Firmado digitalmente por: GUILLEN RISPA Mila Luz FAU 20131370564 soft
Cargo: SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA
Fecha y hora de firma: 15/03/2023 16:34:54
N° de documento: RESOLUCIÓN SBS N 00923 - 2023 - SBS

SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 15 de marzo de 2023

RESOLUCIÓN SBS
N° 00923-2023

La Superintendenta Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Ohio National Vida (la Compañía) con fecha 08 de febrero de 2023, a través del Sistema de Revisión de Contratos (SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Seguro de Vida Temporal"[1], registrado con Código SBS N° VI1777100002, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 139 - 2023 de fecha 16 de enero de 2023.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 08 de febrero de 2023, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Seguro de Vida Temporal", registrado con Código SBS N° VI1777100002;

Que, a través de la Resolución SBS N° 139 - 2023 de fecha 16 de enero 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 producto personal, 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 del 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 las condiciones mínimas solicitadas;

---

[1] También denominado VT1.

Esta es una copia auténtica imprimible de 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: **QWABNE-001**

Firmado digitalmente por: GUILLEN RISPA Mila Luz FAU 20131370564 soft
Cargo: SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA
Fecha y hora de firma: 15/03/2023 16:34:54
N° de documento: RESOLUCIÓN SBS N 00923 - 2023 - SBS

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 las condiciones mínimas contempladas en los incisos 2 y 11 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, referidas a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud y al procedimiento de modificación a la renovación por cuanto el seguro no es renovable, respectivamente;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los artículos 7 y 8 de las Condiciones Generales del producto "Seguro de Vida Temporal", sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, estando a lo opinado por el Departamento de Asesoría y Supervisión Legal y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del 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; la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta y el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los artículos 7 y 8 de las Condiciones Generales del producto "Seguro de Vida Temporal", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 139 - 2023 de fecha 16 de enero 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 Compañía en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro. 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 Temporal", 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, la Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Vida Temporal" 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.

Regístrese y comuníquese.

MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA

Esta es una copia auténtica imprimible de 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: **QWABNE-001**

Firmado digitalmente por: GUILLEN RISPA Mila Luz FAU 20131370564 soft
Cargo: SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA
Fecha y hora de firma: 15/03/2023 16:34:54
N° de documento: RESOLUCIÓN SBS N 00923 - 2023 - SBS

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, extinguiéndose 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 comunicación 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 periodos no devengados, de corresponder.

Le corresponde a la COMPAÑÍA el cobro de la prima hasta el momento en que se efectuó la resolución; en este sentido se procederá con el reembolso de la prima en función al plazo no transcurrido dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la solicitud de resolución del contrato comunicada por el CONTRATANTE.

b. Por falta de pago de las Primas Comerciales 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 las Primas de la PÓLIZA correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

Esta es una copia auténtica imprimible de 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: **QWABNE-001**

Firmado digitalmente por: GUILLEN RISPA Mila Luz FAU 20131370564 soft
Cargo: SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA
Fecha y hora de firma: 15/03/2023 16:34:54
N° de documento: RESOLUCIÓN SBS N 00923 - 2023 - SBS

c. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En caso de incurrirse en la presente causal, la COMPAÑÍA responderá la solicitud de cobertura, de modo 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 monto de indemnización 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 la prima, hasta el momento en que se efectuó la resolución. Asimismo, la COMPAÑÍA procederá a devolver al CONTRATANTE el importe de la prima dentro de los treinta (30) días a la fecha en que se efectúe la resolución.

d. Por revocamiento del consentimiento del ASEGURADO, cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. Una vez notificada la revocación del consentimiento del ASEGURADO, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho. En este caso, corresponde a la COMPAÑÍA las primas, hasta el momento en que se efectué la resolución. Asimismo, procederá a devolver al CONTRATANTE el importe de la prima correspondiente al período de vigencia no transcurrido.

e. Por rechazo del CONTRATANTE a las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA en caso de reticencia y/o declaración inexacta. La COMPAÑÍA resolverá la PÓLIZA en el plazo de treinta (30) días computados desde el vencimiento del plazo otorgado al CONTRATANTE para que se pronuncie sobre la aceptación o rechazo de las nuevas condiciones ofrecidas, conforme a la cláusula 9.3[2].

En los supuestos establecidos en los literales (c), (d) y (e), le corresponden a la COMPAÑÍA las primas, hasta el momento en que se efectué la resolución. Asimismo, la COMPAÑÍA procederá a devolver al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha efectiva de la resolución, el importe de la prima correspondiente al período de vigencia no transcurrido.

---

[2] **ARTÍCULO 9 RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN 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 de la prima 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 las primas, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
b. Constatación después de que se produzca el siniestro:
La COMPAÑÍA reducirá la Suma Asegurada a pagar en la misma proporción existente entre la prima efectivamente cobrada y la que debió haberse pagado.

Esta es una copia auténtica imprimible de 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: **QWABNE-001**

Firmado digitalmente por: GUILLEN RISPA Mila Luz FAU 20131370564 soft
Cargo: SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA
Fecha y hora de firma: 15/03/2023 16:34:54
N° de documento: RESOLUCIÓN SBS N 00923 - 2023 - SBS

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 sea una persona distinta a él, conforme al literal d) antes señalado.

Producida la resolución del Contrato de Seguro por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la COMPAÑIA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente PÓLIZA, finalizando la cobertura del seguro.

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.

El Contrato de Seguro será nulo si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

a. Hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.

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

c. 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 es una copia auténtica imprimible de 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: **QWABNE-001**

Firmado digitalmente por: GUILLEN RISPA Mila Luz FAU 20131370564 soft
Cargo: SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA
Fecha y hora de firma: 15/03/2023 16:34:54
N° de documento: RESOLUCIÓN SBS N 00923 - 2023 - SBS

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 de la prima comercial que hubiese sido pagada por el CONTRATANTE (sin intereses), dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que fue comunicada la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente, en cuyo caso las primas comerciales quedan adquiridas por La COMPAÑÍA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

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

(…)

EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

i. **SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA. -**

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta PÓLIZA, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la COMPAÑIA comunica de manera cierta al CONTRATANTE y al ASEGURADO a través del medio y dirección pactada, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura. 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 de la Suma Asegurada correspondiente el monto de primas de la PÓLIZA 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 la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la PÓLIZA.

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.

(…)

Esta es una copia auténtica imprimible de 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: **QWABNE-001**

Firmado digitalmente por: GUILLEN RISPA Mila Luz FAU 20131370564 soft
Cargo: SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA
Fecha y hora de firma: 15/03/2023 16:34:54
N° de documento: RESOLUCIÓN SBS N 00923 - 2023 - SBS

ARTÍCULO 14 DERECHO DE ARREPENTIMIENTO.

Cuando la oferta de la presente PÓLIZA se haya efectuado mediante comercializadores 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 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 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.

(…)

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, según corresponda, 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 de la prima no devengada 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 la solicitud de cobertura podrá presentarse en los locales del comercializador dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que

Esta es una copia auténtica imprimible de 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: **QWABNE-001**

Firmado digitalmente por: GUILLEN RISPA Mila Luz FAU 20131370564 soft
Cargo: SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA
Fecha y hora de firma: 15/03/2023 16:34:54
N° de documento: RESOLUCIÓN SBS N 00923 - 2023 - SBS

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, descritos 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 (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 (obtenido ante la autoridad pertinente).
- 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 Copia legalizada de su Partida de Nacimiento.

Esta es una copia auténtica imprimible de 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: **QWABNE-001**

Firmado digitalmente por: GUILLEN RISPA Mila Luz FAU 20131370564 soft
Cargo: SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA
Fecha y hora de firma: 15/03/2023 16:34:54
N° de documento: RESOLUCIÓN SBS N 00923 - 2023 - SBS

· En caso los BENEFICIARIOS sean los "Herederos Legales", se deberá adjuntar 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 original 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, Certificación de reproducción notarial de la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción en original. 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.

Esta es una copia auténtica imprimible de 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: **QWABNE-001**

Firmado digitalmente por: GUILLEN RISPA Mila Luz FAU 20131370564 soft
Cargo: SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA
Fecha y hora de firma: 15/03/2023 16:34:54
N° de documento: RESOLUCIÓN SBS N 00923 - 2023 - SBS

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.

Esta es una copia auténtica imprimible de 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: **QWABNE-001**

Firmado digitalmente por: GALLARDO SALAZAR Lourdes Paola FAU 20131370564 soft
Cargo: JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ASESORIA LEGAL
Fecha y hora de firma: 24/10/2024 17:08:35
N° de documento: OFICIO N 65232 - 2024 - SBS

SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 24 de octubre de 2024

OFICIO Nº 65232-2024-SBS

Señor
Alfredo Salazar Delgado
Gerente General
Ohio National Seguros de Vida S.A.

Ref.: Solicitud de modificación del producto "Seguro de Vida Temporal"

Me dirijo a usted con relación a la solicitud de su representada de fecha 19.09.2024, por la cual requiere la modificación del modelo de póliza del producto ingresado mediante el Sistema de Revisión de Contratos (SIRCON) bajo el número POL002592, producto "Seguro de Vida Temporal"[1], identificado con código SBS N° VI1777100002 en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro.

Sobre el particular, habiendo cumplido su representada con los requisitos previstos en el marco normativo aplicable a este procedimiento, se le informa que se ha procedido a actualizar dicho registro conforme a lo solicitado, modificándose la Solicitud de Seguro, las Condiciones Particulares, el Resumen, e incorporándose la Cláusula Adicional – Anticipo de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente; siendo el caso que transcurridos 30 días de la notificación del presente oficio, no podrán emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior, en atención a lo previsto en el artículo 16° del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS Nº 7044-2013 y sus modificatorias.

Atentamente,

LOURDES PAOLA GALLARDO SALAZAR
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ASESORIA LEGAL

LPG/azg
POL002592

[1] También denominado VT1

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: **9UZTFQ-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***

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
CONDICIONES PARTICULARES

1. DATOS DE LA COMPAÑÍA

Compañía: Ohio National Seguros de Vida 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.ohionational.pe

2. DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre de Producto: Vida Temporal
Temporalidad:
Versión producto: VT 1.0
Código SBS: VI1777100002
Póliza No.:
Lugar de Emisión:
Fecha de Emisión:
Fecha de Inicio de Vigencia: a las 00:00 Horas
Fecha de Fin de Vigencia: a las 23:59 Horas
Moneda:

3. DATOS DEL INTERMEDIARIO

En caso de ser persona natural:
Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombres:
Teléfono Fijo: Celular:
Correo Electrónico:
Código del Intermediario:

En caso de ser persona jurídica:
Razón Social:
RUC: Partida Electrónica:
Dirección:
Teléfono Fijo: Celular:
Correo Electrónico:
Código del Intermediario:

4. CONTRATANTE

En caso de ser persona natural:
Primer Apellido: Segundo Apellido:
Nombres: Nacionalidad:
Tipo de Documento de Identidad: Número de Documento de Identidad:
Dirección:
Teléfono Fijo: Celular:
Correo Electrónico (personal):
Correo Electrónico (laboral):

ESTE DOCUMENTO NO ES UNA PÓLIZA

Nombres y Apellidos del Representante Legal:
Tipo de Documento de Identidad del Representante Legal:
Nº de Documento de Identidad del Representante Legal:
Dirección:
Teléfono Fijo: Correo Electrónico:

<u>En caso de ser persona jurídica:</u>
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

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

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Edad mínima de ingreso: 18 años
Edad máximo de ingreso:
Edad máximo de permanencia:

7. COBERTURA PRINCIPAL DEL ASEGURADO

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

Temporalidad:
Clase de Riesgo:
Fumador:
Sexo:

ESTE DOCUMENTO NO ES UNA PÓLIZA

8. COBERTURA(S) ADICIONAL(ES) DEL ASEGURADO

COBERTURA(S) ADICIONAL(ES)	SUMAS ASEGURADAS MINIMAS	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

Los Herederos Legales del ASEGURADO serán sus Beneficiarios: Si No

10.1. Beneficiarios del ASEGURADO:

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:
Correo Electrónico: %: Irrevocable: Si No

ESTE DOCUMENTO NO ES UNA PÓLIZA

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:
Correo Electrónico: %: Irrevocable: Si No

10.2. Beneficiarios Contingentes del ASEGURADO:

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:
Correo Electrónico: %: Irrevocable: Si 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: Celular:
Correo Electrónico: %: Irrevocable: Si No

11. 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 COMPAÑÍA y/o al Reasegurador, en caso corresponda.

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 y que se encuentran detallados en la página web de la COMPAÑÍA.

ESTE DOCUMENTO NO ES UNA PÓLIZA

12. CONVENIO DE PAGO

PRIMA	MONTO ANUAL
Prima Comercial por Muerte (Prima Anual)	
Prima Comercial por Muerte Accidental/ Invalidez Total y Permanente/Enfermedades Graves/ Exoneración de Primas por ITP (Prima Anual)	
Prima Comercial Total (Prima Anual)	
Prima Comercial Total (Prima Anual) + IGV	

LA PRIMA COMERCIAL TOTAL INCLUYE	MONTO
Cargos por la comercialización de seguros a través de:	Durante el primer año póliza, la comisión será el X% aplicable sobre la Prima Comercial. Durante el segundo, tercer, cuarto y quinto año póliza, la comisión será el X% aplicable sobre la Prima Comercial.

- **La comisión será pagada una vez que el CONTRATANTE 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 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.**

Deducible/Copago/Franquicia: No aplica.

13. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Frecuencia de pago de la Prima:
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. El pago de las Primas 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.

14. DECLARACIONES

La presente PÓLIZA, la SOLICITUD DE SEGURO y sus anexos, los endosos y las CLÁUSULAS ADICIONALES que se anexan a ella forman parte integrante de este contrato. Toda reticencia y/o declaraciones inexactas que haga el ASEGURADO y/o CONTRATANTE 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.

ESTE DOCUMENTO NO ... PÓLIZA

15. 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@ohionational.pe, o a través de la página web www.ohionational.pe
Telefónico: llamando a nuestra Central de Atención al (511) 204 2330 o al (511) 204 2348.

15. INFORMACIÓN ADICIONAL

Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 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, el cual puede estar ubicado en sus oficinas y/o almacenado en servicios de alojamiento externos 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.ohionational.pe/

OHIO NATIONAL	CONTRATANTE	ASEGURADO
Alfredo Salazar Delgado **Gerente General**	Póliza entregada a la dirección electrónica	Póliza entregada a la dirección electrónica

Póliza de Seguro emitida por OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA 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.ohionational.pe

ESTE DOCUMENTO NO ES UNA PÓLIZA

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL
CONDICIONES GENERALES

Código SBS: VI1777100002

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

Ohio National Seguros de Vida®

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:** 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 **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.

1.3 **BENEFICIARIO CONTINGENTE:** El que así ha sido declarado en las CONDICIONES PARTICULARES de esta PÓLIZA; tendrá derecho al cobro de la indemnización solo en caso de que al momento del siniestro no exista ningún BENEFICIARIO vivo. En caso del Fallecimiento de cualquier BENEFICIARIO CONTINGENTE la indemnización que le hubiera correspondido acrecentará la indemnización de los BENEFICIARIOS CONTINGENTES supérstites.

1.4 **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.

1.5 **CLÁUSULAS ADICIONALES:** Son Condiciones Especiales que tienen por objeto incorporar coberturas adicionales a las coberturas establecidas en las CONDICIONES GENERALES.

1.6 **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.

1.7 **COMPAÑÍA:** Es OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA Y REASEGUROS Y REASEGUROS S.A. quien emite la presente PÓLIZA.

1.8 **CONDICIONES ESPECIALES:** Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar y en general modificar el contenido o efectos de las CONDICIONES GENERALES o PARTICULARES.

1.9 **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.

1.10 **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.

1.11 **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.

1.12 **CONVENIO DE PAGOS O CRONOGRAMA DE PAGO:** Documento en el que consta el compromiso del CONTRATANTE de pagar la Prima en la forma y plazos pactados con la COMPAÑÍA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular.

1.13 **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.

1.14 **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.

1.15 **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.

1.16 **DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD – DPS:** Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, 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.

1.17 **DÍAS:** Días calendario.

1.18 **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.

1.19 **EDAD DEL CUMPLEAÑOS MÁS CERCANO:** Es la edad considerando el cumpleaños más cercano a la fecha de entrada en vigencia de la póliza, aunque no se hayan cumplido los años. Esta se utilizará para el cálculo de Prima Comercial.

1.20 **EDAD DEL ÚLTIMO CUMPLEAÑOS:** Es la edad alcanzada en el último cumpleaños. Esta se utilizará para la edad mínima de ingreso, edad máxima de ingreso y edad máxima de permanencia del contrato.

1.21 **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.

1.22 **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.

1.23 **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.

1.24 **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.

1.25 **MUERTE O FALLECIMIENTO:** Fin de la vida del ASEGURADO por cualquier causa.

1.26 **PERIODO 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.

1.27 **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.

1.28 **PRIMA COMERCIAL:** Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores y el beneficio comercial de la empresa. El costo de la prima puede expresarse como monto fijo o un valor porcentual.

1.29 **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.

1.30 **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.

1.31 **SINIESTRO:** Ocurrencia o materialización del (de los) riesgo(s) amparado(s) por la PÓLIZA.

1.32 **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.

1.33 **SUMA ASEGURADA:** Es el importe que figura en las CONDICIONES PARTICULARES, en base al cual se pagará en caso de la ocurrencia de un siniestro cubierto por la PÓLIZA.

1.34 **SUMA ASEGURADA MINIMA:** Es el importe que como mínimo podrá ser contratado para esta cobertura y que figura en las CONDICIONES PARTICULARES.

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 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 pagar la prima en las fechas correspondientes.

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 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%) de la Suma Asegurada de la cobertura 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 la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. Asimismo, procederá a devolver al CONTRATANTE el importe de la prima correspondiente al período de vigencia no transcurrido.

ARTÍCULO 7 RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA)

La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose 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 comunicación 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 periodos no devengados, de corresponder.

Le corresponde a la COMPAÑÍA el cobro de la prima hasta el momento en que se efectuó la resolución; en este sentido se procederá con el reembolso de la prima en función al plazo no transcurrido, dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la solicitud de resolución del contrato comunicada por el CONTRATANTE.

b. Por falta de pago de las Primas Comerciales 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 las Primas de la PÓLIZA correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

c. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En caso de incurrirse en la presente causal, la COMPAÑÍA responderá la solicitud de cobertura, de modo 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 monto de indemnización 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 la prima, hasta el momento en que se efectuó la resolución. Asimismo, la COMPAÑÍA procederá a devolver al CONTRATANTE el importe de la prima dentro de los treinta (30) días a la fecha en que se efectúe la resolución.

d. Por revocamiento del consentimiento del ASEGURADO, cuando el CONTRATANTE del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. Una vez notificada la revocación del consentimiento del ASEGURADO, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho. En este caso, corresponde a la COMPAÑÍA las primas, hasta el momento en que se efectué la resolución. Asimismo, procederá a devolver al CONTRATANTE el importe de la prima correspondiente al período de vigencia no transcurrido.

e. Por rechazo del CONTRATANTE a las modificaciones contractuales propuestas por la COMPAÑÍA en caso de reticencia y/o declaración inexacta. La COMPAÑÍA resolverá la PÓLIZA en el plazo de treinta (30) días computados desde el vencimiento del plazo otorgado al CONTRATANTE para que se pronuncie sobre la aceptación o rechazo de las nuevas condiciones ofrecidas, conforme a la cláusula 9.3.

En los supuestos establecidos en los literales (c), (d) y (e), le corresponden a la COMPAÑÍA las primas, hasta el momento en que se efectué la resolución. Asimismo, la COMPAÑÍA procederá a devolver al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha efectiva de la resolución, el importe de la prima correspondiente al período de vigencia no transcurrido.

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 sea una persona distinta a él, conforme al literal d) antes señalado.

Producida la resolución del Contrato de Seguro por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la COMPAÑIA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente PÓLIZA, finalizando la cobertura del seguro.

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.

El Contrato de Seguro será nulo si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

a. Hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.

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

c. 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 de la prima comercial que hubiese sido pagada por el CONTRATANTE (sin intereses), dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que fue comunicada la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente, en cuyo caso las primas comerciales quedan adquiridas por La COMPAÑÍA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas 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 de la prima 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 las primas, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

b. Constatación después de que se produzca el siniestro:

La COMPAÑÍA reducirá la Suma Asegurada a pagar en la misma proporción existente entre la prima efectivamente cobrada y la que debió haberse pagado.

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

10.1 Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la PÓLIZA durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en la fecha de pago y forma establecida en las CONDICIONES PARTICULARES.

10.2 La prima es debida por el CONTRATANTE a la COMPAÑIA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el BENEFICIARIO.

10.3 El pago de primas 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.

10.4 La COMPAÑÍA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o BENEFICIARIO en caso de siniestro.

10.5 Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas 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.

10.6 En caso de siniestro que deba ser indemnizado en virtud de la presente PÓLIZA, la Prima Comercial para cubrir el riesgo se entenderá totalmente devengada, debiendo la COMPAÑIA descontarla del pago de la indemnización correspondiente.

10.7 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 tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.

10.8 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.

10.9 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 OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA Y REASEGUROS S.A. NO LOS AUTORIZA A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL. En tal sentido, OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA 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. -

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta PÓLIZA, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la COMPAÑIA comunica de manera cierta al CONTRATANTE y al ASEGURADO a través del medio y dirección pactada, i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura. 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 de la Suma Asegurada correspondiente el monto de primas de la PÓLIZA 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 la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la PÓLIZA.

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.

INFORMACIÓN FRACCIONAMIENTO PAGO DE PRIMA

En los casos que resulte aplicable el fraccionamiento de la prima comercial, el CONTRATANTE podrá solicitar la entrega o puesta a disposición de información relacionada a los pagos efectuados y aquellos que se encuentran pendientes. La información incluirá las fechas de pago de las cuotas periódicas, según los términos acordados en el convenio de pago; y de ser el caso, el monto por concepto de intereses, detallados de manera desagregada.

El envío o puesta a disposición de la información se realizará por medios electrónicos, que permitan su lectura, impresión, conservación y reproducción sin cambios, salvo que el CONTRATANTE solicité su envío por medios físicos, dentro de un plazo máximo de quince (15) días posteriores al cierre del mes en el que la información es requerida.

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 la totalidad de las Primas vencidas. 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 edad declarada por el ASEGURADO podrá efectuarse durante la vigencia en cualquier momento, mediante documento oficial de identidad.

Si se comprueba la inexactitud en la Edad del ASEGURADO, se aplicarán las siguientes reglas:

a. Si la Edad verdadera es mayor que la declarada, la Suma Asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima percibida por la COMPAÑÍA.
b. Si es menor, se rectificará la prima en el futuro y se devolverá el exceso percibido, sin intereses.

ARTÍCULO 13 SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

Se considera fraudulento (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 Si el Siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO bajo su complicidad o consentimiento.

13.3 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.

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 monto de Suma Asegurada que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho a la Suma Asegurada.

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 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 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 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 a la Compañía, 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.

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

Cabe mencionar que las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO al COMERCIALIZADOR, sobre aspectos relacionados con la presente PÓLIZA, tienen los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 16 DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) 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 por asuntos relacionados con la Póliza, tienen el mismo efecto que si se hubiesen dirigido a 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 tendrá como válido 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.

En caso de controversia en materia de prestación de salud, será resuelta a través de SUSALUD.

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, según corresponda, 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 de la prima no devengada 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 cesionario tiene un derecho preferente para reclamar la Suma Asegurada 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 la Suma Asegurada señalada en las CONDICIONES PARTICULARES, de acuerdo con 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 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.

26.2 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.

26.3 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.

26.4 Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice por el CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO o quien pudiera reclamar la Suma Asegurada. En ese sentido, el autor o cómplice pierden el derecho a ser indemnizados. En este

supuesto, el monto de indemnización que le correspondía a éstos se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho a la Suma Asegurada.

26.5 Cuando el fallecimiento sea consecuencia de intervención directa o indirecta del ASEGURADO en actos delictivos, subversivos, terroristas o aplicación de la pena de muerte.

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 la solicitud de cobertura podrá presentarse en los locales del 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, descritos 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 (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 (obtenido ante la autoridad pertinente).**
- **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 Copia legalizada de su Partida de Nacimiento.**
- **En caso los BENEFICIARIOS sean los "Herederos Legales", se deberá adjuntar 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 original 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, Certificación de reproducción notarial de la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente partida de defunción en original. 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 la Suma Asegurada, 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 la Suma Asegurada 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 la Suma Asegurada.

SEGURO DE VIDA TEMPORAL
RESUMEN

A. INFORMACIÓN GENERAL

1. Contacto

Nombre de la Compañía: OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA Y REASEGUROS S.A.

Para presentar consultas, reclamos o cualquier comunicación sobre su Seguro de Vida Temporal, 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@ohionational.pe
Página Web:	www.ohionational.pe

2. Denominación del Producto

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

3. Lugar y Forma de Pago de la Prima:

El lugar y forma de pago de la Prima se realizará a través de 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:

El siniestro será comunicado a la COMPAÑÍA 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, descritos 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.

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.ohionational.pe.**

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 Arces 302, Urb. Cayma. PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau. Consultas y Reclamos: 0800-10840
Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD):	**https://www.gob.pe/susalud** Teléfono: 01-433 3737 Av. Nicolás de Piérola 529 - Cercado de Lima, Lima.

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

El presente producto presenta obligaciones a cargo del CONTRATANTE/ASEGURADO cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la SUMA ASEGURADA o prestaciones a las que tendría derecho.

B. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

1. Vigencia del seguro:

Fecha de Inicio de Vigencia:	a las 00:00 Horas
Fecha de Fin de Vigencia:	a las 23:59 Horas
Temporalidad:	

2. Principales Riesgos Cubiertos:

Fallecimiento del ASEGURADO.

3. Monto de la Prima Comercial:

PRIMA	MONTO
Prima Comercial por Muerte (Prima Anual)	
Prima Comercial por Muerte Accidental/ Invalidez Total y Permanente/Enfermedades Graves/ Exoneración de Primas por ITP (Prima Anual)	
Prima Comercial Total (Prima Anual)	
Prima Comercial Total (Prima Anual) + IGV	

LA PRIMA COMERCIAL TOTAL INCLUYE	MONTO
Cargos por la comercialización de seguros a través de:	Durante el primer año póliza, la comisión será el X% aplicable sobre la Prima Comercial. Durante el segundo, tercer, cuarto y quinto año póliza, la comisión será el X% aplicable sobre la Prima Comercial.

La información se encuentra detallada en el numeral 12 de las CONDICIONES PARTICULARES.

4. Principales Exclusiones:

Esta PÓLIZA no cubre el riesgo de muerte, si el fallecimiento del ASEGURADO fuere causado por o sea a consecuencia de:
1. 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.
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.
3. Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice por el CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO o quien pudiera reclamar la Suma Asegurada. En ese sentido, el autor o cómplice pierden el derecho a ser indemnizados. En este supuesto, el monto de indemnización que le correspondía a éstos se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho a la Suma Asegurada.
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.
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.

5. Condiciones de Acceso y Límites de Permanencia:

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

6. Derecho de arrepentimiento del CONTRATANTE:

Cuando la oferta de la presente PÓLIZA se haya efectuado mediante comercializadores 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 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 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.

7. 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 acápite (a) del artículo 7 del Capítulo I de las CONDICIONES GENERALES.

8. 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.

9. Procedimiento para la Solicitud de Cobertura del Seguro:

Se encuentra detallado en el numeral 27.2 del Artículo 27, del Capítulo II de las CONDICIONES GENERALES GENERALES y los canales de orientación son los indicados en el numeral 1 del presente Resumen.

SEGURO DE VIDA TEMPORAL
CLÁUSULA ADICIONAL - MUERTE ACCIDENTAL

Código SBS: VI1777100002

Esta CLÁUSULA ADICIONAL es una condición especial y opcional, que 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. Al tener un caracter accesorio, 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.

PRIMERO: DEFINICIONES

Para los efectos de esta CLÁUSULA ADICIONAL se deberán tomar en cuenta las siguientes definiciones:

1. **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.
2. **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.
3. **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.

SEGUNDO: 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, debiendo para ello presentar 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.**
- **Copia Certificada del Certificado de Defunción del ASEGURADO.**
- **Copia Certificada del Acta o Partida de Defunción del ASEGURADO.**
- **Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica completa del ASEGURADO.**
- **Copia Certificada del Atestado o Informe Policial Completo o diligencias fiscales, en caso se hayan realizado.**
- **Copia Certificada 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.**
- **Copia certificada del Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.**

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 Copia Certificada de su Partida de Nacimiento.**
- **En caso los BENEFICIARIOS sean los "Herederos Legales", se deberá adjuntar 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 muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Se deberá entregar a la COMPAÑÍA, la resolución judicial de muerte presunta junto con la correspondiente 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.

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.

TERCERO: EXCLUSIONES

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

1. **Exclusiones indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza.**

2. **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.

3. **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, puénting, 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.**

4. **Por consecuencia del ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo o agente de seguridad.**

5. **Cualquier procedimiento médico, tratamiento médico, fisioterapéuticos, quirúrgicos, anestésicos realizado por una persona licenciada o no para el ejercicio médico.**

6. **Manipulación de explosivos o armas de fuego por el ASEGURADO.**

CUARTO: 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 la SOLICITUD DE SEGURO formulada.

QUINTO: 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 Quinto 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 TEMPORAL
CLÁUSULA ADICIONAL - INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Código SBS: VI1777100002

Esta CLÁUSULA ADICIONAL es una condición especial y opcional, que 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. Al tener un caracter accesorio, 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.

PRIMERO: DEFINICIONES

Para los efectos de esta CLÁUSULA ADICIONAL se deberán tomar en cuenta las siguientes definiciones:

1. **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.
2. **BENEFICIARIO:** Para los efectos de esta cláusula será el ASEGURADO.
3. **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.
4. **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.
5. **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 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).
6. **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.
7. **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.

SEGUNDO: 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 un ACCIDENTE o ENFERMEDAD.

TERCERO: EXCLUSIONES

La presente CLÁUSULA ADICIONAL excluye de su cobertura la INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE del ASEGURADO, que ocurra como consecuencia de:

1. **Exclusiones indicadas en las CONDICIONES GENERALES de la PÓLIZA.**

2. **Intento de Suicidio y/o lesiones auto infligidas causadas intencionalmente por el ASEGURADO, o por terceros con el consentimiento del ASEGURADO.**

3. **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.**

4. **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, puénting, 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.**

5. **Por consecuencia del ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo o agente de seguridad.**

6. **Manipulación de explosivos o armas de fuego por el ASEGURADO.**

CUARTO: 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 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.

QUINTO: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente CLAUSULA 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 la SOLICITUD DE SEGURO formulada.

SEXTO: 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 Quinto 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 TEMPORAL
CLÁUSULA ADICIONAL - EXONERACIÓN DE PRIMA COMERCIAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Código SBS: VI1777100002

Esta CLÁUSULA ADICIONAL es una condición especial y opcional, que 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. Al tener un caracter accesorio, 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.

PRIMERO: DEFINICIONES

Para los efectos de esta CLÁUSULA ADICIONAL se deberán tomar en cuenta las siguientes definiciones:

1. **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.
2. **BENEFICIARIO:** Para los efectos de esta cláusula será el ASEGURADO.
3. **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.
4. **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.
5. **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 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).
6. **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.

Las palabras no definidas en el presente documento se regirán por las definiciones estipuladas en las CONDICIONES GENERALES de la PÓLIZA.

SEGUNDO: COBERTURA

Por esta cláusula adicional, la COMPAÑÍA exonerará al ASEGURADO del pago de todas las primas comerciales de la 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.

TERCERO: EXCLUSIONES

La presente CLÁUSULA ADICIONAL excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, que ocurra como consecuencia de:

1. **Exclusiones indicadas en las CONDICIONES GENERALES de la PÓLIZA.**

2. **Intento de Suicidio y/o lesiones auto infligidas causadas intencionalmente por el ASEGURADO, o por terceros**

con el consentimiento del ASEGURADO.

3. 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.

4. 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, puénting, 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.

5. Por consecuencia del ejercicio de sus funciones como militar, policía, serenazgo o agente de seguridad.

6. Manipulación de explosivos o armas de fuego por el ASEGURADO.

CUARTO: 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.

QUINTO: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente CLAUSULA 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 la solicitud de seguro formulada.

SEXTO: 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 Quinto 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 TEMPORAL
CLÁUSULA ADICIONAL - ENFERMEDADES GRAVES

Código SBS: VI1777100002

Esta CLÁUSULA ADICIONAL es una condición especial y opcional, que 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. Al tener un caracter accesorio, 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.

PRIMERO: DEFINICIONES

Para los efectos de esta CLÁUSULA ADICIONAL se deberán tomar en cuenta las siguientes definiciones:

1. **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.
2. **BENEFICIARIO:** Para los efectos de esta cláusula será el ASEGURADO.
3. **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.
4. **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.
5. **ENFERMEDAD GRAVE:** Para efectos de esta cobertura serán las siguientes: Accidente Cerebro Vascular, Cáncer, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica y Cirugía Aorta Coronaria.
6. **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 permita 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.
7. **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.
8. **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.
9. **SUMA ASEGURADA:** Es el monto que 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.

SEGUNDO: 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 5 del Artículo Primero de la presente cláusula.

TERCERO: EXCLUSIONES

La presente CLÁUSULA ADICIONAL excluye de su cobertura el primer diagnóstico de enfermedades graves del ASEGURADO, que ocurra como consecuencia de:

1. Exclusiones indicadas en las CONDICIONES GENERALES de la PÓLIZA.

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

- **Los tumores que presenten cambios malignos característicos del carcinoma In situ, incluyendo la displacía cervical (leve, moderada o severa), la leucoplasia, tumores borderline u otros considerados histológicamente como premalignos.**
- **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.**

3. 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.**

CUARTO: 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 Anatomo 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.

QUINTO: CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente CLAUSULA 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 la SOLICITUD DE SEGURO formulada.

SEXTO: PERIODO 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.

SÉPTIMO: 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 Quinto de esta cláusula.
c) La fecha en que el beneficio previsto en esta cláusula es ejercido.