

Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica

Índice

1. Definiciones
2. Objeto del contrato de seguro
3. Bases del contrato
4. Diferencias entre la propuesta y la póliza – Observación de la Póliza
5. Prima y Pago
- 6. Efectos del incumplimiento del pago - Suspensión de la cobertura y Resolución del contrato**
7. Rehabilitación
- 8. Nulidad del contrato de seguro**
- 9. Resolución del contrato de seguro**
10. Beneficiarios
- 11. Indemnización de los siniestros**
12. Reducción de la suma asegurada y/o beneficio máximo anual
13. Plazos y renovación
- 14. Tratamiento de las Preexistencias**
- 15. Modificación de las condiciones contractuales**
16. Agravación del Riesgo – Deber de Informar
- 17. Derecho de Arrepentimiento**
18. Moneda
19. Tributos
- 20. Mecanismo de Solución de Controversias**
21. Defensoría del asegurado
22. Domicilio
23. Prescripción
24. Atención de reclamos

Artículo 1° Definiciones

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

Asegurado: Es la persona titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro. Generalmente es la misma persona que contrata la Póliza. Puede o no coincidir con el beneficiario. Figura como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Beneficiario: Es el titular de los derechos indemnizatorios establecidos en la Póliza, designada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

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

Cláusulas Adicionales: Condiciones especiales autónomas que contienen amparos adicionales que condicionan el riesgo, que pueden ser incorporadas en el contrato de seguro.

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

Compañía: Chubb Seguros Perú S.A.

Cláusulas Generales de Contratación: El documento que contiene los términos generales de contratación de aplicación común a todo contrato de seguro que celebre la COMPAÑÍA.

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

Condiciones Particulares: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y del beneficiario, si lo hubiere, la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros. La Tabla de Beneficios, en caso hubiere, forma parte de las **Condiciones Particulares**.

Condiciones Especiales: Estipulaciones que modifican, extiende, excluyen o aclaran coberturas específicas aplicables a una póliza determinada.

Contratante: Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y se obliga al pago de la prima. En el seguro individual puede además tener la calidad de asegurado. Es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos que requiere asegurar, y el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

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

Declaración de Salud: Es el cuestionario que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO completa al momento de solicitarse el seguro, en el cual manifiesta si él, sus dependientes o personas a asegurar, padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio de este seguro. Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a la COMPAÑÍA adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo. La COMPAÑÍA se reserva el derecho de asegurar a las personas, de acuerdo a sus políticas de suscripción.

Deducible: Se refiere al importe o porcentaje de gastos cubiertos que será por cuenta del ASEGURADO y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en la Tabla de Beneficios de esta Póliza.

Endoso: Documento que se adhiere a la Póliza y mediante el cual se modifica(n) alguno(s) de los términos y condiciones de la misma o se transmite a un tercero total o parcialmente los derechos, beneficios y/u obligaciones emanados de la Póliza. El endoso surte efecto una vez que ha sido suscrito o aprobado por la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE.

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

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

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

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

Periodo de Rehabilitación: Periodo de tiempo dentro del cual el ASEGURADO puede solicitar a la COMPAÑÍA la rehabilitación de la Póliza cuyas coberturas se encuentran suspendidas por falta de pago. El periodo se cuenta a partir de la fecha de suspensión de la cobertura y termina cuando la COMPAÑÍA comunica al Contratante y/o Asegurado la resolución del contrato.

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

Pre-existencia: cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro.

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

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

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

Suma Asegurada: Es la suma, importe, monto o valor que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO determina y fija para el contrato de seguro y representa el valor máximo por el cual la COMPAÑÍA se responsabiliza para el pago de la indemnización en caso de siniestro. Cuando se mencione que la suma o valor asegurado es un límite agregado anual, significará que es el monto máximo que la COMPAÑÍA indemnizará por uno o varios siniestros, dentro del plazo de vigencia contratado.

Artículo 2° Objeto del Contrato de Seguro

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

Artículo 3° Bases del Contrato

- 3.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO está obligado a declarar a la COMPAÑÍA, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias que conozcan, debido a que influyen en la voluntad de la COMPAÑÍA para la fijación de la prima o la aceptación o rechazo del riesgo. La exactitud de estas declaraciones constituye la base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la Póliza para la COMPAÑÍA.
- 3.2 En caso de producirse discrepancias entre las **Cláusulas Generales de Contratación** y las **Condiciones Generales**, prevalecerán estas últimas. Las **Condiciones Particulares** prevalecerán sobre las anteriores y las **Condiciones Especiales** sobre las **Condiciones Particulares**.

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

- 3.3 La Póliza y sus endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA.
El contrato de seguro se inicia con la aceptación de la solicitud de seguro por parte de la COMPAÑÍA y la cobertura queda condicionada al pago de la prima o a la ocurrencia del siniestro si es que éste se produce antes del plazo acordado para el pago de la prima, salvo que se establezca algo diferente en las Condiciones Particulares.
- 3.5 Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados por cualquiera de los medios de comunicación pactados con el Asegurado, esto es: comunicaciones enviadas al domicilio físico, electrónico, o comunicaciones telefónicas, entre otros, según corresponda, salvo que la normatividad legal disponga de una formalidad específica para realizar la comunicación. Los mecanismos se señalarán en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 3.6 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración vinculados a sus intereses en la Póliza.
- 3.7 Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y la COMPAÑÍA surten todos sus efectos en relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la ley vigente.
- 3.8 En caso que la COMPAÑÍA comercialice el seguro a través de un comercializador queda establecido que las comunicaciones que le curse el CONTRATANTE y/o ASEGURADO por aspectos relacionados con el contrato de seguro, así como los pagos efectuados a ella, tendrán el mismo efecto que si se hubieren dirigido a la COMPAÑÍA.

Artículo 4° Diferencias entre la Propuesta y la Póliza – Observación de la Póliza

- 4.1 Queda establecido que cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta u oferta de la COMPAÑÍA, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE si no reclama dentro de los treinta (30) días calendario de haber recibido la Póliza.

La aceptación se presume solo si la COMPAÑÍA advirtió al CONTRATANTE en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días calendario para rechazarlas. Si no se efectúa la referida advertencia se tendrán las diferencias como no escritas, salvo que sean mas beneficiosas para el ASEGURADO.
- 4.2 La solicitud de rectificación o reclamo del CONTRATANTE al que se hace referencia en el numeral anterior se entenderá como la propuesta del CONTRATANTE para la celebración de otro contrato y no obliga a la COMPAÑÍA, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al CONTRATANTE o Corredor de Seguros su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas.

Si la COMPAÑÍA no respondiera la solicitud de rectificación en el plazo de quince (15) días calendarios de haber recibido la misma, se entenderán por rechazadas dichas rectificaciones y, por ende, no emitida la Póliza.
- 4.3 La eliminación o el rechazo de las diferencias no afectan la eficacia del contrato en lo restante, salvo que comprometan la finalidad económico-jurídica del contrato.

Artículo 5° Prima y Pago

- 5.1 La prima podrá actualizarse cada año sobre la base de la edad del ASEGURADO y/o de la siniestralidad del programa, así como de los demás criterios de actualización que se señalen en las Condiciones Particulares de la Póliza. Asimismo podrán modificarse los deducibles que se establezcan, de ser el caso. Cualquier variación se realizará al vencimiento de la vigencia para que sean aplicadas en la renovación de la Póliza y deberá ser comunicada al ASEGURADO siguiendo el procedimiento establecido en estas Cláusulas Generales de Contratación en el artículo sobre MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES.
- 5.2 El pago de la prima sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que la COMPAÑÍA o la entidad financiera autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando el recibo. Carece de validez el recibo cancelatorio que no se encuentre debidamente sellado y firmado por el representante de la COMPAÑÍA o de la entidad financiera autorizada.
- 5.3 Si las partes convinieran en el pago de la prima en forma fraccionada, suscribirán el correspondiente Convenio de Pago y la COMPAÑÍA tendrá derecho a percibir los intereses pactados o en su defecto el interés de ley. Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos, no pudiendo el plazo para el pago de la última cuota de la prima exceder a la vigencia de la póliza. Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el periodo de cobertura.
- 5.4 Los corredores de seguros, salvo expresa autorización con sujeción a ley, están prohibidos de cobrar primas y/o extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de la COMPAÑÍA. El pago hecho por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al corredor de seguros se tiene por no efectuado, mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente a la COMPAÑÍA o a la entidad financiera autorizada.
- 5.5 Los cheques y otras órdenes de pago sólo surtirán efecto cancelatorio a partir del día efectivo de pago de dichos documentos.
- 5.6 La COMPAÑÍA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondientes a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o beneficiario del seguro en caso de siniestro. En caso de siniestro total que deba ser indemnizado, la prima se entenderá totalmente devengada debiendo la COMPAÑÍA imputarla al pago de la indemnización correspondiente.

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

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

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

- 6.2 La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato.**

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

6.4 Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.

Artículo 7° Rehabilitación

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

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

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

Artículo 8° Nulidad del Contrato de Seguro

8.1 Será nulo el Contrato de Seguro por:

- a) **Ausencia de interés asegurable**
Actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- b) **Inexistencia del Riesgo**
Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
Si se acuerda que comprende un período anterior a su celebración, el contrato es nulo solo si al tiempo de su conclusión la COMPAÑÍA conoce la imposibilidad de que ocurra el siniestro o EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO conoce que se ha producido.
- c) **Reticencia y/o declaración inexacta dolosa**
De circunstancias conocidas por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, en tanto haya sido efectuado con dolo o culpa inexcusable.

Efectos sobre la prima

En caso de nulidad de la Póliza por las causales descritas en los literales a) y b) la COMPAÑÍA devolverá el importe de prima pagada establecido en las Condiciones Particulares. En el caso del numeral c) las primas pagadas quedan adquiridas por la COMPAÑÍA para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

8.2. Pérdida de Derechos Indemnizatorios

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

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ya hubiera cobrado la indemnización por algún siniestro o gozado de algún otro beneficio emanado de la Póliza, quedará automáticamente obligado frente a la COMPAÑÍA a la devolución correspondiente, conjuntamente con los intereses legales, gastos debidamente sustentados y tributos a que hubiera lugar.

Artículo 9° Resolución del Contrato de Seguro

El contrato de seguro podrá resolverse:

9.1 Sin Expresión de Causa

El CONTRATANTE en cualquier momento podrá solicitar la resolución del contrato, lo cual deberá realizarse por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, con una anticipación de 30 días calendarios, precisándose que puede ejercer su derecho de desvincularse del contrato de seguro utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para su celebración. Igual derecho tiene el ASEGURADO para resolver su certificado de seguro siguiendo el mismo procedimiento señalado.

En el caso que el CONTRATANTE sea una persona distinta al ASEGURADO, será el obligado de comunicarle su decisión de resolver el contrato, debiendo informar a la COMPAÑÍA por cualquier medio escrito que cumplió con dicha comunicación de manera previa a la resolución.

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

9.2 Por incumplimiento de las siguientes cargas u obligaciones:

- a) Falta de pago de prima.
- b) Por agravación del riesgo.
- c) Por fraude en la presentación de la solicitud de cobertura.

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

El alcance sobre la causal b) se encuentra señalado en el artículo sobre AGRAVACIÓN DEL RIESGO de estas Cláusulas Generales de Contratación. La resolución por este supuesto se dará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al CONTRATANTE y siempre que se haya hecho dentro de los

quince (15) días siguientes de haber tomado conocimiento la COMPAÑÍA de la agravación del riesgo.

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

Efectos sobre las primas:

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

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

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

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

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

Efecto sobre las primas:

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

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

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

- a) Decisión unilateral del ASEGURADO, para lo cual se seguirá el mismo procedimiento señalado en el numeral 9.1 de este artículo.
- b) Incumplimiento de las cargas y obligaciones señaladas en el numeral 9.2 en lo que corresponda, aplicándose las mismas reglas señaladas en dicho numeral.

- c) **El rechazo por parte del ASEGURADO de la propuesta de reajuste de la prima o la suma asegurada, de ser el caso, en el supuesto señalado en el numeral 9.3 precedente.**
La COMPAÑÍA podrá resolver el certificado de seguro mediante comunicación dirigida al ASEGURADO en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado para que el ASEGURADO se pronuncie por la aceptación o el rechazo.

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

Artículo 10° Beneficiarios

- 10.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá designar a los BENEFICIARIOS en la Solicitud de Seguro y podrá solicitar a la COMPAÑÍA su modificación en cualquier momento mediante cualquiera de los medios de comunicación pactados, especificando el cambio en la Póliza, sin lo cual ningún cambio tendrá valor.
- 10.2 El cambio de BENEFICIARIOS será efectivo en la fecha de recepción por la COMPAÑÍA de dicha comunicación.
- 10.3 La suma asegurada será pagada a los BENEFICIARIOS cuya designación en la Póliza se encuentre en vigor al fallecimiento del ASEGURADO. Si uno de los BENEFICIARIOS no viviera o no quisiera recibir su parte, en cuyo caso deberá comunicarlo de manera expresa y por escrito a la COMPAÑÍA, su parte acrecentará la de los otros BENEFICIARIOS en partes iguales. Para estos efectos, cualquiera de los BENEFICIARIOS podrá acreditar ante la COMPAÑÍA el fallecimiento del BENEFICIARIO con la partida de defunción correspondiente.
- 10.4 Los BENEFICIARIOS no tienen ni transmiten derecho alguno si fallecen antes que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO. Por lo tanto, en caso de fallecimiento de los BENEFICIARIOS antes que el ASEGURADO, o de no haberse designado BENEFICIARIOS, la suma asegurada será pagada a quienes el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya designado como BENEFICIARIOS en su Testamento o a los herederos legales del ASEGURADO, declarados como tales por juez o notario público competente.
- 10.5 En caso de duda sobre a quién o a quiénes debe efectuarse el pago, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante la autoridad judicial competente, a fin de que sea la autoridad judicial quién determine quiénes deben recibirla, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad con los BENEFICIARIOS que aleguen derecho sobre la indemnización.

Artículo 11° Indemnización de los Siniestros

- 11.1 **La COMPAÑÍA indemnizará las pérdidas o daños que directa y efectivamente ocurran por efecto de un siniestro, entendido como tal la realización de uno de los riesgos materia de cobertura; siempre que el evento se inicie dentro del período de vigencia de la Póliza y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO haya cumplido con las cargas y obligaciones a su cargo emanadas del contrato de seguro.**
- 11.2 La indemnización que corresponda pagar por la COMPAÑÍA al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO en caso de siniestro, se determinará aplicando los términos y condiciones de la Póliza.
- 11.3 El límite de la indemnización a que se obliga la COMPAÑÍA en caso de siniestro ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, es la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual, nominalmente

pactados en las Condiciones Particulares. En ningún caso ni por concepto alguno, podrá ser obligada la COMPAÑÍA a pagar una suma mayor.

- 11.4 La existencia y magnitud de una pérdida indemnizable bajo la Póliza debe ser probada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.
- 11.5 Las Condiciones Generales de cada producto de seguro establecerán su propio procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro, detallando los requisitos para el aviso y la entrega de documentación que debe cumplir el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.**
- 11.6 La COMPAÑÍA tendrá un plazo de 30 días calendarios para comunicar al ASEGURADO sobre la aprobación o el rechazo del siniestro. Dicho plazo se cuenta desde que la COMPAÑÍA recibió la documentación e información completa requerida para solicitar la cobertura, señalado en el artículo sobre el AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA de las Condiciones Generales de la Póliza.**

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

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

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

- 11.7 La COMPAÑÍA, queda facultada para acceder a la historia clínica del CONTRATANTE y/o ASEGURADO en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.
- 11.8 La COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aun cuando ya hubiere pagado la indemnización y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario queda obligado a cooperar con esta investigación. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no cooperara con la investigación y esta falta de cooperación le causa un perjuicio económico a la COMPAÑÍA o si de esta última resultara que el siniestro no estaba cubierto; el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO deberá reintegrar a la COMPAÑÍA las sumas pagadas más los intereses legales, siempre que medie orden judicial.
- 11.9 La COMPAÑÍA quedará exenta de toda responsabilidad y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO perderá todo derecho al pago indemnizatorio, en los siguientes casos:
- a) Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o la persona que obre en su representación, presenta reclamación fraudulenta, engañosa o apoyada total o parcialmente en declaraciones inexactas o en documentos engañosos.
 - b) Si las pérdidas o daños del siniestro fueran causados por un acto y/u omisión intencional y/o con culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o si hubiera mediado algún acto u omisión imputable al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO que hubiese agravado el riesgo o las pérdidas ocasionadas por el siniestro.
- 11.10 La COMPAÑÍA no está obligada a otorgar adelantos a cuenta de la indemnización de un siniestro, salvo que se haya pronunciado favorablemente sobre la cobertura del siniestro.

Si luego de otorgado un adelanto de la indemnización, resultare que el siniestro no estaba cubierto, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO devolverá a la COMPAÑÍA el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar, siempre que medie orden judicial.

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

Además se precisa que:

- 1) Si el incumplimiento obedece a dolo del sujeto gravado con la carga, pierde el derecho a ser indemnizado.
- 2) Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable, el ASEGURADO o BENEFICIARIO pierde el derecho a ser indemnizado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.
- 3) No se aplicará la reducción cuando la COMPAÑÍA haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.
- 4) No se aplicará reducción cuando el incumplimiento del ASEGURADO se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Artículo 12° Reducción de la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual

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

Artículo 13° Plazos y Renovación

- 13.1 La presente Póliza inicia su vigencia y expira en las fechas señaladas en las *Condiciones Particulares* y a las doce (12) del mediodía de ambas fechas inclusive, sujeto al cumplimiento del pago de la prima, de ser el caso.
- 13.2 El contrato de seguro se extingue indefectiblemente una vez cumplido el plazo pactado.
- 13.3 La renovación de la Póliza deberá ser solicitada por el CONTRATANTE con una anticipación de 30 días calendario a su vencimiento, perfeccionándose el contrato de seguro por el nuevo período con la aprobación de la solicitud por parte de la COMPAÑÍA. De ocurrir un siniestro, la COMPAÑÍA queda obligada a indemnizarlo, aun cuando no se haya pagado la primera cuota del seguro.
- 13.4 La renovación del contrato de seguro no es automática ni obligatoria, salvo que exista cláusula de renovación automática o así se haya pactado en la Condiciones Particulares de la Póliza.**
- 13.5 Si la COMPAÑÍA renueva la Póliza en forma automática, el CONTRATANTE puede a su libre elección aceptarla o devolverla para su anulación definitiva, en cuyo caso lo deberá realizar en un plazo de 15 días calendario, por el mismo medio que usó para la contratación de la póliza, o informándolo por escrito a la COMPAÑÍA.
- 13.6 Cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva e ininterrumpida tendrá derecho a continuar

renovando el contrato de seguro indefinidamente, con coberturas no menores a las pactadas anteriormente, salvo el ajuste de primas que la COMPAÑÍA podrá realizar en base a los criterios de actualización por siniestralidad, edad alcanzada, gastos de proveedores médicos y los que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 14° Tratamiento de las Preexistencias

- 14.1 Las enfermedades preexistentes estarán cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato de seguro que tenía contratado el CONTRATANTE y/o ASEGURADO en el periodo inmediato anterior al de la presente póliza, aun cuando haya tenido origen en una póliza de seguro de asistencia médica diferente, pero será necesario que dicho de seguro sea uno de la misma modalidad que el contrato de seguro que contrata con la COMPAÑÍA. Las preexistencias deberán ser informadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al momento de la contratación del seguro. La póliza con la COMPAÑÍA podrá contratarse en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguros anterior, conforme a lo señalado en la Ley N° 28770.**
- 14.2 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá informar el tipo de preexistencia que adolece y la compañía de seguros que la viene cubriendo, como requisito mínimo para que la COMPAÑÍA pueda requerir a dicha aseguradora la información correspondiente.**

Artículo 15° Modificación de Condiciones Contractuales

15.1 DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho a ser informado sobre las modificaciones a las condiciones contractuales que le proponga la COMPAÑÍA, durante la vigencia del contrato.

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

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

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

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

15.2 AL VENCIMIENTO DEL PLAZO DE VIGENCIA

La COMPAÑÍA podrá modificar los términos y condiciones de la Póliza, incluyendo el monto de la prima con conocimiento previo del CONTRATANTE mediante comunicación detallando las modificaciones en caracteres destacados enviada por cualquiera de los medios escritos acordados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato.

El CONTRATANTE tendrá un plazo no menor de treinta (30) días para expresar su rechazo. En caso de rechazo el seguro terminará en el plazo original de la Póliza, salvo que hayan transcurrido cinco (5) años de renovación continua e ininterrumpida.

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

Artículo 16° Agravación del Riesgo – Deber de Informar

El CONTRATANTE o ASEGURADO, deberán notificar por escrito a la COMPAÑÍA, los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si hubieran sido conocidas al momento de perfeccionarse el contrato, la COMPAÑÍA no lo hubiera celebrado o lo hubiera hecho en condiciones diferentes. Esta obligación de información se debe cumplir también durante la vigencia del Contrato de Seguro.

Comunicada una agravación del riesgo, la COMPAÑÍA tendrá la facultad, dentro de los quince (15) días de haber sido informada de la agravación, de: (i) resolver el contrato de Seguro, o (ii) proponer al CONTRATANTE el correspondiente reajuste de prima y/o establecimiento de nuevas condiciones contractuales, bajo apercibimiento de tener por resuelto el Contrato de no mediar aceptación de ellos dentro de los quince (15) días de recibida la comunicación escrita de la COMPAÑÍA. En caso la COMPAÑÍA decida resolver el Contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido, entendiéndose que son las primas correspondientes al periodo efectivamente cubierto.

En caso el CONTRATANTE o ASEGURADO omita su deber de informar sobre la agravación del riesgo y ocurre el siniestro y esta omisión es con culpa inexcusable o dolo, la COMPAÑÍA quedará liberada de su prestación.

Si el CONTRATANTE o ASEGURADO, omite denunciar la agravación, la COMPAÑÍA queda liberada de su prestación si el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

1. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
2. Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación.
3. Si la COMPAÑÍA no ejerce su derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo de quince (15) días de haberle sido comunicada la agravación.
4. Si la COMPAÑÍA conoce la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos mencionados en los numerales 1), 2) y 3) precedentes, la COMPAÑÍA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al ASEGURADO, de haber sido informada oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

Artículo 17° Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada por comercializadores de la COMPAÑÍA, incluyendo la bancaseguros, el CONTRATANTE o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver la póliza o certificado de seguro, según corresponda, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o de una nota de cobertura provisional en el caso de

seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el CONTRATANTE o ASEGURADO podrá usar cualquiera de los medios de comunicación pactados para dirigirse a la COMPAÑÍA indicando su intención de resolver la póliza o el certificado de seguro, pudiendo emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

Artículo 18° Moneda

- 18.1 Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta Póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas.
- 18.2 No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición o tenencia de moneda extranjera, la Póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual y demás obligaciones, al tipo de cambio de venta libre correspondiente a la fecha de inicio de la vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación. La COMPAÑÍA informará de ello al ASEGURADO, dentro de un plazo de treinta (30) días de realizado la modificación de la póliza o el certificado de seguro.

Artículo 19° Tributos

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

Artículo 20° Mecanismos de Solución de Controversias

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE, BENEFICIARIO o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana.

Artículo 21° Defensoría del Asegurado

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

Artículo 22° Domicilio

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

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

Artículo 23° Prescripción

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

Artículo 24° Atención de Reclamos

El CONTRATANTE, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO puede hacer consultas o presentar reclamos por los servicios prestados de forma verbal o escrita, a través de los mecanismos que a continuación se detallan:

- a. En forma verbal o por escrito (carta simple) en nuestra oficina principal ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 267 Of. 402 – San Isidro. Telf (51-1) 417-5000 Fax (51-1) 422-7174.
- b. Escribiéndonos a: atencion.seguros@chubb.com o ingresando a nuestro formulario web de Atención de Consultas y Reclamos que se encuentra en la siguiente dirección <http://www.chubb.com/pe> opción “Contáctenos” “Solicitud Electrónica”.
- c. Llamando a las Ejecutivas de Atención al Cliente al teléfono 417-5000, Anexos 5029 y 5035.

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

- Nombre completo del usuario reclamante. Fecha de reclamo.
- Motivo de reclamo.
- Tipo de Seguro, Número de Póliza y/o Certificado de Seguro contratado con Chubb Seguros Perú (solo para clientes).
- Detalle del reclamo.

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

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

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