



## Responsabilidad Civil Extracontractual

Estimado Cliente:

Le agradecemos que nos haya elegido como su Aseguradora.

Nuestro compromiso es brindarle un servicio de clase SUPERIOR y proteger a su empresa de manera eficiente, conforme a las condiciones de la póliza contratada.

Le pedimos que lea detenidamente estas **Cláusulas Generales de Contratación y Condiciones Generales de Responsabilidad Civil Extracontractual**, así como las Condiciones Particulares y Especiales, para conocer sus derechos, obligaciones y alcance de sus coberturas, beneficios y exclusiones.

## **Clausulas Generales de Contratación Aplicables a Seguros Generales**

### **CLÁUSULAS GENERALES.**

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en la Ley N° 29946 “Ley del Contrato de Seguro”, Ley N° 26702 “Ley general del sistema financiero y del sistema de seguros y orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros” y sus normas reglamentarias, así como por las Resoluciones emitidas por la Superintendencia referidas al contrato de seguro. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el ASEGURADO o el beneficiario.

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO a solicitud de la COMPAÑÍA sea de manera directa o a través de su corredor de seguros si lo hubiere, y en base a la información que ha entregado la COMPAÑÍA al ASEGURADO respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente póliza.

La presente póliza genera derechos y obligaciones para el ASEGURADO y la COMPAÑÍA. Si el contratante y el ASEGURADO son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el ASEGURADO. Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el ASEGURADO.

El ASEGURADO declara que antes de suscribir la Póliza ha tomado conocimiento de las Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales del riesgo contratado y las Condiciones Particulares y Especiales, a cuyas estipulaciones conviene que quede sometido el presente contrato.

#### Artículo 1°.- Definiciones.

Las partes convienen que, para los efectos del presente contrato, las palabras que se indican a continuación, tienen el significado siguiente:

**A VALOR TOTAL:** Modalidad de seguro en la que queda convenido que en la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, el ASEGURADO fijará la Suma Asegurada, la cual debe coincidir con el Valor Declarado de los bienes que conforman la Materia Asegurada de acuerdo con los criterios estipulados en las Condiciones Generales del ramo de seguro correspondiente.

Asimismo si durante la vigencia de la Póliza el ASEGURADO adquiriese bienes que debieran ser incorporados dentro de la Materia Asegurada, el ASEGURADO deberá informar de ello a la COMPAÑÍA y actualizar la Suma Asegurada en la fecha de adquisición. Sólo cuando se cumpla con esta condición se dará por incorporados esos bienes dentro de la Materia Asegurada. La información sobre la adquisición de esos bienes constituye una modificación a solicitud del ASEGURADO, por lo cual se aplica lo estipulado en el párrafo precedente. El ASEGURADO

deberá actualizar la Suma Asegurada en la fecha de modificación o de cada renovación, según corresponda.

**A PRIMER RIESGO RELATIVO:** Modalidad de seguro en la que queda convenido que en la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, el ASEGURADO fijará una Suma Asegurada, como parte del Valor Declarado de los bienes que conforman la Materia Asegurada. Dicho valor declarado debe determinarse de acuerdo con los criterios estipulados en las Condiciones Generales del ramo de seguro correspondiente. Asimismo si durante la vigencia de la Póliza el ASEGURADO adquiriese bienes que debieran ser incorporados dentro de la Materia Asegurada, el ASEGURADO deberá informar de ello a la COMPAÑÍA y actualizar el Valor Declarado en la fecha de adquisición. Sólo cuando se cumpla con esta condición se dará por incorporados esos bienes dentro de la Materia Asegurada. La información sobre la adquisición de esos bienes constituye una modificación a solicitud del ASEGURADO, por lo cual se aplica lo estipulado en el párrafo precedente. El ASEGURADO deberá actualizar el Valor Declarado en la fecha de modificación o de cada renovación, según corresponda.

**A PRIMER RIESGO ABSOLUTO:** Modalidad de seguro en la que queda convenido que en la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, el ASEGURADO fijará una Suma Asegurada la cual no tendrá ninguna relación con el Valor Declarado de la materia del seguro o de la cobertura que se desea asegurar.

**AJUSTADOR DE SINIESTROS:** Persona natural o jurídica que realiza las funciones establecidas en las normas que regulan su actividad. Su actuación es técnica, independiente e imparcial y su designación se realiza de común acuerdo con el ASEGURADO.

**ASEGURADO:** Titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro. Puede ser también el Contratante del seguro.

**BENEFICIARIO:** Titular de los derechos indemnizatorios establecidos en la póliza.

**COASEGURO:** Participación de dos o más aseguradoras en un contrato de seguro.

**CONDICIONES ESPECIALES:** Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar y, en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares.

**CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de las Cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las empresa de seguros 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 de 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 el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros.

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

**CONVENIO DE PAGO:** Documento en el que consta el compromiso por parte del ASEGURADO de pagar la prima en la forma y plazos convenidos con la COMPAÑÍA. La formalidad de su emisión corresponde a la COMPAÑÍA.

**DEDUCIBLE:** Aquel que se encuentra estipulado en las Condiciones Particulares de la presente Póliza. Es el monto o porcentaje del monto indemnizable que se deduce de éste y que por tanto queda a cargo del ASEGURADO cada vez que reclame por esta póliza, más el IGV según se indique.

**EMPRESA DE SEGUROS:** La COMPAÑÍA: Persona jurídica que asume los riesgos de los asegurados, debidamente autorizada para ello con arreglo a la normativa vigente.

**ENDOSATARIO:** Persona natural o jurídica a quien el ASEGURADO cede todo o parte de los derechos indemnizatorios de la Póliza

**ENDOSO:** Documento que se adhiere con posterioridad a la póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la empresa de seguros y el contratante, según corresponda.

**CARGAS DE LAS PARTES:** Corresponde al ASEGURADO demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida si fuera el caso, y a la COMPAÑÍA la carga de demostrar las causas que lo liberan de su prestación indemnizatoria.

**INTERÉS ASEGURABLE:** Uno de los Principios del Contrato de Seguro y se define como el perjuicio económico que tiene el ASEGURADO al ocurrir un siniestro. Para tener interés asegurable no se necesita ser propietario del bien asegurable.

**INTERMEDIARIO DE SEGUROS:** Corredor de seguros. Persona natural o jurídica que es nombrado por el ASEGURADO para realizar actos administrativos de representación, mas no de disposición. Intermedia en la celebración de la póliza de seguro, así como asesora y representa al ASEGURADO en las materias de su competencia. Están prohibidos de suscribir cobertura de riesgo a nombre propio o cobrar primas por cuenta o en representación de la COMPAÑÍA.

**LÍMITE AGREGADO:** Es la máxima responsabilidad de la COMPAÑÍA por todos los siniestros que ocurran durante el período de vigencia de la Póliza.

**LÍMITE ÚNICO COMBINADO:** Es la máxima responsabilidad de la COMPAÑÍA fijada en las Condiciones Particulares para una, dos, o más coberturas de la Póliza.

**MATERIA ASEGURADA O MATERIA DEL SEGURO:** Interés y/o bien y/o conjunto de bienes descritos en forma global o específica en las Condiciones Particulares de la Póliza, que son amparados contra los riesgos señalados en ella.

**MONTO INDEMNIZABLE:** Es el importe neto que se obtiene después de aplicar todos los términos y condiciones de la Póliza, incluyendo la regla proporcional por infraseguro, pero antes de la aplicación del deducible.

**PÓLIZA DE SEGURO:** Documento que formaliza el consentimiento del contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la empresa de seguros y el contratante. Se encuentran

comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato.

**PRIMA:** La retribución o el precio del seguro.

**RIESGO:** Eventualidad de un suceso que ocasione al ASEGURADO o beneficiario una pérdida o una necesidad susceptible de estimarse en dinero.

**SINIESTRO:** Ocurrencia del riesgo contemplado en la póliza de seguro, por un hecho externo, súbito, repentino, violento, imprevisto, accidental y ajeno a la voluntad del ASEGURADO, que ha producido una pérdida o daño, acaecido durante la vigencia de la póliza de seguro.

**SOLICITUD DE SEGURO:** Constancia de la voluntad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, de contratar el seguro. La solicitud de seguro deberá ser firmada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO según corresponda, salvo en el caso de contratos comercializados a distancia. El corredor de seguros, si lo hubiere, es responsable de requerir la firma del ASEGURADO y/o CONTRATANTE en la solicitud de seguro.

**SUMA ASEGURADA:** Valor asegurado. Cantidad especificada en la póliza como el máximo de responsabilidad de indemnización por parte de la COMPAÑÍA, descontado el deducible. Será de cargo del ASEGURADO toda cantidad que exceda de la suma asegurada.

**SUB-LIMITE O SUBLIMITE:** Suma asegurada a Primer Riesgo Absoluto o Primer Riesgo Relativo que se establece para alguna cobertura específica y que estará comprendida dentro de la Suma Asegurada.

**TERCERO:** Persona diferente al Contratante y/o ASEGURADO que resulta afectado a consecuencia de un siniestro cubierto por la misma. No son TERCEROS los familiares del Contratante y/o ASEGURADO en línea directa o colateral, dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, así como el o la conviviente del Contratante y/o del ASEGURADO. De igual forma, tampoco se encuentran comprendidos en la presente definición los socios, directivos, asalariados, contratistas o sub-contratistas y personas que de hecho o de derecho, dependan del Contratante y/o ASEGURADO.

**VALOR ASEGURADO:** Ver Suma Asegurada.

**VALOR DECLARADO:** Cantidad especificada en la póliza que el ASEGURADO declara al momento de contratar el seguro el cual debe ser determinado de acuerdo a los criterios indicados en las Condiciones Generales del ramo de seguro correspondiente.

**VALOR ASEGURABLE:** Valor de Reemplazo. Valor de reconstrucción o reposición a nuevo, determinado según los criterios estipulados en las Condiciones Generales del ramo de seguro correspondiente.

## **Artículo 2°.- Cláusula de Defensa del Asegurado.**

La presente cláusula establece el derecho del ASEGURADO de los servicios de seguro, de acudir a la Defensoría del Asegurado para resolver las controversias que surjan entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado.

El ASEGURADO, CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO podrá hacer uso de ella en caso que no se encuentre conforme con la decisión de la EMPRESA DE SEGUROS. Para tal efecto, se tendrán en cuenta las siguientes condiciones específicas:

- a) La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de los derechos del ASEGURADO, CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO mediante la solución de controversias que estos últimos sometan para su pronunciamiento, dentro de su ámbito de competencia.
- b) El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO, CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO.
- c) Procede solo para atender reclamos formulados por asegurados, personas naturales y jurídicas, que no excedan el importe indicado como indemnización en el Reglamento de la Defensoría del Asegurado y siempre que se haya agotado la vía interna de atención de reclamos en la COMPAÑÍA.
- d) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro del plazo perentorio de dos (2) años, computados a partir del día siguiente de la notificación en que es denegada la pretensión por la COMPAÑÍA.
- e) La Defensoría del Asegurado resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de haber dado a ambas partes la posibilidad de ser escuchadas. La resolución no obliga al ASEGURADO ni limita su derecho a recurrir posteriormente al órgano jurisdiccional.
- f) La resolución emitida es vinculante y obligatoria para la EMPRESA DE SEGUROS cuando ésta es aceptada por el ASEGURADO en un plazo de sesenta (60) días hábiles de notificada.
- g) La Defensoría opera en:

Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 – Piso 9, San Isidro, Lima – Perú

Teléfono: 421 0614. [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

### **Artículo 3°.- Objeto.**

#### **3.1. PRESTACIONES.**

La póliza de seguros, obliga al ASEGURADO al pago de la prima convenida y a la COMPAÑÍA a indemnizar al ASEGURADO o a sus beneficiarios y/o endosatarios, las pérdidas y daños que le toque indemnizar.

#### **3.2. LÍMITES.**

La obligación de la COMPAÑÍA está limitada al valor nominal de la suma asegurada en la moneda contratada o su equivalente en moneda nacional, y a las estipulaciones contenidas en la Póliza.

#### **3.3. PARTES DE LA PÓLIZA Y PRELACIÓN DE CONDICIONES.**

La Póliza está formada por: Condiciones Generales, Particulares, Especiales, endosos y documentos que contienen declaraciones efectuadas por el ASEGURADO con ocasión de la contratación del seguro. Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.

## **Artículo 4°.- Bases y Formalidades.**

### **4.1. PRINCIPIOS DEL CONTRATO DE SEGURO.**

El contrato de seguro se rige por los siguientes principios:

**4.1.1. Máxima buena fe.** El ASEGURADO está obligado a ser exacto y completo en todo aquello que influya en la determinación del riesgo al ofrecerlo a la COMPAÑÍA.

**4.1.2. Indemnización.** El ASEGURADO solo puede recuperar como máximo su interés asegurable. El seguro no puede convertirse en fuente de provecho ni en ocasión de lucro para el ASEGURADO.

**4.1.3. Mutualidad.** El conjunto de las primas pagadas por los asegurados, permite a la COMPAÑÍA afrontar el pago de los siniestros de cada uno de ellos en la medida que se presenten.

**4.1.4. Interés asegurable.** Perjuicio económico que tiene el ASEGURADO por la ocurrencia de un siniestro.

**4.1.5. Causa adecuada.**

**4.1.6. Las estipulaciones insertas en la póliza se interpretan, en caso de duda, a favor del ASEGURADO.**

**4.1.7. El ASEGURADO debe siempre obrar como un prudente no asegurado.**

### **4.2. DECLARACIONES.**

El ASEGURADO está obligado a declarar a la COMPAÑÍA, antes de la celebración del contrato de seguro, todos los hechos o circunstancias que conozca y/o debiera conocer mediante la diligencia ordinaria exigible por las circunstancias, en cuanto éstas sean susceptibles de influir en la determinación de la prima o en la voluntad de la COMPAÑÍA de aceptar o rechazar el riesgo a ser asegurado. La exactitud de estas declaraciones constituye la base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la Póliza.

### **4.3. FORMALIDAD.**

La solicitud de Seguro, la Póliza y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA y del ASEGURADO.

### **4.4. LOS ACTOS PROPIOS OBLIGAN.**

Ninguna de las partes podrá alegar en su beneficio la inobservancia de las formalidades previstas para el perfeccionamiento del contrato, cuando mediante su conducta hubiere inducido a la otra parte a inferir de buena fe su voluntad de concertarlo y ejecutarlo.

### **4.5. INICIO DE LA COBERTURA Y PAGO DE PRIMAS.**

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

de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

La cobertura del seguro comienza a las doce (12) horas del día en que se inicia la vigencia y termina a las doce (12) horas del último día de vigencia del contrato, salvo pacto en contrario.

#### **4.6. INTANGIBILIDAD DE ACUERDOS.**

Las modificaciones de las Cláusulas Generales de Contratación y de las Condiciones Generales del ramo de seguro que fueran aprobadas por mandato legal imperativo no serán aplicables a los contratos ya celebrados, sino a partir de su siguiente renovación, salvo que por mandato de legal vigente, estuvieran siendo adecuados.

#### **4.7. CORREDORES DE SEGUROS.**

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 más no de disposición vinculados a sus intereses en la Póliza.

#### **4.8. PROHIBICIÓN A CORREDORES.**

Los corredores de seguros están prohibidos de suscribir cobertura de riesgo a nombre propio o cobrar primas por cuenta o en representación de la COMPAÑÍA.

#### **4.9. AVISOS Y COMUNICACIONES.**

Los avisos y las comunicaciones que con relación a la presente Póliza intercambien las partes contratantes deberán ser formulados necesariamente por escrito.

De acuerdo con lo anterior, la COMPAÑÍA dará por válidas las comunicaciones escritas que le sean remitidas a su domicilio por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO a través de cualquier medio directo, manual, mecánico, electrónico u otro análogo.

El Corredor de Seguros, en su caso, representa al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en los términos y con las facultades y limitaciones establecidas en la normatividad vigente; encontrándose facultado únicamente para realizar actos administrativos de representación, mas no de disposición, salvo que en este último caso, el ASEGURADO le haya conferido facultades expresas para ello mediante instrumento público el mismo que, para su validez, deberá estar inscrito en el registro correspondiente.

Cuando haya de por medio una carta de designación remitida y aceptada por la COMPAÑÍA, las comunicaciones dirigidas al Corredor de Seguros surten efecto en relación a su representado.

## **Artículo 5°.- Emisión y Observación de la Póliza.**

### **5.1. PLAZO Y FORMA DE LA OBSERVACIÓN.**

Dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la Póliza por el ASEGURADO, por el CONTRATANTE o por el Corredor de Seguros, se podrán formular observaciones respecto de su contenido. En caso el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta u oferta, se requiere la previa aprobación 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. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

### **5.2. DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA.**

Cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la póliza. Esta aceptación se presume solo cuando la COMPAÑÍA advierte al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en forma detallada y 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 salvo que sean más beneficiosas para el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

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

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.

### **5.3. ENDOSO MODIFICATORIO.**

Mientras la COMPAÑÍA no hubiere emitido el endoso modificatorio correspondiente y éste sea aceptado por el ASEGURADO, la fuerza vinculatoria de la Póliza estará limitada a los términos y condiciones en que fue emitida.

## **Artículo 6°.- Pago de la Prima.**

El ASEGURADO es el obligado al pago de la prima. En caso de siniestro, son solidariamente responsables el ASEGURADO y el beneficiario, respecto del pago de la prima pendiente.

La COMPAÑÍA no puede rechazar el pago de la prima ofrecido por un tercero. El pago de la prima debe ser efectuado a la COMPAÑÍA o a la persona que está autorizada a tal fin.

### **6.1. EFECTO CANCELATORIO.**

El pago de la prima surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que la COMPAÑÍA o la entidad financiera autorizada reciban el íntegro del importe correspondiente a la prima pactada, cancelando el recibo o el documento de fraccionamiento. El pago de primas mediante la entrega de títulos valores u órdenes de pago, solo se entenderá efectuado cuando el íntegro del monto consignado en dicho documento sea pagado dentro del plazo convenido.

## **6.2. EXIGIBILIDAD DE LA PRIMA.**

La prima es debida desde la celebración del contrato. El pago puede ser fraccionado o diferido, en cuyo caso se sujeta a los plazos acordados en el convenio de pago suscrito por el ASEGURADO.

## **6.3. PROHIBICIÓN DE EFECTUAR PAGOS AL CORREDOR DE SEGUROS.**

Los corredores de seguros están prohibidos de cobrar primas, extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de la COMPAÑÍA. El pago hecho por el ASEGURADO o endosatario al corredor de seguros se tiene por no efectuado mientras el importe no hubiera ingresado íntegra y efectivamente a la COMPAÑÍA o a la entidad financiera autorizada.

## **6.4. SUSPENSIÓN DE COBERTURA POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE LA PRIMA.**

El incumplimiento de pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

Antes del vencimiento de dicho plazo, la COMPAÑÍA deberá comunicar de manera cierta al CONTRATANTE y/o ASEGURADO según corresponda a un seguro individual o un seguro de grupo o colectivo respectivamente, a través de los medios y en la dirección previamente acordada, la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo indicará el plazo que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO dispone para pagar la prima antes de la suspensión de la cobertura del seguro.

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

## **6.5. RESOLUCION DEL CONTRATO DE SEGURO POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.**

En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, la COMPAÑÍA podrá optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se encuentra suspendida.

El contrato de seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, reciba una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión.

Cuando la resolución se produce por incumplimiento en el pago de la prima, la COMPAÑÍA tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

## **6.6. EXTINCION DEL CONTRATO DE SEGURO POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.**

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 de seguro queda extinguido y tiene derecho al cobro de la prima devengada. Para dichos efectos, dicho plazo corresponderá al de

vencimiento de pago de prima, establecido en el contrato y en el convenio de pago. Estas condiciones serán aplicables salvo pacto en contrario.

Se entiende por reclamo de pago de primas, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza de pago de primas, por parte de la COMPAÑÍA.

#### **6.7. EFECTOS DE LA RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO POR INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA.**

Producida la resolución del contrato por falta de pago, la COMPAÑÍA quedará liberada de toda responsabilidad y procederá a la liquidación de la prima correspondiente a prorrata por el periodo en que la cobertura estuvo vigente.

#### **6.8. REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA.**

La rehabilitación de la cobertura de seguro, cuando el contrato se encuentra suspendido, se aplica hacia el futuro y requiere del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda a un seguro individual o un seguro de grupo o colectivo respectivamente 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 póliza podrá ser rehabilitada, a opción del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, mientras que la COMPAÑÍA no haya expresado por escrito su decisión de resolver el contrato.

#### **6.9. ACEPTACIÓN, EMISIÓN O GIRO DE TÍTULOS VALORES.**

La aceptación, emisión o giro por el ASEGURADO de títulos valores representativos de las cuotas convenidas para el pago fraccionado de la prima, no constituirán novación de la obligación original.

#### **6.10. COMPENSACIÓN.**

La COMPAÑÍA puede compensar la prima pendiente de pago a cargo del ASEGURADO, únicamente de la póliza respectiva, contra la indemnización debida al ASEGURADO o beneficiario del seguro en caso de siniestro. En caso de siniestro total que deba ser indemnizado en virtud del contrato de seguro, la prima se entiende totalmente devengada, debiendo imputarse al pago de la indemnización correspondiente.

### **Artículo 7°.- Cargas y Obligaciones del ASEGURADO.**

#### **7.1. DECLARACIÓN DE OTROS SEGUROS.**

**El ASEGURADO se obliga a declarar a la COMPAÑÍA los otros seguros que tuviese contratados al tiempo de presentar su solicitud de seguro sobre el mismo interés y el mismo riesgo a ser asegurado; así como a informar los que contrate en el futuro y las modificaciones que dichos seguros experimenten.**

**La existencia de dos o más pólizas cubriendo el mismo interés y el mismo riesgo faculta al ASEGURADO a solicitar a la COMPAÑÍA la resolución del contrato más reciente o la reducción de la suma asegurada al monto no cubierto por el primer contrato con disminución proporcional de la prima. El pedido debe hacerse inmediatamente después de conocida la existencia del seguro anterior y antes del siniestro.**

## **7.2. CARGA DE MANTENER EL ESTADO DE RIESGO.**

El ASEGURADO conviene con la COMPAÑÍA en tener la máxima diligencia y realizar todos los actos necesarios para mantener o disminuir el estado de riesgo existente al solicitar el seguro.

## **7.3. AGRAVACION DEL RIESGO.**

El ASEGURADO debe notificar por escrito a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por éste al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas.

Comunicada a la COMPAÑÍA la agravación del riesgo, ésta debe manifestar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en el plazo de 15 días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato.

## **7.4. DEBER DE PERMITIR LA INSPECCIÓN DEL RIESGO.**

El ASEGURADO está en la obligación de brindar a la COMPAÑÍA, cuando ésta lo solicite, las facilidades necesarias que le permitan inspeccionar el riesgo asegurado.

## **7.5. CARGA DE EVITAR O DISMINUIR LAS PÉRDIDAS.**

El ASEGURADO tomará en todo momento las medidas necesarias para evitar la ocurrencia del siniestro o para disminuir la gravedad e intensidad de sus consecuencias, actuando como si no estuviera asegurado.

## **7.6. DEBER DE SALVAMENTO.**

El ASEGURADO se compromete a contribuir al salvamento del bien o bienes afectados objeto de la cobertura y a la recuperación de las pérdidas ocasionadas por el siniestro.

Si el ASEGURADO incumpliera este compromiso con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la COMPAÑÍA, ésta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.

## **7.7. AVISO DEL SINIESTRO.**

El ASEGURADO denunciará ante la autoridad competente y a la COMPAÑÍA el hecho materia del siniestro y las demás circunstancias vinculadas al mismo, en el más breve plazo posible y nunca después de los plazos que para dicho efecto establezca la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Asimismo, el ASEGURADO deberá presentar a la COMPAÑÍA la información mínima vinculada al riesgo correspondiente de conformidad con lo establecido en las Condiciones Particulares del Riesgo Contratado.

## **7.8. SANCION POR INCUMPLIMIENTO.**

Cuando el ASEGURADO o el beneficiario, debido a culpa leve, incumplan con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro y de ello resulte un perjuicio para la COMPAÑÍA, esta tiene el derecho de reducir la indemnización hasta la ocurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

#### **7.9. SUBSISTENCIA DE LA COBERTURA.**

Subsiste la cobertura de la COMPAÑÍA si el ASEGURADO o beneficiario prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

#### **7.10. PRUEBA DEL SINIESTRO Y REMISIÓN DE NOTIFICACIONES RECIBIDAS.**

Es de cargo del ASEGURADO la obligación de acreditar ante la COMPAÑÍA su derecho a ser indemnizado con la documentación veraz, completa e idónea y remitir, en el más breve plazo, todo aviso, comunicación, notificación o cualquier otro documento que pudiera recibir con motivo del siniestro, conjuntamente con las contestaciones correspondientes que deberán ser formuladas cuidando los intereses de la COMPAÑÍA y absteniéndose de allanamientos, reconocimientos, desistimientos, compromisos o transacciones, sin previo consentimiento por escrito de la COMPAÑÍA.

En caso se contara con la participación de un Ajustador de Siniestros, es obligación del ASEGURADO informar a la COMPAÑÍA la fecha en que ha cumplido con proporcionarle a dicho ajustador la totalidad de la información y documentación que le sea solicitada por éste, para dar cabal cumplimiento a las funciones que la legislación contempla para el Ajustador de Siniestros. La comunicación a la COMPAÑÍA deberá producirse en el más breve plazo de producido el cumplimiento de la señalada obligación que tiene el ASEGURADO frente al ajustador de siniestros.

#### **7.11. CARGA DE INFORMACIÓN Y COOPERACIÓN.**

El ASEGURADO procurará a la COMPAÑÍA, y/o al Ajustador de Siniestros, toda la información y ayuda que fuera necesaria para determinar las causas, circunstancias y responsabilidades del siniestro, aun después de haber sido indemnizado.

#### **7.12. GASTOS ORDINARIOS.**

Los gastos que demande el cumplimiento de las obligaciones previstas en este Artículo son de cargo, cuenta, riesgo y responsabilidad del ASEGURADO, salvo pacto expreso y específico en contrario.

#### **7.13. INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO.**

El incumplimiento de las estipulaciones previstas en el presente artículo 7° debido a dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO, liberará automáticamente a la COMPAÑÍA de su obligación de pago por cualquier siniestro, sin perjuicio de su derecho de resolución del contrato de seguro.

En el caso del numeral 7.3 la COMPAÑÍA no queda liberada de su obligación de pago si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable, si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la COMPAÑÍA o si la COMPAÑÍA conoce la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia, o si la COMPAÑÍA no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato en el plazo de 15 (quince) días a que se refiere al artículo 7.3 antes indicado.

En el caso del numeral 7.7 si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable se pierde el derecho a la indemnización, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Si el incumplimiento se debe a culpa leve, la indemnización se reduce de manera proporcional a la agravación del siniestro, consecuencia del incumplimiento.

**Artículo 8°.- Nulidad del Contrato de Seguro.**

### **8.1. CAUSALES.**

La Póliza y el Certificado de Seguro, según corresponda, son nulos de pleno derecho, es decir sin efecto legal alguno, en los siguientes casos:

#### **8.1.1. Ausencia de interés asegurable.**

Ausencia de interés asegurable actual o contingente al tiempo de la celebración del contrato.

#### **8.1.2. Inexistencia de riesgo.**

Si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

#### **8.1.3. Reticencia y/o declaración inexacta dolosa.**

La reticencia y/o declaración inexacta 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, hace nulo el contrato si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO.

La COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad, en base a la reticencia y/o declaración inexacta antes indicada, plazo que debe computarse desde que la COMPAÑÍA conoce la reticencia o declaración inexacta. A tal efecto, el pronunciamiento de la COMPAÑÍA debe ser notificado por medio fehaciente.

La carga de la prueba de la reticencia y/o declaración inexacta corresponde a la COMPAÑÍA quien para tal efecto, puede valerse de todos los medios de prueba consagrados en el ordenamiento jurídico.

Si el siniestro se produce antes del vencimiento del plazo antes señalado que tiene la COMPAÑÍA para invocar la nulidad, ésta se encuentra liberada del pago del siniestro.

#### **8.1.4. Sobreseguro de mala fe.**

Intención manifiesta del CONTRATANTE y/o ASEGURADO de enriquecerse a costa de la COMPAÑÍA, si al tiempo del siniestro el valor asegurado excede el valor asegurable.

### **8.2. EFECTOS SOBRE LA PRIMA.**

En el caso de reticencia y/o declaración inexacta dolosa, las primas pagadas quedan adquiridas por la COMPAÑÍA, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

En los supuestos comprendidos en los numerales 8.1.1, 8.1.2 y 8.1.4. la prima pagada se reembolsará en el siguiente recibo del cliente, independientemente de la acción judicial para lograr el resarcimiento de los daños y perjuicios causados.

### **8.3. PÉRDIDA DE DERECHOS INDEMNIZATORIOS.**

Desde el momento en que el ASEGURADO o CONTRATANTE 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 ASEGURADO o CONTRATANTE por tanto, perderá automáticamente todo derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza.

Si el 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 y tributos a que hubiera lugar.

### **8.4. SUBSISTENCIA DEL CONTRATO SE SEGURO.**

En los casos de reticencia y/o declaración inexacta no procede la nulidad, revisión o resolución del contrato, cuando:

8.4.1. Al tiempo del perfeccionamiento del contrato (inicio del seguro), la COMPAÑÍA conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.

8.4.2. Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.

8.4.3. Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario, y la COMPAÑÍA igualmente celebró el contrato.

8.4.4. Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

### **Artículo 9°.- Resolución del Contrato de Seguro.**

Las causales indicadas a continuación aplican a la resolución de la relación con el CONTRATANTE cuando se trata de una póliza o la relación con el ASEGURADO cuando se trate de un certificado de seguro.

#### **9.1. SIN EXPRESIÓN DE CAUSA.**

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la póliza, el contrato de seguro podrá ser resuelto sin expresión de causa, por cualquiera de las partes, debiendo comunicar tal decisión a su contraparte con una antelación no menor a treinta (30) días calendario. La comunicación podrá realizarse a través de los mismos medios en que se llevó a cabo la contratación. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO opta por la resolución del contrato, la COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

## **9.2. POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.**

En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso 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 ASEGURADO recibe una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión.

## **9.3. POR RECLAMACION FRAUDULENTO O ENGAÑOSA.**

El contrato de seguro, quedará resuelto, perdiendo el CONTRATANTE y/o ASEGURADO todo derecho emanado de la póliza y/o certificado de seguro, cuando se haya efectuado una reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. La COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

## **9.4. POR SINIESTRO CAUSADO POR ACTO U OMISION INTENCIONAL.**

El contrato de seguro, quedará resuelto, perdiendo el ASEGURADO todo derecho emanado de la Póliza y/o Certificado de Seguro, si el siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional proveniente de dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO. La COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

## **9.5. POR AGRAVACION DEL RIESGO.**

El contrato de seguro, quedará resuelto, perdiendo el ASEGURADO todo derecho emanado de la Póliza y/o Certificado de Seguro, por una agravación del riesgo, no declarada por escrito oportunamente por el ASEGURADO. La COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

El ASEGURADO, debe notificar por escrito a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por este al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas. Comunicada a la COMPAÑÍA la agravación del estado del riesgo, este debe manifestar al ASEGURADO, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo.

Mientras la COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

El derecho de la COMPAÑÍA a resolver, caduca si no se ejerce en el plazo previsto o si la agravación ha desaparecido.

### **9.5.1. Efectos en caso de siniestros.**

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

- a) El ASEGURADO incurra en la omisión o demora sin culpa inexcusable;

- b) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la COMPAÑÍA;
- c) Si la COMPAÑÍA no ejerce el derecho a resolver o posponer la modificación del contrato en el plazo previsto en el artículo 9.5;
- d) La COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos mencionados en los incisos a, b y c del presente artículo, 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 informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

#### **9.5.2. Excepciones a la agravación del riesgo.**

Las disposiciones sobre agravación del riesgo no se aplican cuando se provoque para evitar el siniestro o para atenuar sus consecuencias, por un deber de humanidad generalmente aceptado, por legítima defensa, estado de necesidad o por cumplimiento de un deber legal.

#### **9.6. POR OCULTAMIENTO INTENCIONAL DE INFORMACIÓN.**

El contrato de seguro, quedará resuelto, perdiendo el ASEGURADO todo derecho emanado de la Póliza y/o Certificado de Seguro, por ocultamiento intencional por parte del ASEGURADO de información necesaria para la evaluación y valorización de los daños, así como de las causas y consecuencias del siniestro. La COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

#### **9.7. POR RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA NO DOLOSA.**

Si la reticencia y/o declaración inexacta no obedece a dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO y es constatada antes de se produzca el siniestro, la COMPAÑÍA debe ofrecer al ASEGURADO la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días computado desde la referidas constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días para que el ASEGURADO se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado.

A falta de aceptación, la COMPAÑÍA puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al ASEGURADO, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo anterior.

Corresponde a la COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que efectuó la resolución.

#### **9.8. POR OBSTACULIZAR EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LA COMPAÑÍA.**

En caso el ASEGURADO, o quién actúe en su representación, con su conocimiento, obstaculice el ejercicio de los derechos de investigación de la COMPAÑÍA, no permitiendo el acceso a información o documentación necesaria para la evaluación del siniestro, el

**contrato de seguro, quedará resuelto, perdiendo el ASEGURADO todo derecho emanado de la Póliza y/o Certificado de Seguro**

**En los supuestos en que corresponda, a consecuencia de la resolución, la devolución de la prima pagada en exceso a la COMPAÑÍA, esta será cancelada al ASEGURADO dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de resolución, debiendo este entregarla a los asegurados en caso corresponda.**

**En los seguros de grupo, los asegurados tienen derecho a resolver el certificado de seguro, siguiendo el mismo procedimiento. Si el contrato de seguro es resuelto por decisión de la COMPAÑÍA, se devolverá a los asegurados, según corresponda, la parte de la prima no devengada proporcionalmente por el tiempo que no haya tenido cobertura.**

**Son aplicables todas las disposiciones contenidas en los numerales precedentes como causales de resolución de los Certificados de Seguro emitidos bajo un seguro grupal. Para dichos efectos, la resolución será comunicada por escrito a los asegurados en los domicilios, correos electrónicos o a través de los medios pactados en el Certificado de Seguro, sin perjuicio de la comunicación que se realice al CONTRATANTE.**

#### **9.9. LUEGO DE PRODUCIDO EL SINIESTRO.**

**La COMPAÑÍA se reserva el derecho de resolver el contrato luego de indemnizado el siniestro, siempre y cuando el ASEGURADO disponga del mismo derecho. Una vez resuelto el contrato se verifica si desde la fecha de resolución en adelante hay prima pagada en exceso. De ser el caso, la COMPAÑÍA procederá a la devolución de la prima pagada en exceso la cual se reembolsará en el siguiente recibo del cliente.**

#### **9.10. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO.**

**EI CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá derecho a terminar el contrato, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días siguientes de haber recibido la póliza de seguro o certificado de seguro según corresponda, en cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado. Este derecho se ejerce solicitando la cancelación del servicio de acuerdo a lo especificado en la Póliza de seguro o certificado de seguro según corresponda y se podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, por los cuales se contrató de acuerdo a lo señalado en las normas sobre protección al consumidor.**

#### **Artículo 10°.- Atención de Siniestros.**

#### **10.1. PRINCIPIO DE INDEMNIZACION.**

**La COMPAÑÍA indemnizará las pérdidas y/o daños que directa y efectivamente sufra el ASEGURADO por efecto de un siniestro, entendido como la materialización de uno de los riesgos materia de cobertura, siempre que el evento ocurra o se iniciara dentro del periodo de vigencia de la Póliza y el ASEGURADO, CONTRATANTE o ENDOSATARIO hubiera cumplido con las cargas y obligaciones asumidas. En ningún caso la indemnización dará lugar a ganancias a favor del ASEGURADO.**

## **10.2. LÍMITE Y CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

Salvo pacto en contrario, el límite de la indemnización será igual al valor nominal de la suma asegurada en la moneda en que se encuentra expresada o su equivalente en moneda nacional. La suma a indemnizar se determinará aplicando los términos y condiciones de la Póliza sobre el importe efectivo de las pérdidas ocasionadas por el siniestro y descontando, sobre el monto calculado, los deducibles pactados.

El límite de la indemnización a que se obliga la COMPAÑÍA en caso de siniestro ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, equivale a la suma asegurada nominalmente pactada. En ningún caso ni por ningún motivo, podrá ser obligada a pagar una suma superior.

### **10.2.1. Infraseguro.**

Si el valor asegurado es inferior al valor asegurable, la COMPAÑÍA solo resarce el daño en la proporción que resulte de ambos valores, salvo pacto en contrario.

Cuando la póliza comprenda varios artículos, la presente estipulación es aplicable a cada uno de ellos por separado.

### **10.2.2. Sobreseguro.**

Si al tiempo del siniestro el valor asegurado excede el valor asegurable, la COMPAÑÍA sólo está obligada a resarcir el daño efectivamente sufrido.

Si hubo intención manifiesta del ASEGURADO de enriquecerse a costa de la COMPAÑÍA, el contrato de seguro será nulo. La COMPAÑÍA que actuó de buena fe queda libre de cualquier obligación indemnizatoria y gana la prima entera.

## **10.3. CARGA DE LAS PARTES.**

Corresponde al ASEGURADO demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida si fuera el caso, y a la COMPAÑÍA la carga de demostrar las causas que lo liberan de su prestación indemnizatoria.

## **10.4. PARTICIPACION DEL AJUSTADOR O PERITO.**

El ajustador de siniestros o el perito deben ser designados de común acuerdo por las partes.

La opinión del ajustador no obliga a las partes y es independiente de ellas. Los informes del ajustador deben ser proporcionados simultáneamente a ambas partes. En caso de que cualquiera de las partes no esté de acuerdo, podrán designar a otro ajustador para elaborar un nuevo ajuste del siniestro, de lo contrario podrán recurrir al medio de solución de controversias que corresponde.

Se entenderá que cualquier documentación requerida por la COMPAÑÍA, podrá ser requerida por el ajustador de siniestros designado.

El ASEGURADO se compromete a dar aviso a la COMPAÑÍA de la fecha de entrega de toda la documentación alcanzada al ajustador.

### **10.5. MODALIDADES DE INDEMNIZACIÓN.**

En los seguros sobre bienes, la COMPAÑÍA indemnizará las pérdidas ocasionadas por el siniestro, a su libre elección:

10.5.1. Reembolsando, en el importe que corresponda según los términos y condiciones de la Póliza, los gastos efectivamente sufragados por el ASEGURADO;

10.5.2. Pagando el monto correspondiente hasta el límite de la suma asegurada, según la magnitud del daño y/o pérdida;

10.5.3. Disponiendo la reparación de los daños ocasionados por el siniestro; o

10.5.4. Reponiendo el bien asegurado por otro de similares características, siempre dentro de los límites de la suma asegurada nominalmente expresada.

### **10.6. GANANCIA TOTAL DE LA PRIMA EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL.**

En caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la Póliza considerado pérdida total, se generará automáticamente la ganancia total de la prima anual pactada a favor de la COMPAÑÍA, quedando ésta autorizada a descontar su importe de la indemnización del siniestro, incluyendo las cuotas insolutas, estén vencidas o no. Podrá, asimismo, deducir todo adeudo que tuviera el ASEGURADO con la COMPAÑÍA correspondiente a la misma Póliza.

### **10.7. PLAZO PARA INDEMNIZAR.**

El pago de la indemnización o la suma asegurada que se realice directamente al ASEGURADO, beneficiario y/o endosatario, deberá efectuarse en un plazo no mayor de treinta (30) días siguientes de consentido el siniestro.

### **10.8. CONSENTIMIENTO DEL SINIESTRO.**

Se entiende consentido el siniestro, cuando la COMPAÑÍA aprueba o no ha rechazado el convenio de ajuste debidamente firmado por el ASEGURADO en un plazo no mayor de diez (10) días contados desde su suscripción y notificación a la COMPAÑÍA.

En el caso de que la COMPAÑÍA no esté de acuerdo con el ajuste señalado en el convenio, puede exigir un nuevo ajuste en un plazo no mayor de treinta (30) días, para consentir o rechazar el siniestro, determinar un nuevo monto o proponer acudir a la cláusula de arbitraje o a la vía judicial.

En los casos en que, objetivamente, no exista convenio de ajuste, sea porque no se ha requerido la participación del ajustador o éste aún no ha concluido su informe, se entenderá como consentido el siniestro cuando la COMPAÑÍA no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no exceda de los treinta (30) días contados desde la fecha de haberse completado toda la documentación exigida en la póliza para el pago del siniestro, salvo lo señalado en el párrafo siguiente.

Cuando el ajustador requiere contar con un plazo mayor para concluir su informe podrá presentar solicitud debidamente fundamentada por única vez a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, precisando las razones técnicas y el plazo requerido, bajo responsabilidad. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo

de treinta (30) días, bajo responsabilidad. Esta solicitud suspende el plazo con el que cuenta el Ajustador de Siniestros para emitir el informe correspondiente, hasta que la Superintendencia emita pronunciamiento y éste le sea comunicado al Ajustador de Siniestros.

#### **10.9. AMPLIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

Cuando la COMPAÑÍA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, y el ASEGURADO no apruebe, en el caso específico, la ampliación de dicho plazo, la COMPAÑÍA podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez, requiriendo un plazo no mayor al original a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP dentro de los referidos treinta (30) días.

#### **10.10. PLAZOS ESPECIALES.**

No están incluidos en los plazos referidos en los numerales 10.8 y 10.9 precedentes, aquellos casos regulados por leyes específicas nacionales o convenios internacionales, los que así se estipule en la respectiva póliza tales como las indemnizaciones por siniestros ocasionados exclusivamente por robo o hurto de automóviles, aquellos donde se haya iniciado un proceso arbitral, y aquellos donde se haya iniciado un proceso judicial en que no sea parte la COMPAÑÍA.

#### **10.11. OBSERVACIONES AL CONVENIO DE AJUSTE.**

En el caso de que la COMPAÑÍA no esté de acuerdo con el ajuste señalado en el convenio, puede exigir un nuevo ajuste en un plazo no mayor de treinta (30) días, para consentir o rechazar el siniestro, determinar un nuevo monto o proponer acudir a la cláusula de arbitraje o a la vía judicial.

Para este efecto, el ASEGURADO podrá también formular observaciones al ajuste dentro del plazo de treinta (30) días calendario posterior a su recepción, proponiendo bajo su costo la designación de un nuevo ajustador que se encuentre inscrito en el Registro del Sistema de Seguros que mantiene la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

#### **10.12. PÉRDIDA DEL DERECHO INDEMNIZATORIO.**

**Sin perjuicio de lo establecido en el numeral 8.3, la COMPAÑÍA quedará exenta de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho al pago indemnizatorio, en los siguientes casos:**

**10.12.1. Si el ASEGURADO o la persona que obre en su representación, provoca el siniestro dolosamente, actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.**

**10.12.2. Si las pérdidas o daños del siniestro fueran provocados por un acto u omisión dolosa o por culpa grave del propio ASEGURADO o BENEFICIARIO, o si hubiera mediado algún acto u omisión imputable al ASEGURADO que hubiese agravado el riesgo o las pérdidas ocasionadas por el siniestro. Sin embargo en caso de culpa leve, la indemnización se reduce de manera proporcional a la agravación del siniestro, consecuencia del incumplimiento.**

#### **10.13. ADELANTO DE LA INDEMNIZACION.**

La COMPAÑÍA no está obligada a otorgar adelantos a cuenta de la indemnización de un siniestro. Cuando los otorgue, tal liberalidad no podrá ser interpretada como un reconocimiento de cobertura del siniestro, hasta que las partes no hubiesen convenido en aceptar el informe final del perito o ajustador.

Si luego de otorgado un adelanto de la indemnización, se constatará que el siniestro no estaba cubierto o se hubiera pagado un monto superior al que correspondiera, el ASEGURADO devolverá a la COMPAÑÍA el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar.

Sin embargo, cuando la COMPAÑÍA se pronuncie favorablemente frente a la pérdida estimada, el ASEGURADO tiene derecho a solicitar un pago a cuenta si el procedimiento para determinar la prestación debida aún no se encuentra terminado, de acuerdo a lo dispuesto en la cláusula de adelanto del siniestro, siempre y cuando se encuentre expresamente nombrada en las Condiciones Particulares del ramo de seguro correspondiente.

#### **10.14. GASTOS CON CARGO A LA PÓLIZA.**

Sin la autorización escrita de la COMPAÑÍA, el ASEGURADO no podrá incurrir con cargo a la Póliza, en compromiso o gasto alguno, sea arbitral, judicial o extrajudicial ni reconocer, conciliar, pagar parcial o totalmente ni transigir un siniestro. El incumplimiento de esta estipulación liberará a la COMPAÑÍA de toda responsabilidad respecto del siniestro.

#### **10.15. RESERVA DE INVESTIGACIÓN ULTERIOR.**

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aun cuando hubiere pagado la indemnización. Si el ASEGURADO no cooperara o si de la investigación resultara que el siniestro no estaba cubierto, perderá automáticamente todo derecho emanado de la Póliza quedando obligado a la restitución de las sumas que hubiere satisfecho la COMPAÑÍA, más los intereses legales y gastos incurridos. Si se hubiere pagado en exceso, el ASEGURADO deberá restituir la suma correspondiente a dicho exceso más los intereses legales correspondientes.

#### **10.16. CONCURRENCIA DE SEGUROS.**

Cuando ocurra un siniestro que cause pérdidas o daños a los bienes asegurados por la presente póliza y existan otro u otros seguros sobre los mismos bienes, contratados por el ASEGURADO o por terceros, la COMPAÑÍA sólo estará obligada a pagar los daños y pérdidas proporcionalmente a la suma asegurada por ella.

En caso de concurrencia de seguros, solo mediante expreso y previo acuerdo indicado en las condiciones particulares, esta Póliza actuará como amparo del seguro primario.

#### **10.17. CONCURRENCIA DE COBERTURAS.**

En caso de concurrencia de coberturas emanadas de una o varias Pólizas emitidas por la COMPAÑÍA, se activará primero la que resulte específica a la naturaleza y causa próxima del siniestro, debiendo el amparo de las restantes, en su caso, aplicarse en exceso de la pérdida

cubierta por aquella. Los siniestros que se produzcan serán atendidos con arreglo a las normas que regulan la cobertura principal.

#### **10.18. COASEGURO.**

En caso de siniestro, de existir coaseguro, cada ASEGURADOR está obligado al pago de la indemnización en proporción a su respectiva cuota de participación.

La COMPAÑÍA que pague una cantidad mayor a la que le corresponda, tendrá acción para repetir por el exceso contra los demás aseguradores.

Si se extiende una sola póliza, salvo estipulación en contrario, se presume que el coasegurador que la emite es mandatario de los demás para todos los efectos del contrato, con representación procesal activa y pasiva, pero requerirá poder especial para celebrar transacciones o para renunciar a la prescripción de las acciones derivadas de la Póliza.

#### **10.19. DEDUCIBLE.**

En caso de siniestro, quedará a cargo del ASEGURADO el importe o porcentaje que por concepto de deducible se estipule en la Póliza, más los impuestos de ley que correspondan.

#### **10.20. ABANDONO.**

El ASEGURADO no puede hacer abandono de los bienes afectados por el siniestro, salvo pacto en contrario.

Quedan excluidos los actos realizados para evitar el siniestro o para atenuar sus consecuencias, por un deber de humanidad generalmente aceptado, por legítima defensa, estado de necesidad o por cumplimiento de un deber legal.

#### **10.21. GASTOS DE LA VERIFICACION Y LIQUIDACION.**

Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable no son parte de la suma asegurada, y son asumidos por la COMPAÑÍA en cuanto no hayan sido causados por indicaciones inexactas del ASEGURADO.

En caso de rechazo de siniestro, el ASEGURADO o beneficiario que considere que el mismo es infundado podrá solicitar, conjuntamente con la impugnación del rechazo, la devolución de los gastos incurridos para acreditar su procedencia.

### **Artículo 11°.- Cambio de ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.**

#### **11.1. CESIÓN DEL BIEN O INTERÉS ASEGURADO.**

Si el bien o interés asegurado es transferido a un tercero, termina el contrato de seguro y toda responsabilidad de la COMPAÑÍA, al décimo día siguiente de la transferencia, a menos que EL CONTRATANTE ceda también el contrato de seguro al tercero con aprobación de la COMPAÑÍA, o sin ella si la póliza es a la orden o al portador.

Termina también el contrato en los casos de transferencia de acciones y/o participaciones mayoritarias, quiebra, fusión, liquidación, disolución de la empresa o de los negocios asegurados, salvo que la COMPAÑÍA haya declarado en forma expresa su voluntad de continuar el seguro mediante el correspondiente endoso a la Póliza.

## **11.2. TITULAR DE LA PÓLIZA.**

Ninguna de las estipulaciones de la presente Póliza otorgará derecho frente a la COMPAÑÍA a otra persona que no sea el propio CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO, sus herederos o el ENDOSATARIO.

## **11.3. ENDOSATARIOS.**

Con conocimiento previo de la COMPAÑÍA y mediante la suscripción del endoso de cesión de derechos correspondientes, los derechos emanados de la Póliza pueden ser endosados a favor de tercera persona. En este supuesto la COMPAÑÍA pagará al endosatario la indemnización que corresponda hasta donde alcancen sus derechos. Si son varios los Endosatarios el pago se efectuará en orden de prelación establecido en la Póliza. Si no hay orden de prelación estipulado la COMPAÑÍA les indemnizará a prorrata, sin exceder la suma asegurada y sin perjuicio de la aplicación de las cláusulas de infraseguro y demás términos y condiciones de la Póliza.

## **Artículo 12°.- Reducción de la Suma Asegurada.**

### **12.1. SUMA ASEGURADA DESPUÉS DEL SINIESTRO.**

Todo siniestro indemnizable o toda indemnización pagada por la COMPAÑÍA, reducirá automáticamente en igual monto la suma asegurada, salvo pacto en contrario.

### **12.2. RESTITUCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.**

Con el objeto de permanecer adecuadamente asegurado, así como para evitar eventualmente incurrir en infraseguro, en su caso, el ASEGURADO podrá solicitar a la COMPAÑÍA la restitución o ajuste de la suma asegurada, para lo cual se requerirá el consentimiento expreso de la COMPAÑÍA y el pago de la prima adicional correspondiente.

## **Artículo 13°.- Subrogación y Salvamento.**

### **13.1. SUBROGACIÓN.**

Desde el momento que la COMPAÑÍA indemniza parcial o totalmente cualquiera de los riesgos cubiertos por la póliza, se subroga en los derechos que corresponden al CONTRATANTE y/o ASEGURADO contra los terceros responsables en razón del siniestro, hasta el monto de la indemnización pagada.

Para esos fines, el ASEGURADO, ya sea al tiempo del pago parcial, o del pago total indemnizatorio, se obliga a suscribir el documento de subrogación por la parte indemnizada a solicitud de la COMPAÑÍA, la cual puede renunciar de manera expresa a ese derecho subrogatorio.

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO es responsable de todo acto que perjudique a la COMPAÑÍA en el ejercicio del derecho de subrogación.

### **13.2. DERECHOS SOBRE EL SALVAMENTO.**

El ASEGURADO participará proporcionalmente en el valor de la venta del salvamento neto, teniendo en cuenta el deducible y el infraseguro, cuando hubiere lugar a éste último.

Se entiende por salvamento neto el valor resultante de descontar del valor de venta del mismo los gastos realizados por la COMPAÑÍA, tales como los necesarios para la recuperación y comercialización de dicho salvamento.

### **13.3. COOPERACIÓN.**

EL ASEGURADO se obliga a facilitar y otorgar todos los documentos necesarios para que la COMPAÑÍA pueda ejercer los derechos materia de la subrogación, así como la propiedad sobre los restos del siniestro, comprometiéndose a concurrir a las citaciones y demás diligencias de carácter personal requeridas por la Ley para la defensa de los intereses materia de subrogación.

### **13.4. DEVOLUCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN.**

EL ASEGURADO será responsable ante la COMPAÑÍA de cualquier omisión o acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos de subrogación y salvamento de la COMPAÑÍA emanados de esta Póliza. En tal caso, el ASEGURADO quedará automáticamente obligado a devolver las sumas abonadas por el siniestro, más los intereses legales y gastos incurridos.

### **13.5. CONCURRENCIA DE LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO.**

En caso de concurrencia de la COMPAÑÍA y el ASEGURADO frente al responsable del siniestro, la reparación que se obtenga se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés. Los gastos y costos de la reclamación conjunta serán soportados a prorrata de los intereses reclamados.

### **13.6. DEDUCCIÓN EN EL SINIESTRO.**

Cuando la COMPAÑÍA no pudiera disponer de la propiedad de los restos o salvamento, por tratarse de bienes liberados de impuestos u otras restricciones legales o cargas, indemnizará el siniestro deduciendo el valor de los bienes o restos determinado de común acuerdo entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA y cuya propiedad permanecerá a favor del ASEGURADO.

### **Artículo 14°: Prescripción.**

Las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro.

### **Artículo 15°: Moneda.**

#### **15.1. PAGO EN LA MONEDA PACTADA.**

Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta Póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas, o en moneda nacional al tipo de cambio promedio ponderado venta que publica la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

#### **15.2. CONVERSIÓN LEGAL.**

No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la Póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la suma asegurada y demás obligaciones al tipo de cambio promedio ponderado de venta que publica la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, correspondiente a la fecha del

inicio de la vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación. En este caso, será responsabilidad exclusiva del ASEGURADO mantener actualizada su cobertura y sus respectivas sumas aseguradas.

#### **Artículo 16°.- Territorialidad.**

Salvo pacto en contrario, la Póliza sólo es exigible respecto de los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional y, en su caso, los que hayan sido materia de sentencia judicial ante los tribunales ordinarios de la República del Perú.

#### **Artículo 17°: Tributos.**

Todos los tributos presentes y futuros que graven esta Póliza, sus primas, sumas aseguradas o indemnizaciones por siniestros, serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la COMPAÑÍA y no puedan ser trasladadas.

#### **Artículo 18°.- Procedimiento para la Atención de Reclamos.**

La atención de consultas y reclamos se realizará a través de nuestras oficinas ubicadas en Av. Rivera Navarrete 475 Oficina 1302 San Isidro, por teléfono llamando al (51-1) 321- 3450, por correo electrónico a [ReclamosPeru@LibertyMutual.com](mailto:ReclamosPeru@LibertyMutual.com) ó a través de nuestra página web [www.libertysegurosperu.com](http://www.libertysegurosperu.com). En caso no encuentre conforme nuestro pronunciamiento sobre su reclamo, puede acudir a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, a INDECOPI o a la Defensoría del Asegurado, según corresponda. La atención de reclamos se dará en un plazo no mayor a treinta (30) días de haber sido presentados a través de los canales habilitados para tal efecto por la COMPAÑÍA. Dicho plazo puede extenderse, excepcionalmente, siempre que la complejidad del reclamo lo justifique.

#### **Artículo 19°.- Solución de Controversias.**

Las partes convienen que, en caso de presentarse divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta Póliza, se someterán a la Jurisdicción de los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o beneficiario, según corresponda de acuerdo a Ley.

Sin perjuicio de lo señalado, ocurrido el siniestro y de superarse los límites económicos previstos por la Superintendencia de Banca Seguros y AFP, las partes podrán pactar someter a Arbitraje de Derecho toda discrepancia, controversia, reclamación o litigio entre la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los Beneficiarios de esta Póliza, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la interpretación, cumplimiento de los acuerdos y pactos contenidos en éste contrato, terminación e invalidez del contrato de seguro, de la responsabilidad u obligación de la COMPAÑÍA, o por cualquier otra causa.

El Tribunal Arbitral estará conformado por tres (3) árbitros los que deberán ser abogados con no menos de tres (3) años de reconocida experiencia en materia de seguros, de los cuales cada una de las dos partes designará a uno de sus miembros y éstos de común acuerdo nombrarán el tercer árbitro y Presidente de Tribunal Arbitral.

Si las partes no se pusieran de acuerdo en un plazo de treinta (30) días, cualquiera de ellas podrá solicitar su designación a la Cámara de Comercio de Lima, la cual para el indicado propósito

presentará una terna de tres (3) abogados especialistas en la materia. Cada una de las partes podrá observar, sin expresión de causa, a uno de los miembros propuestos, nombrando la citada entidad al tercer Árbitro y Presidente entre quienes no hubieran merecido observación alguna.

Dentro de los treinta (30) días posteriores a la constitución del Tribunal, las partes de común acuerdo deberán establecer las reglas a las que sujetará el proceso. De no ponerse de acuerdo en el indicado plazo cada una de las partes presentará su propuesta por escrito al Tribunal dentro de los cinco (5) días del vencimiento del indicado término el que en un plazo no mayor de quince (15) días determinará en forma definitiva las reglas a las que se sujetará el proceso correspondiente.

Queda expresamente convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, está en suspenso el derecho que pudiesen tener el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiarios para cobrar el importe de la indemnización, de manera que en ningún caso y por ningún motivo podrá exigirse el pago o la consignación de todo o parte de la misma.

Cada parte pagará los honorarios profesionales del árbitro que designe y ambas partes a prorrata cubrirán los honorarios del Presidente del Tribunal y los auxiliares de justicia que intervengan. Los costos y gastos del arbitraje, serán de cargo de la parte vencida, salvo decisión distinta del Tribunal.

El Laudo Arbitral podrá ser revisado por el Poder Judicial con arreglo a lo dispuesto en la legislación vigente.

#### **Artículo 20°.- Domicilio.**

Las notificaciones y/o declaraciones previstas en la Ley o en este contrato, se efectúan en el último domicilio comunicado por escrito.

De acuerdo con lo anterior, se darán por válidas las comunicaciones escritas que sean remitidas al domicilio registrado en la póliza a través de cualquier medio directo, manual, mecánico, electrónico u otro análogo, siempre y cuando la Ley no disponga una formalidad específica.

La COMPAÑÍA asumirá que el corredor de seguros del ASEGURADO ha sido notificado también del cambio de domicilio en la misma fecha que ésta reciba la comunicación de cambio por parte del ASEGURADO.

#### **Artículo 21°.- Datos Personales.**

La información proporcionada por el CONTRATANTE, tal como su nombre, apellido, nacionalidad, estado civil, documento de identidad, ocupación, estudios, domicilio, correo electrónico, teléfono, estado de salud, actividades que realiza, ingresos económicos, patrimonio, gastos, entre otros, así como la referida a los rasgos físicos y/o conducta que lo identifiquen o que lo hagan identificable como su huella dactilar, su voz, etc. (datos biométricos), conforme a Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento es considerada como Datos Personales.

De acuerdo a 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 LIBERTY SEGUROS

S.A. (la "COMPAÑÍA"), que estará ubicado en sus oficinas ya sea a nivel nacional y/o internacional; que 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 a fin de realizar las verificaciones al momento de la celebración de contratos con La COMPAÑÍA, ejecutar los términos comprometidos en la contratación y evaluar la calidad del servicio.

Quien suscribe la presente, da su consentimiento libre, previo, expreso e informado para que sus Datos Personales sean tratados por el Banco de Datos, es decir, que puedan ser: recopilados, registrados, organizados, almacenados, conservados, elaborados, el(los) Contrato(s) que Usted tenga o pueda tener con la COMPAÑÍA.

Los Datos Personales 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 la COMPAÑÍA y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual, únicamente para fines del cumplimiento contractual.

Los Datos Personales proporcionados son esenciales para las finalidades indicadas, por lo que en caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la COMPAÑÍA. Las Bases de Datos donde se almacenan los Datos Personales cuentan con estrictas medidas de seguridad.

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.

Los Datos Personales podrán ser obtenidos a través de otras personas, sociedades y/o instituciones (públicas o privadas, nacionales o extranjeras).

## **Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual**

### **Condiciones Generales**

#### **CLÁUSULA PRIMERA: ALCANCE DEL SEGURO**

##### **1.1. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA**

En virtud del presente seguro, Liberty Seguros SA (en adelante, la COMPAÑÍA) indemnizará al TERCERO AFECTADO que se ordene pagar al ASEGURADO mediante una sentencia firme dictada por un Tribunal Civil o Penal de la República del Perú o, que se acuerde mediante una transacción extrajudicial celebrada bajo las formalidades que establece la legislación peruana y siempre que haya sido previamente autorizada por la COMPAÑÍA, sujeto a la condición que el SINIESTRO esté amparado por la Póliza.

##### **1.2. GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL**

Igualmente la COMPAÑÍA se obliga al pago de gastos judiciales que tenga que efectuar el ASEGURADO para defenderse en cualquier proceso judicial encaminado a deducir contra el mismo alguna responsabilidad de carácter civil, siempre y cuando que tales procesos hubieren sido comunicados al asegurador dentro de los tres días siguientes a su notificación y los gastos previamente aprobados por éste.

Los gastos judiciales serán reconocidos siempre y cuando los hechos por los que se demanda hayan sido causados en desarrollo de las actividades cubiertas bajo las condiciones de la presente póliza, aun cuando dicha demanda fuere infundada, falsa o fraudulenta por parte del demandante.

La presente cobertura opera por reembolso previa aprobación por parte de la Compañía de los honorarios de los abogados, bajo parámetros de razonabilidad.

##### **1.3. COSTOS DEL PROCESO**

La COMPAÑÍA responderá, por los costos del proceso que el TERCERO AFECTADO o sus causahabientes promuevan en su contra o la del ASEGURADO, con las salvedades siguientes:

1. Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida del contrato de seguro.
2. Si el ASEGURADO afronta el proceso sin la autorización expresa de la COMPAÑÍA.
3. Si la condena por los perjuicios ocasionados al TERCERO AFECTADO excede la suma que delimita la responsabilidad de la COMPAÑÍA, ésta sólo responderá por los gastos del proceso, en proporción a la cuota que le corresponda en la indemnización.

## **CLÁUSULA SEGUNDA: COBERTURA Y EXCLUSIONES**

### **2.1. COBERTURA BÁSICA: PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**

LA COMPAÑÍA, indemnizará al tercero afectado los perjuicios patrimoniales (Lucro Cesante y Daño Emergente) que le cause el ASEGURADO con motivo de determinada Responsabilidad Civil Extracontractual en que incurra de acuerdo con la ley, a consecuencia de un acontecimiento que produciéndose bajo la vigencia de la póliza, le cause daños materiales y lesiones personales (incluida la muerte) con motivo de:

a) Los actos u operaciones que lleve a cabo el ASEGURADO en el desarrollo de las actividades descritas en las Condiciones Particulares de la póliza;

b) La posesión, el uso o el mantenimiento de los predios que figuran en las Condiciones Particulares de la póliza y en los cuales el ASEGURADO desarrolla las actividades objeto de este seguro;

c) Esta cobertura incluye todos los riesgos que razonablemente forman parte del riesgo asegurado y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el ASEGURADO en el giro normal de sus negocios especificados en la solicitud y en las Condiciones Particulares de la póliza; de tal manera queda amparada la Responsabilidad Civil Extracontractual derivada:

- Del uso de ascensores, elevadores, escaleras automáticas y similares, a su cargo y manejo dentro de los predios asegurados;

- Del uso de máquinas y equipos de trabajo, cargue y descargue y de transporte como grúas montacargas y similares, dentro de los predios asegurados y fuera de los mismos dentro de un radio de un (1) kilómetro de las instalaciones del ASEGURADO;

- De la utilización de avisos y vallas publicitarias siempre y cuando sean instaladas por el ASEGURADO y no sea su actividad principal;

- Del uso de instalaciones sociales y deportivas que se encuentren dentro de los predios del ASEGURADO;

- De la realización de eventos sociales organizados por el ASEGURADO dentro y fuera de los predios (siempre que no sea su actividad principal);

- De viajes de funcionarios del ASEGURADO dentro del territorio nacional, cuando en el desarrollo de actividades inherentes al ASEGURADO, causen daño a bienes de terceros o lesiones a terceros;

- De la participación del ASEGURADO en ferias y exposiciones nacionales;

- De la vigilancia de los predios asegurados por personal del ASEGURADO y perros guardianes del ASEGURADO (siempre que no sea su actividad principal);

- De la posesión y el uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de los predios asegurados;

- De la posesión y/o el uso de cafeterías, restaurantes, clubes, casinos y bares por parte del ASEGURADO dentro de los predios asegurados (siempre que no sea su actividad principal).

d) Incendio y Explosión;

- e) Operaciones de cargue y descargue dentro de los predios;
- f) Otros eventos que se causen como consecuencia de la actividad propia del ASEGURADO y que no se encuentren expresamente mencionado en el numeral 2) Exclusiones.

## **2.2. EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA**

Queda expresamente convenido, salvo estipulación escrita en contrario, que la cobertura de la póliza no ampara la Responsabilidad Civil Extracontractual del ASEGURADO proveniente directa o indirectamente de:

- a) Perjuicios causados intencionalmente por el ASEGURADO o con su complicidad, o intencionalmente por personas que estén ligadas con él por un contrato de trabajo o con la complicidad de las mismas o como consecuencia de actividades ilícitas.**
- b) Perjuicios que sufra el ASEGURADO en su persona o en sus bienes; en caso de que el ASEGURADO sea una persona jurídica no se cubren además los perjuicios sufridos por los socios, directores y representantes legales de la misma o trabajadores a su cargo en sus personas o en sus bienes.**
- c) Perjuicios causados al cónyuge del ASEGURADO o a personas que tengan parentesco con el ASEGURADO hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.**
- d) Perjuicios causados por personas al servicio del ASEGURADO, socios, directores y representantes legales, trabajadores y personas vinculadas mediante contrato de prestación de servicios y apoderados generales, cuando no estén ejerciendo ninguna actividad para el mismo.**
- e) Perjuicios extra patrimoniales (daños morales – objetivados o subjetivados – daño al proyecto de vida u otras tipologías de daño de carácter extra patrimonial).**
- f) Perjuicios causados por la inobservancia de disposiciones legales u órdenes de autoridad de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales, así como las multas, moras, sanciones ejemplificadoras o imposiciones pecuniarias o cualquier otra suma que se ordene pagar por concepto de penalidad ante cualquier incumplimiento del ASEGURADO o de sus dependientes.**
- g) Perjuicios causados por el incumplimiento de contratos, y en fin; de toda responsabilidad civil de naturaleza contractual.**
- h) Daños o perjuicios ocasionados por operaciones o productos en los que se empleen materiales nucleares, radioactivos, asbesto, amianto, vacunas y sustancias tales como dietilestilbestrol (DES), oxiquinolina y formaldehído.**
- i) Daños o perjuicios ocasionados por deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, maremotos, huracanes, ciclones, erupciones volcánicas, lluvias, inundaciones o cualesquiera otras perturbaciones atmosféricas o de la naturaleza.**

- j) Perjuicios causados directa o indirectamente por guerra, actos terroristas, actos guerrilleros, motines, huelgas o cualquier acto que perturbe la paz y el orden público; igualmente los perjuicios que se deriven de disposiciones de autoridad de derecho o hecho.**
- k) Los perjuicios que cause el ASEGURADO por su culpa grave plenamente comprobada o reclamación de cualquier persona quien el ASEGURADO le cause daño intencionalmente.**
- l) Contaminación y/o polución gradual y/o paulatina de cualquier índole.**
- m) Perjuicios derivados de hechos ocurridos fuera del territorio nacional.**
- n) Obligaciones laborales del ASEGURADO en virtud de los contratos, leyes o disposiciones oficiales.**
- o) Perjuicios a causa de daños o lesiones personales ocasionados por productos fabricados, entregados o suministrados por el ASEGURADO, o bien por los trabajos ejecutados o por servicios prestados, si los daños o lesiones se produjeran después de la entrega del suministro, de la ejecución o de la prestación del servicio.**
- p) Perjuicios causados por contratistas o sus subcontratistas al servicio del ASEGURADO.**
- q) Perjuicios derivados de daños materiales o lesiones personales causadas por la utilización de vehículos a motor terrestres, aéreos o marítimos; o bien, reclamaciones que le sean presentadas en su calidad de propietario, tenedor o poseedor de dichos vehículos.**
- r) Perjuicios derivados de la fabricación, elaboración, transporte, almacenamiento y utilización de explosivos y combustibles.**
- s) Perjuicios por contaminación accidental, repentina e imprevista u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos o bien por ruidos.**
- t) Perjuicios provenientes de cimentación (incluido el debilitamiento de cimientos y bases) asentamiento, vibración del suelo y variaciones del nivel de aguas subterráneas.**
- u) Perjuicios a causa de daños, pérdida, hurto o extravío ocasionados por bienes ajenos en poder del ASEGURADO bajo cuidado, control, depósito o custodia, comodato, préstamo, consignación o a comisión o sobre los cuales el ASEGURADO realice una actividad industrial o profesional (manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares).**
- v) Perjuicios que se causen entre si las personas naturales o jurídicas, que aparezcan conjuntamente mencionadas como ASEGURADOS en las Condiciones Particulares de la póliza.**
- w) Responsabilidad Civil Profesional.**
- x) Daños a conducciones subterráneas.**
- y) Daños a propiedades adyacentes o estructuras existentes.**

**z) Los Daños producidos a vehículos automotores de terceras personas en los estacionamientos comprendidos en los predios del ASEGURADO.**

### **CLÁUSULA TERCERA: DEDUCIBLE**

Es el monto o el porcentaje de la indemnización que invariablemente se deduce de ella. Toda reclamación cuyo monto sea igual o menor que dicho “deducible” queda a cargo del ASEGURADO.

### **CLÁUSULA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

El contrato de seguro podrá ser resuelto unilateralmente por los contratantes.

La resolución unilateral ejercida por el ASEGURADOR deberá realizarse mediante notificación escrita enviada por un medio fehaciente al ASEGURADO, enviada a su última dirección conocida, con no menos de treinta (30) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío.

La resolución unilateral ejercida por el ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito al ASEGURADOR.

En ambos casos, la resolución concede el derecho al ASEGURADO a recuperar la prima no devengada (plazo no corrido) y, al ASEGURADOR le otorga el derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

### **CLÁUSULA QUINTA: OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO**

El ASEGURADO deberá dar aviso a la COMPAÑÍA sobre la ocurrencia de un SINIESTRO tan pronto como se tenga conocimiento de la ocurrencia y dentro de un plazo no mayor de tres (3) días.

Si contra el ASEGURADO o ASEGURADOS se iniciare algún procedimiento judicial o fuere citado a asistir a diligencia de conciliación previa por la ocurrencia de un suceso, deberá dar aviso inmediato a la Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del suceso.

Es derecho del ASEGURADO dirigir su propia defensa judicial. En caso de que ejerza este derecho o renuncie al mismo en favor de la COMPAÑÍA, la cobertura comprende los conceptos previstos a continuación:

a) El importe de las sumas a que se encuentra obligado el ASEGURADO por concepto de indemnización de daños y perjuicios ocasionados al tercero, más las costas y costos del proceso, hasta el límite de la suma asegurada.

b) La obligación de sufragar los gastos que demanda la defensa del ASEGURADO en el proceso judicial, aun cuando no fuera hallado responsable, siendo potestad de la COMPAÑÍA la aprobación del contrato de servicios profesionales correspondiente. Si el asegurado debe soportar parte del daño causado al tercero, el asegurador cubrirá los gastos, costas y costos del proceso sólo en forma proporcional. El asegurado se encuentra obligado a cooperar con su asegurador en la defensa de sus intereses, bajo sanción de repetir contra este.

Si el damnificado hace valer judicialmente su derecho contra el ASEGURADO, este debe entregar a la COMPAÑÍA copia de los documentos y medios de prueba que le hayan sido notificados en el plazo que se convenga.

Constituye carga del ASEGURADO cooperar con el asegurador en lo que este requiera para la defensa. Cuando el damnificado se encuentre ASEGURADO con la misma COMPAÑÍA contra cualquier riesgo o medie algún conflicto de interés, la COMPAÑÍA lo comunicará al ASEGURADO de inmediato y por escrito.

El ASEGURADO queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los perjuicios. Asimismo, el ASEGURADO debe notificar por escrito al asegurador los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por éste al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebrarían o lo harían en condiciones más gravosas.

Comunicada a la COMPAÑÍA la agravación del estado del riesgo, éste debe manifestar al ASEGURADO, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. Mientras la COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. Cuando la COMPAÑÍA opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

Si no se le comunica oportunamente, tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso.

Si el 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:

a. El ASEGURADO incurra en la omisión o demora sin culpa inexcusable; b. Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la COMPAÑÍA; c. Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato en el plazo; d. La COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos mencionados en los incisos a, b y c, la COMPAÑÍA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

## **CLÀUSULA SEXTA: GARANTÍAS**

**La presente póliza se expide bajo condición que el ASEGURADO cumplirá, durante toda la vigencia del seguro, con las siguientes garantías:**

**6.1. El ASEGURADO no puede, sin consentimiento previo y escrito de la Compañía, aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de la póliza cuando es nominativa sin la aceptación previa de la Compañía, y en caso de incumplimiento, dará lugar a la pérdida de los derechos de indemnización. Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los gastos necesarios para prestar auxilios médicos, de ambulancia y hospitalización inmediatas a la ocurrencia de un siniestro y de aquellos efectuados con el objeto de evitar la agravación de un daño. Le son**

aplicables al TERCERO AFECTADO reclamante todas las prohibiciones del ASEGURADO que por su naturaleza procedan.

6.2. El presunto TERCERO AFECTADO reclamante y/o el ASEGURADO reclamante, pierden todo derecho derivado de esta póliza, cuando el reclamo sea de alguna manera fraudulento.

6.3. El ASEGURADO debe mantener válidos y vigentes todos los documentos exigidos por la autoridad competente, para el ejercicio de su actividad.

6.4. El ASEGURADO dentro de su operación o actividad, descrita en las Condiciones Particulares de la póliza, observará todas las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

6.5. El ASEGURADO cuidará y mantendrá en buen estado de conservación y funcionamiento los bienes con los cuales desarrolla la actividad descrita en las Condiciones Particulares de la póliza y comunicará por escrito a la Compañía cualquier modificación o alteración que ocurra a la propiedad o características de los mismos bienes.

6.6. El ASEGURADO no podrá ni permitirá que se le dé a los bienes con los cuales desarrolla la actividad en las Condiciones Particulares de la póliza, un uso diferente al normal y autorizado según su tipo y capacidad y se obliga a cumplir con todas las disposiciones legales y técnicas referentes a su mantenimiento y seguridad.

#### **CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES SOBRE LAS RECLAMACIONES**

7.1. Si el monto de las reclamaciones excediere el LIMITE ASEGURADO, la Compañía solo responderá por los gastos del proceso en la proporción que haya entre el LIMITE ASEGURADO y el importe total de las reclamaciones, aun cuando se trate de varios juicios resultantes de un mismo acontecimiento. En tales casos la Compañía podrá eximirse de otras reclamaciones mediante el pago del LÍMITE ASEGURADO y su participación proporcional en los gastos hasta entonces causados.

7.2. Toda indemnización o pago que se haga de conformidad con la presente póliza, causará una disminución del LIMITE ASEGURADO por un valor igual a la suma indemnizada. Esta póliza no gozará de restitución automática de valor ASEGURADO. Cualquier restitución de la misma debe ser aprobada previamente por la Compañía, una vez que el ASEGURADO cumpla los requisitos exigidos por la Compañía para una nueva contratación.

#### **CLÁUSULA OCTAVA: PLURALIDAD DE SEGUROS**

El ASEGURADO debe declarar a la COMPAÑÍA todos los seguros, vigentes a la fecha de celebración del presente Contrato de Seguro, que ampara la misma materia del presente Seguro. Asimismo, debe informar sobre todos los seguros que, sobre la misma materia de seguro, contrate o se modifiquen o se cancelen, suspendan, resuelvan o anulen durante la vigencia de la presente Póliza.

Salvo un pacto distinto, cuando ocurra un Siniestro debidamente cubierto bajo la presente Póliza y existan otros seguros contratados por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO que también amparen la misma materia del presente Seguro, la COMPAÑÍA solo está obligada a pagar los daños y/o las pérdidas proporcionalmente a la cantidad asegurada por la presente Póliza, sea que estos seguros hayan sido declarados o no por el ASEGURADO y/o el CONTRATANTE.

Si, al tiempo de CELEBRARSE este Contrato de Seguro, el CONTRATANTE no conoce la existencia de otro seguro anterior, puede solicitar la resolución del más reciente o la reducción de la Suma Asegurada al monto no cubierto por el primer contrato con disminución proporcional de la Prima. El pedido debe realizarse inmediatamente después de conocida la existencia del seguro anterior y antes del Siniestro.

#### **CLÁUSULA NOVENA: PRESCRIPCIÓN**

Las acciones fundadas en el presente contrato de seguro prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: RENOVACIÓN**

El presente contrato se renueva automáticamente, en las mismas condiciones vigentes en el período anterior. Cuando la COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al ASEGURADO detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato.

El ASEGURADO tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo en la propuesta. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑÍA.

En este último caso, la COMPAÑÍA debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: DECLARACIONES INEXACTAS Y/O RETICENCIA**

El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad del seguro si mediase dolo o culpa inexcusable.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por dolo o culpa inexcusable, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la reticencia y/o declaración inexacta no obedece a dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO y es constatada antes que se produzca el siniestro, la COMPAÑÍA debe ofrecer al ASEGURADO la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días para que el ASEGURADO se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado.

A falta de aceptación, la COMPAÑÍA puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al ASEGURADO, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo anterior.

Corresponden a la COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que efectuó la resolución.

Si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta señaladas en los párrafos precedentes es posterior a la producción de un siniestro, la indemnización debida se reduce en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si la COMPAÑÍA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

Para dar cumplimiento a lo dispuesto por la Resolución SBS No. 3202-2013, el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, respecto de la obligación del ASEGURADO o del beneficiario de acreditar la ocurrencia del SINIESTRO así como la cuantía de la pérdida, se podrán utilizar cualquiera de los medios probatorios y procedimientos permitidos por la ley, no obstante de manera enunciativa se señalan los siguientes medios probatorios:

- a) Carta de presentación formal y explicativa del reclamo, con informe escrito sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrió el SINIESTRO o tuvieron lugar los daños motivo de la reclamación del o los terceros.
- b) Facturas de compra de los bienes de los terceros afectados, si es procedente.
- c) Valoración de los daños de los bienes de los terceros, si es procedente, con presupuesto o cotizaciones para la reconstrucción, reparación o reemplazo de los bienes ASEGURADOS afectados, reservándose la Compañía la facultad de revisar, verificar las cifras correspondientes.
- d) Comprobantes de pago, recibos o facturas de los gastos necesarios y razonables en que incurrió el ASEGURADO para evitar la extensión y propagación de las pérdidas, autorizadas por la Compañía.
- e) Informe técnico o médico, si es procedente, indicando causas y daños.
- f) Denuncia ante las autoridades en caso que las circunstancias lo requieran.

- g) Sentencia judicial firme o laudo arbitral de un juez competente reconociendo la responsabilidad del ASEGURADO y la cuantía de los daños, si lo hubiere, aunque se destaca no es de carácter obligatorio o necesario.
- h) En caso de fallecimiento además copia del certificado de defunción y de la autopsia de ley.
- i) Copias de las partidas de registro civil para probar la calidad de causahabientes.
- j) Certificaciones de atención de lesiones corporales, o de incapacidad parcial o permanente, expedidas por instituciones médicas debidamente autorizadas para funcionar.
- k) Copia auténtica de escritura pública en caso de bienes inmuebles, certificado de propiedad en caso de automotores, factura de compra si se trata de bienes muebles o la declaración juramentada de dos testigos.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de 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 por el asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

Si la COMPAÑÍA no se pronuncia dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el párrafo anterior, 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 asegurado la extensión del plazo antes señalado; en caso contrario, se sujetará al procedimiento 91° 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 debe comunicarse al ASEGURADO dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia deberá comunicarse al ASEGURADO en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que el solicitante haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez consentido el siniestro, la COMPAÑÍA cuenta con un plazo de treinta (30) días para proceder a efectuar el pago que corresponda; caso contrario, la COMPAÑÍA deberá pagar al ASEGURADO o al BENEFICIARIO un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, de acuerdo a la moneda pactada en el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora.

La COMPAÑÍA no estará obligada a pagar, en ningún caso intereses, daños o perjuicios por los valores que adeude el ASEGURADO como resultado de un SINIESTRO y cuyo pago fuere diferido con motivo de cualquier acción judicial entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA o con

motivo de retención, embargo o cualquier otra medida cautelar solicitada por tercero y ordenada por autoridad competente.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: NOTIFICACIONES**

Cualquier notificación que debe hacerse entre las partes en el desarrollo del presente contrato deberá consignarse por escrito, sin perjuicio de lo dicho en la condición para el aviso del SINIESTRO y será prueba suficiente de la misma la constancia de su envío por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada de la otra parte.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DOMICILIO**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes el señalado en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

#### **CLAÚSULA DÉCIMA SEXTA: GENERALIDADES**

El ASEGURADO autoriza a la COMPAÑÍA para que con los fines estadísticos, de información entre compañías, consulta o transferencia de datos con cualquier autoridad que lo requiera en Perú o, en el Exterior, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgos que considere necesario o, a cualquier otra entidad autorizada, nuestra información confidencial que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y, bajo cualquier modalidad, se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declara conocer y aceptar en todas sus partes.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: LEGISLACIÓN SUPLETORIA APLICABLE**

En todo lo no previsto en las anteriores condiciones, se aplicarán las normas pertinentes de la Ley del Contrato de Seguro y los Reglamentos emitidos por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP con ocasión a dicha Ley.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

El ASEGURADO y el(los) BENEFICIARIOS, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro, Lima – Perú, Teléfono: (511) 421-0614, y página web [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe), para resolver las controversias 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.

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 ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, las partes podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia.

Sin perjuicio de lo indicado en el párrafo precedente el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante: la Defensoría del Asegurado; la Superintendencia, a través de los mecanismos legales de defensa del asegurado; el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI; entre otros según corresponda.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: DEFINICIONES**

Para los efectos del presente seguro las siguientes expresiones tendrán el significado que se estipula:

a. ASEGURADO: es la persona natural o jurídica que bajo esta denominación figura en las Condiciones Particulares de la póliza, dentro del término ASEGURADO quedan amparadas las personas vinculadas a este mediante contrato de trabajo. En el caso de contratos firmados entre las partes se entenderá como ASEGURADO a quien realice las actividades y operaciones.

b. LOCALES o PREDIOS: son los bienes inmuebles de propiedad del ASEGURADO o tomados en arrendamiento, que este utilice en desarrollo de sus actividades y que se encuentren descritos en las Condiciones Particulares de la póliza.

c. SINIESTRO: es la realización del riesgo ASEGURADO acaecido dentro de la VIGENCIA de la póliza.

d. UNIDAD DE SINIESTRO: se considera como un solo SINIESTRO el conjunto de reclamaciones por daños materiales o lesiones personales originados por una misma causa, cualquiera que sea el número de reclamantes.

e. LIMITE ASEGURADO: es la máxima responsabilidad del asegurador por cada SINIESTRO y por el total de SINIESTROS que pueden ocurrir durante la VIGENCIA del seguro.

f. VIGENCIA: es el período comprendido entre las fechas de iniciación y terminación de la protección que brinda el seguro las cuales aparecen señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza.

g. TERCERO AFECTADO: es la persona natural o jurídica amparada bajo la presente póliza, que no tenga relación directa con el ASEGURADO hasta en su cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, y tampoco ningún grado de subordinación o dependencia, damnificada por el hecho imputable al ASEGURADO que genere responsabilidad civil.

h. **PERJUICIO PATRIMONIAL:** disminución específica, real y cierta del patrimonio del TERCERO AFECTADO a consecuencia del SINIESTRO amparado.

i. **LUCRO CESANTE:** interrupción del negocio del TERCERO AFECTADO como consecuencia del SINIESTRO amparado.

j. **DAÑO MORAL:** se define como el precio del dolor.

k. **DAÑO A LA VIDA:** definido como el perjuicio fisiológico o a la salud que altera las condiciones normales de vida de la persona y de su proyecto de vida.