico colegiado y cuyo origen sea posterior a la fecha de vigencia de esta Póliza.
- f. **Interés Asegurable:** Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es la relación de pérdida económica que motiva al CONTRATANTE y/o ASEGURADO a obtener la cobertura para la protección de determinado riesgo, reflejado en el deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que, de producirse, generaría un perjuicio económico para ellos mismos o para los BENEFICIARIOS.
- g. **Invalidz Total y Permanente:** Se considera que el ASEGURADO ADICIONAL se encuentra en una situación de Invalidz Total y Permanente, si a consecuencia de un Accidente o Enfermedad, presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior al 2/3 de su Capacidad de Trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes, tales como ESSALUD o la COMAAPP (Comisión médica de las AFP) y/o en su defecto, por los hospitales nacionales bajo la gestión del Ministerio de Salud (MINSA) o por el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).
- h. **Médico Especialista:** Está referido a quien practica la medicina, autorizado para ello en Perú, de conformidad con las normas de la materia y que cuenta con la especialidad debidamente registrada, que lo califica para emitir un pronunciamiento sobre la Condición del ASEGURADO.
- i. **Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares, que se pagará en caso de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta cláusula adicional. Esta nunca será superior a la Suma Asegurada del Seguro Principal vigente al momento de la contratación de esta cláusula adicional.

Las palabras no definidas en el presente documento se regirán por las definiciones estipuladas en las Condiciones Generales de la Póliza.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO ADICIONAL de la Póliza, hasta la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, en caso se determine que el ASEGURADO se encuentra en condición de **Invalidez Total y Permanente**, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad.

ARTÍCULO 3: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la **Invalidez Total y Permanente del Asegurado Adicional**, que ocurra como consecuencia de:

- a. Exclusiones indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza.
- b. Intento de Suicidio y/o lesiones auto infligidas causadas intencionalmente por el ASEGURADO ADICIONAL, o por terceros con el consentimiento del ASEGURADO ADICIONAL.
- c. Por consecuencia de viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular, o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas, así como en operaciones o viajes submarinos. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular, el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo, se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas a los vehículos de carga.
- d. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro y aceptados expresamente por la COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- e. Por consecuencia del ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo o agente de seguridad.
- f. Manipulación de explosivos o armas de fuego por el ASEGURADO ADICIONAL.
- g. Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o quien pudiera reclamar el Importe del Beneficio. En ese sentido, el autor o cómplice pierden el derecho a ser indemnizados. En este supuesto, la Suma Asegurada que le correspondía a éstos, se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho a la Suma Asegurada.

ARTÍCULO 4: DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS EN CASO DE SINIESTRO

En caso de Siniestro, se deberán presentar los siguientes documentos:

- **Solicitud de Cobertura** debidamente llenada y suscrita por el ASEGURADO ADICIONAL. Este documento tendrá carácter de declaración jurada.
- **Copia simple del documento de identidad** del ASEGURADO ADICIONAL.
- **Copia de la Historia Clínica** foliada y fedateada e **Informes médicos adicionales y/o ampliatorios** del ASEGURADO ADICIONAL.
- **Dictamen o Certificado de Invalidez Total Permanente** de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de las AFP) y/o en su defecto, por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.
- **Copia Certificada por Notario** del atestado o informe policial en caso de Accidente.
- **Copia Certificada por Notario** del examen toxicológico y dosaje etílico, en caso de Accidente.
- **Formato de la COMPAÑÍA** de Declaración Médica suscrita por el médico especialista tratante, en caso la COMPAÑÍA lo requiera.

Todo documento de procedencia extranjera debe ser Apostillado por el Consulado Peruano en el país de expedición; en defecto de ello, deberá ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una Traducción Oficial del mismo.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación y exigida en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información

presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

El ASEGURADO ADICIONAL se compromete a facilitar a la COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para evaluar la Solicitud de Cobertura presentada, así como para realizar cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos especialistas tratantes, a la exhibición de la historia clínica, física o electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la COMPAÑÍA, desde que recibe la Solicitud de Cobertura.

ARTÍCULO 5: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO ADICIONAL

Podrán asegurarse bajo la presente Cláusula Adicional, las personas naturales que cumplan con los requisitos de asegurabilidad, los cuales incluyen el siguiente rango de edad del último cumpleaños:

- **Edad Mínima de Ingreso a la Póliza: 18 años.**
- **Edad Máxima de Ingreso a la Póliza: XX años y 364 días.**
- **Edad Máxima de Permanencia en la Póliza: XX años y 364 días.**

Adicionalmente, la asegurabilidad estará determinada por el resultado de la evaluación de las respuestas a las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) y será manifestada mediante la aceptación expresa de parte de la COMPAÑÍA a las solicitudes de seguro formuladas.

ARTÍCULO 6: CAMBIO EN LA SUMA ASEGURADA

Luego de un (1) año de vigencia de la presente cláusula adicional, el CONTRATANTE, con autorización previa y escrita del ASEGURADO ADICIONAL, podrá solicitar a la COMPAÑÍA el cambio en la Suma Asegurada, mediante la presentación del formulario escrito que proporcionará la COMPAÑÍA. No se puede solicitar más de dos (2) cambios en la Suma Asegurada en un mismo Año Póliza.

- **En caso de Aumento**
Para evaluar la solicitud de Aumento de Suma Asegurada, la COMPAÑÍA podrá exigir las pruebas de asegurabilidad respectivas.
La COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.
- **En caso de Reducción**
Para evaluar la solicitud de Reducción de la Suma Asegurada, la COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.
En el caso de disminuciones de Suma Asegurada, la resultante no podrá ser menor al monto de Suma Asegurada Mínima indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 7: TERMINACIÓN

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquier de los siguientes eventos:

- Suspensión o Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- Cuando el ASEGURADO ADICIONAL alcance la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en el Artículo 5 de esta cláusula.
- La fecha en que el beneficio previsto en esta cláusula es ejercido.
- Cuando el CONTRATANTE solicite la cancelación de esta Cláusula Adicional.

SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

CLÁUSULA ADICIONAL - ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE PARA ASEGURADO ADICIONAL

Código SBS: VI1777100001

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria del seguro principal, se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza; de modo que sólo será válida y regirá mientras el seguro principal lo sea y esté vigente. Si los términos de la Cláusula Adicional difieren de otras estipulaciones del seguro principal, prevalecerán los de la Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 1: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Cláusula Adicional se deberán tomar en cuenta las siguientes definiciones:

- a. **Accidente:** Evento imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de modo violento, que ocasione daños al ASEGURADO ADICIONAL, provocándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, así como también aquellos casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes médicos correspondientes.
No se consideran Accidentes los sucesos que sean consecuencia de infarto de miocardio, ataque epiléptico, trastorno mental, apoplejía, síncope, accidente cerebro vascular, dolor de espalda crónico, desvanecimiento o sonambulismo, y aquellos eventos que sufra el ASEGURADO ADICIONAL producto de estos episodios. Tampoco serán considerados como Accidentes los hechos derivados de negligencia médica o mala praxis.
- b. **Asegurado:** Persona natural cuyos datos de identificación constan en las Condiciones Particulares y cuya vida se asegura en la presente Cláusula Adicional. Es el titular del interés asegurable, objeto de cobertura bajo esta cláusula adicional.
- c. **Beneficiario:** Para los efectos de esta cláusula será el ASEGURADO ADICIONAL.
- d. **Capacidad de Trabajo:** Capacidad del ASEGURADO ADICIONAL para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.
- e. **Enfermedad:** Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas y signos característicos, diagnosticada por un profesional médico colegiado y cuyo origen sea posterior a la fecha de vigencia de esta Póliza.
- e. **Interés Asegurable:** Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es la relación de pérdida económica que motiva al CONTRATANTE y/o ASEGURADO a obtener la cobertura para la protección de determinado riesgo, reflejado en el deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que, de producirse, generaría un perjuicio económico para ellos mismos o para los BENEFICIARIOS.
- f. **Invalidez Total y Permanente:** Se considera que el ASEGURADO ADICIONAL se encuentra en una situación de Invalidez Total y Permanente, si a consecuencia de un Accidente o Enfermedad, presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior al 2/3 de su Capacidad de Trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes, tales como ESSALUD o la COMAfp (Comisión médica de las AFP) y/o en su defecto, por los hospitales nacionales bajo la gestión del Ministerio de Salud (MINSA) o por el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).
- g. **Médico Especialista:** Está referido a quien practica la medicina, autorizado para ello en Perú, de conformidad con las normas de la materia y que cuenta con la especialidad debidamente registrada, que lo califica para emitir un pronunciamiento sobre la Condición del ASEGURADO ADICIONAL.
- h. **Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares, que se pagará en caso de la ocurrencia de un siniestro cubierto por esta cláusula adicional.

Las palabras no definidas en el presente documento se regirán por las definiciones estipuladas en las Condiciones Generales de la Póliza.

ARTÍCULO 2: COBERTURA

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO ADICIONAL de la Póliza, hasta la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, en caso se determine que el ASEGURADO ADICIONAL se encuentra en condición de Invalidez Total y Permanente, a consecuencia de una Enfermedad o de un Accidente acaecido durante la vigencia de la Póliza y la Invalidez Total y Permanente, se haya manifestado dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

ARTÍCULO 3: EXCLUSIONES

La presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la **Invalidez Total y Permanente del Asegurado Adicional**, que ocurra como consecuencia de:

- a. Exclusiones indicadas en las **Condiciones Generales de la Póliza**.
- b. **Intento de Suicidio y/o lesiones auto infligidas causadas intencionalmente por el ASEGURADO ADICIONAL, o por terceros con el consentimiento del ASEGURADO ADICIONAL**.
- c. Por consecuencia de viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular, o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas, así como en operaciones o viajes submarinos. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular, el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo, se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas a los vehículos de carga.
- d. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales; salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro y aceptados expresamente por la **COMPAÑÍA** en las **Condiciones Particulares de la Póliza**.
- e. Por consecuencia del ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo o agente de seguridad.
- f. Manipulación de explosivos o armas de fuego por el **ASEGURADO ADICIONAL**.
- g. **Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o quien pudiera reclamar el Importe del Beneficio.** En ese sentido, el autor o cómplice pierden el derecho a ser indemnizados. En este supuesto, la Suma Asegurada que le correspondía a éstos, se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho a la Suma Asegurada.

ARTÍCULO 4: DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS EN CASO DE SINIESTRO

En caso de Siniestro, se deberán presentar los siguientes documentos:

- **Solicitud de Cobertura debidamente llenada y suscrita por el ASEGURADO ADICIONAL.** Este documento tendrá carácter de declaración jurada y será proporcionado por la **COMPAÑÍA**.
- **Copia simple del documento de identidad del ASEGURADO ADICIONAL.**
- **Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada e Informes médicos adicionales y/o ampliatorios del ASEGURADO ADICIONAL emitida por el Centro Médico que diagnosticó la **Invalidez total y Permanente**.**
- **Dictamen o Certificado de **Invalidez Total Permanente** de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMA AFP (Comisión médica de las AFP) y/o en su defecto, por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.**
- **Copia Certificada por Notario del atestado o informe policial en caso de Accidente.**
- **Copia Certificada por Notario del examen toxicológico y dosaje etílico, en caso de Accidente, emitido por la Policía y/o un Centro de Salud (público y/o privado)..**
- **Formato de la **COMPAÑÍA** de Declaración Médica suscrita por el médico especialista tratante, en caso la **COMPAÑÍA** lo requiera.**

Todo documento de procedencia extranjera debe ser Apostillado por el Consulado Peruano en el país de expedición; en defecto de ello, deberá ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una Traducción Oficial del mismo.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación exigida en la Póliza para que se produzca la liquidación del Siniestro, la **COMPAÑÍA** deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso la **COMPAÑÍA** requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pago hasta que se presente la documentación e información correspondiente solicitada.

El ASEGURADO ADICIONAL se compromete a facilitar a la COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para evaluar la Solicitud de Cobertura presentada, así como para realizar cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos especialistas tratantes, a la exhibición de la historia clínica, física o electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la COMPAÑÍA, desde que recibe la Solicitud de Cobertura.

ARTÍCULO 5: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO ADICIONAL

Podrán asegurarse bajo la presente Cláusula Adicional, las personas naturales que cumplan con los requisitos de asegurabilidad, los cuales incluyen el siguiente rango de edad del último cumpleaños:

- **Edad Mínima de Ingreso a la Póliza: 18 años.**
- **Edad Máxima de Ingreso a la Póliza: XX años y 364 días.**
- **Edad Máxima de Permanencia en la Póliza: XX años y 364 días.**

Adicionalmente, la asegurabilidad estará determinada por el resultado de la evaluación de las respuestas a las preguntas de la Declaración Personal de Salud (DPS) y será manifestada mediante la aceptación expresa de parte de la COMPAÑÍA a las solicitudes de seguro formuladas.

ARTÍCULO 6: CAMBIO EN LA SUMA ASEGURADA

Luego de un (1) año de vigencia de la presente cláusula adicional, el CONTRATANTE, con autorización previa y escrita del ASEGURADO ADICIONAL, podrá solicitar a la COMPAÑÍA el cambio en la Suma Asegurada, mediante la presentación del formulario escrito que proporcionará la COMPAÑÍA. No se puede solicitar más de dos (2) cambios en la Suma Asegurada en un mismo Año Póliza.

- **En caso de Aumento**
Para evaluar la solicitud de Aumento de Suma Asegurada, la COMPAÑÍA podrá exigir las pruebas de asegurabilidad respectivas.

La COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.
- **En caso de Reducción**
Para evaluar la solicitud de Reducción de la Suma Asegurada, la COMPAÑÍA deberá comunicar por escrito al CONTRATANTE la aceptación o rechazo del cambio solicitado. El cambio será efectivo a partir de la fecha de aprobación.

En el caso de disminuciones de Suma Asegurada, la resultante no podrá ser menor al monto de Suma Asegurada Mínima indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTÍCULO 7: TERMINACIÓN DE ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

La cobertura prevista por esta Cláusula Adicional cesará ante la ocurrencia de cualquier de los siguientes eventos:

- a. Suspensión o Terminación del seguro principal por cualquier causa.
- b. Cuando el ASEGURADO ADICIONAL alcance la “Edad Máxima de Permanencia” indicada en el Artículo 5 de esta cláusula.
- c. La fecha en que el beneficio previsto en esta cláusula es ejercido
- d. Cuando el CONTRATANTE solicite la cancelación de esta Cláusula Adicional.

ARTÍCULO 8: TERMINACIÓN DE LA CLÁUSULA ADICIONAL DE MUERTE ASEGURADO ADICIONAL

La Cláusula Adicional de Muerte Asegurado Adicional termina de manera automática cuando se produzca un siniestro que dé lugar al pago de la Suma Asegurada de la presente Cláusula Adicional.