



Liberty Cyber Risk

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 Liberty Cyber Risk**, 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 2º.- 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

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 PÓLIZA.

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. RESOLUCIÓN 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. EXTINCIÓN 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 7º.- 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.

El 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 10º.- 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 14º: Prescripción.

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

Artículo 15º: 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 ó a través de nuestra página web 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).

Liberty Cyber Risk

Condicionado General

CLÁUSULA PRIMERA: ALCANCE DEL SEGURO

1.1. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

1.2. GASTOS DE DEFENSA

CLÁUSULA SEGUNDA: COBERTURAS Y EXCLUSIONES

SECCIÓN I – RESPONSABILIDAD CIVIL POR VULNERACIÓN DE NORMATIVA DE PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, CONFIDENCIALIDAD Y MEDIDAS DE SEGURIDAD

SECCIÓN II – RESPONSABILIDAD POR ACTIVIDADES MULTIMEDIA

SECCIÓN III – DEFENSA E INDEMNIZACIONES EN PROCEDIMIENTOS REGULATORIOS POR VULNERACION DE NORMATIVA DE PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

SECCIÓN IV – COBERTURA DE DAÑOS PROPIOS EXCLUSIONES GENERALES

SECCIÓN V – EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS SECCIONES DE LA PÓLIZA

CLÁUSULA TERCERA: DEDUCIBLE

CLÁUSULA CUARTA: OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

CLÁUSULA QUINTA: GARANTÍAS

CLÁUSULA SEXTA: ESTIPULACIONES SOBRE LAS RECLAMACIONES

CLÁUSULA SÉPTIMA: LÍMITES DE COBERTURA

CLÁUSULA OCTAVA: DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

CLÁUSULA NOVENA: PLURALIDAD DE SEGUROS

CLÁUSULA DÉCIMA: PRESCRIPCIÓN

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: RENOVACIÓN

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: NOTIFICACIONES

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: DOMICILIO

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: GENERALIDADES

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: LEGISLACIÓN APLICABLE

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: LEGISLACIÓN SUPLETORIA APLICABLE

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: PERIODO DE DESCUBRIMIENTO ADICIONAL

CLÁUSULA VIGÉSIMA: AMINORACION DEL SINIESTRO

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: FRAUDE

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: DEFINICIONES

CLÁUSULA PRIMERA: ALCANCE DEL SEGURO

1.1. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

En virtud del presente seguro, Liberty Seguros SA (en adelante, la COMPAÑÍA) pagará en nombre del ASEGURADO cualquier indemnización por daños derivados de una reclamación presentada contra el ASEGURADO, que alegue que el ASEGURADO cometió o no evitó un ACTO INCORRECTO.

1.2. GASTOS DE DEFENSA

Igualmente, la COMPAÑÍA se obliga al pago de gastos de defensa en los que se incurra de forma razonable y necesaria por el ASEGURADO, con el previo consentimiento otorgado por escrito por la COMPAÑÍA, para la adecuada atención y defensa de la reclamación.

CLÁUSULA SEGUNDA: COBERTURAS Y EXCLUSIONES

SECCIÓN I – RESPONSABILIDAD CIVIL POR VULNERACIÓN DE NORMATIVA DE PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, CONFIDENCIALIDAD Y MEDIDAS DE SEGURIDAD

Con sujeción siempre a lo dispuesto en el resto de la póliza, la cobertura prevista en la presente sección I, única y exclusivamente será aplicable si en la póliza consta expresamente un sublímite de responsabilidad referido para la sección I de la póliza.

La COMPAÑÍA pagará en nombre del ASEGURADO cualquier indemnización por daños derivados de una reclamación presentada contra el ASEGURADO, que alegue que el ASEGURADO cometió o no evitó un ACTO INCORRECTO, con posterioridad a la FECHA DE RETROACTIVIDAD y con anterioridad a la finalización de la vigencia de la póliza. Así como los GASTOS DE DEFENSA en los que se incurra de forma razonable y necesaria por el ASEGURADO, con el previo consentimiento otorgado por escrito por la compañía, para la adecuada atención y defensa de la RECLAMACIÓN, y que resulten distintos de los GASTOS ESPECIALES, GASTOS EXTRAORDINARIOS y los gastos a los que hace alusión la cobertura “C” de la sección IV de la presente póliza (protección del cliente y gastos reputacionales), los gastos de defensa en procedimientos regulatorios y los gastos de defensa referidos en la sección I, de esta póliza.

A los efectos de esta cobertura, se considerará ACTO INCORRECTO cualquier:

- a) Vulneración de los derechos de privacidad de un tercero o empleado o alegación similar realizada en la jurisdicción donde se presente la reclamación;
- b) Uso malicioso o no autorizado de la red del ASEGURADO para provocar un daño, alteración, corrupción, distorsión, copia, borrado, robo, uso indebido o destrucción de activos digitales de terceros, o evitar la adopción de las acciones necesarias para evitar dicho uso no autorizado o no evitar o impedir dicho uso no autorizado;
- c) Uso malicioso o no autorizado de la red del ASEGURADO para provocar una denegación de servicio a terceros, o evitar la adopción de las acciones y medidas necesarias para evitar dicho uso no autorizado o no evitar o impedir dicho uso;

d) Incumplimiento de cualquier deber legal o contractual de proteger la seguridad o confidencialidad de la información confidencial o de datos personales de un tercero o de un empleado, o la infracción de la legislación aplicable que obligue al ASEGURADO a informar sobre dicho incumplimiento; distintos de los referidos en la sección III de esta póliza;

e) Incumplimiento de la legislación o regulación aplicable que exija al ASEGURADO eliminar o deshacerse de información confidencial o datos personales de terceros o empleados.

f) Transmisión de código malicioso desde la red del ASEGURADO a la red de un tercero (excluyendo la de un tercero proveedor de servicios), o no evitar dicha transmisión.

SECCIÓN II – RESPONSABILIDAD POR ACTIVIDADES MULTIMEDIA

Con sujeción siempre a lo dispuesto en el resto de la póliza, la cobertura prevista en la presente sección II, única y exclusivamente será aplicable si en la póliza consta expresamente un sublímite de responsabilidad referido para la respectiva cobertura.

La COMPAÑÍA pagará en nombre del ASEGURADO cualquier indemnización por daños o gastos de defensa derivados de una reclamación presentada contra el ASEGURADO por primera vez durante la vigencia de la póliza, que alegue que el ASEGURADO cometió un acto incorrecto con posterioridad a la fecha de retroactividad que figura en la póliza y con anterioridad a la finalización de la vigencia de la póliza en el curso de la publicación de contenidos en medios electrónicos o impresos.

A efectos de esta sección, se considerará acto incorrecto cualquier:

a) Infracción de copyright, nombre de dominio u otros derechos de propiedad intelectual (excluyendo patentes) del reclamante, plagio, o reproducción o distribución no autorizada o cualquier alegación similar o equivalente formulada en la jurisdicción donde se presente la reclamación.

b) Difamación de cualquier tipo o alegación similar formulada en la jurisdicción donde se interponga la reclamación.

c) Vulneración de los derechos de privacidad del reclamante o alegación similar o equivalente realizada en la jurisdicción donde se presente la reclamación, salvo que se otorgue una cobertura similar bajo la Sección I a) de la presente póliza.

d) Errores involuntarios en el contenido de cualquier publicación realizada por el ASEGURADO, que resulten de la publicación, diseminación, distribución o transmisión de palabras, sonidos, imágenes, gráficos videos, contenido transmitido, publicaciones web, foros en línea, tableros electrónicos, salas de conversaciones, o contenido multimedia; en formato electrónico o digital, a nombre y por cuenta del ASEGURADO y para terceros y en tanto que dicho contenido sea divulgado como parte de las actividades comerciales del ASEGURADO.

SECCIÓN III – DEFENSA E INDEMNIZACIONES EN PROCEDIMIENTOS REGULATORIOS POR VULNERACION DE NORMATIVA DE PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Siempre que sea asegurable bajo la legislación peruana, la COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO los gastos de defensa en procedimientos regulatorios que resulten distintos de los gastos

especiales y los gastos de investigación forense, en los que incurra el ASEGURADO de forma razonable y necesaria, con el previo consentimiento por escrito de la COMPAÑÍA, para la adecuada atención y defensa de una reclamación que consista en un procedimiento administrativo iniciado contra el ASEGURADO por un organismo regulatorio competente por primera vez durante la vigencia de la póliza, alegando la presunta comisión por el ASEGURADO de un acto incorrecto con posterioridad a la fecha de retroactividad que figura en la póliza y con anterioridad a la finalización de la vigencia de la póliza.

Se entiende por gastos de defensa en procedimientos regulatorios los honorarios y otros gastos y costos necesarios y razonablemente incurridos por el ASEGURADO, con el previo consentimiento escrito de la COMPAÑÍA, en la investigación, peritaje, defensa o apelación de procedimientos administrativos que puedan llevar o no a la imposición de multas. Gastos de defensa en procedimientos regulatorios no incluye gastos especiales, gastos extraordinarios y los gastos a los que hace alusión la cobertura de Protección del Cliente y Gastos Reputacionales de la Sección IV referente a Cobertura de Daños Propios de la presente póliza, ni los gastos de defensa referidos a la Cobertura de Responsabilidad Civil por Vulneración de normatividad de privacidad y protección de Datos Personales, confidencialidad y medidas de seguridad; y, a la Cobertura de Responsabilidad por Actividades Multimedia de la Sección I y II, respectivamente.

SECCIÓN IV – COBERTURA DE DAÑOS PROPIOS

A. COBERTURA DE DAÑOS PROPIOS

1. DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

La COMPAÑÍA indemnizará al ASEGURADO la pérdida de activos digitales, y gastos especiales incurridos como resultado directo de un daño a los activos digitales del ASEGURADO, siempre que dicho daño tenga su origen directo en un evento objeto de cobertura y que:

- a. ocurra por primera vez durante la vigencia, de la póliza y
- b. sea descubierto por primera vez por el ASEGURADO durante la vigencia de la póliza.

Si se establece una fecha de retroactividad en la póliza, se considerará que un evento objeto de cobertura ha ocurrido por primera vez durante la vigencia de la póliza, si tuvo lugar por primera vez tras dicha fecha de retroactividad y antes de la finalización de la vigencia de la póliza.

2. DAÑOS CUBIERTOS

Se entiende por PERDIDA DE ACTIVOS DIGITALES, a efectos de la presente cobertura de Daños Propios (Cobertura A) de la Sección IV, aquellos gastos y costos necesarios y razonablemente incurridos por el ASEGURADO, con la previa autorización de la COMPAÑÍA, para restaurar, reparar, reproducir o sustituir ACTIVOS DIGITALES dañados, a condiciones iguales, similares o equivalentes a aquellas en las que se encontraban dichos ACTIVOS DIGITALES (y con los mismos o equivalentes contenidos) en el momento inmediatamente anterior a sufrir el DAÑO, incluyendo los gastos de materiales y mano de obra invertidos en reparar, reproducir o sustituir los ACTIVOS DIGITALES. No obstante:

- a. Si el ACTIVO DIGITAL afectado fue comprado a un TERCERO, el máximo indemnizable bajo la presente póliza por el daño será el precio de comprar nuevamente a dicho tercero el activo digital; y

b. En caso de que los activos digitales no puedan ser sustituidos, recuperados o reproducidos, la indemnización que se otorgará al ASEGURADO bajo la presente cobertura de Daños Propios (Cobertura A) de la Sección IV, sólo corresponderá al pago de los gastos reales y necesarios incurridos por el ASEGURADO, con la previa autorización de la COMPAÑIA, necesarios para arribar a dicha conclusión.

B. PÉRDIDAS CONSECUENCIALES Y GASTOS EXTRAORDINARIOS

1. DESCRIPCION DE LA COBERTURA

La COMPAÑIA indemnizará al ASEGURADO cualquier pérdida consecencial y gastos extraordinarios (distintos de las pérdidas de activos digitales y gastos especiales mencionados en la cobertura “A” de esta Sección) soportados por el ASEGURADO como consecuencia de la suspensión o disminución de su actividad de negocio durante el periodo de restablecimiento, y hasta por el monto del sublímite referido en la póliza, que sean resultado directo de la total o parcial interrupción o fallo de la red del ASEGURADO, en la medida en que dicho periodo exceda el deducible temporal, y siempre que dicha interrupción o fallo tenga su origen directo en un evento objeto de cobertura que:

- a. Ocurra por primera vez durante la vigencia de la póliza, y
- b. Sea descubierto por primera vez por el ASEGURADO durante la vigencia de la póliza.

La COMPAÑIA no estará obligada a pagar ninguna cantidad bajo esta cobertura “B” incurrida durante el periodo de tiempo correspondiente al deducible temporal. El deducible temporal aplica a cada periodo de restablecimiento.

Si se fija una fecha de retroactividad en las Condiciones Particulares, se considerará que el evento objeto de cobertura ha ocurrido por primera vez durante la vigencia de la póliza, si tuvo lugar por primera vez tras dicha fecha de retroactividad y antes de la finalización de la vigencia de la póliza.

2. PERDIDAS CONSECUENCIALES CUBIERTAS

Se entiende por pérdidas consecuenciales a efectos de esta cobertura “B”, aquella cantidad que resulte menor entre los dos métodos descritos a continuación.

2.1. METODO 1 – BENEFICIO BRUTO: El cual se calculará de la siguiente forma:

Se parte del beneficio neto del ASEGURADO antes de impuestos que pudiera haber sido razonablemente obtenido durante el periodo de restablecimiento pero que no se obtuvo, por haber ocurrido el evento objeto de cobertura. El beneficio neto será calculado teniendo en cuenta el porcentaje de beneficio neto derivado de las ventas o actividad del ASEGURADO durante los doce meses inmediatamente anteriores al evento objeto de cobertura, aplicado a la proyección de los resultados de las ventas probables que hubiese obtenido el ASEGURADO, para el periodo calendario del periodo de restablecimiento (sujeto a reducción en la medida que el ASEGURADO mantenga su fuente de ingresos por otros medios, métodos, instalaciones o personal alternativos); más cualquier gasto operativo fijo (incluyendo nóminas regulares), distintos de los gastos extraordinarios, en la medida en que dichos gastos deban continuar durante el periodo de restablecimiento, menos cualquier ahorro de gastos operativos fijos que se produzca durante el periodo de restablecimiento.

2.2. METODO 2 – CANTIDAD ACORDADA

La cantidad de pérdida por hora, acordada y prevista en la póliza, aplicada al periodo de restablecimiento.

3. GASTOS EXTRAORDINARIOS

Se entenderá por gastos extraordinarios aquellos gastos (excluyendo gastos especiales) incurridos con el previo consentimiento de la COMPAÑÍA, en torno a:

i. evitar o mitigar la suspensión o disminución de la actividad de negocio del ASEGURADO, en los que el ASEGURADO no hubiera incurrido de no haberse producido el evento objeto de cobertura, incluyendo el coste de: arrendamiento/leasing de equipos, trabajos y costos operativos en los que hubiere incurrido el ASEGURADO para continuar sus operaciones y mitigar sus pérdidas, sea sustituyendo sus canales de comunicación con clientes, o sus procesos de producción; incluyendo los servicios prestados por terceros y gastos de personal adicional en que deba incurrir, siempre que dichos gastos no excedan del monto total de la pérdida de beneficio que fuese calculada; y ii. mitigar un evento objeto de cobertura para facilitar la continuidad de la actividad de negocio del ASEGURADO; y iii. obtener y preservar pruebas y evidencias asociadas con la ocurrencia del evento objeto de cobertura.

Queda acordado que las coberturas antes referidas estarán limitadas por los sublímites que de cada una se refieren en la póliza, y que la suma de las pérdidas consecuenciales y los gastos extraordinarios, en ningún caso podrán exceder del sublímite de responsabilidad que se establezca para la presente cobertura, en la póliza, independientemente del método de cálculo que fuere a emplearse respecto del cálculo de las pérdidas consecuenciales.

C. PROTECCIÓN DEL CLIENTE Y GASTOS REPUTACIONALES

Con sujeción siempre a lo dispuesto en el resto de la póliza, las coberturas de Gastos de Notificación, Gastos de Asistencia en materia de privacidad, Gastos de gestión de crisis o Gastos de investigación forense, previstas en la presente Sección, única y exclusivamente serán aplicables si en la póliza consta expresamente un sublímite de responsabilidad para la respectiva cobertura.

Cada caso está sujeto a que fueran necesaria y razonablemente incurridos por el ASEGURADO, con el previo consentimiento otorgado por escrito de la COMPAÑÍA, y que la causa de dicha pérdida tenga lugar con posterioridad a la fecha de retroactividad que figura en la póliza y con anterioridad a la finalización de la vigencia de la póliza.

EXCLUSIONES GENERALES

SECCIÓN V – EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS SECCIONES DE LA PÓLIZA

La Compañía no tendrá ninguna responsabilidad bajo esta póliza por cualquier daño, pérdida o reclamación derivada de o relacionada con:

a) Pérdida, destrucción o daños a bienes tangibles, incluido Hardware, o su sustitución o reparación.

- b) Que surja de, esté basada en, o resulte de un daño físico, enfermedad o muerte de alguna persona, aun y cuando, como parte de la reclamación, pudiere llegarse a reclamar un daño personal por parte de un tercero.**
- c) Costos o gastos incurridos para identificar, subsanar, o remediar errores de programas de software o prevenir vulnerabilidades en la red del ASEGURADO, excepto cuando deriven de un daño cubierto.**
- d) Costos o gastos que resulten en un aumento en la funcionalidad de la red del ASEGURADO superior al existente antes del evento objeto de cobertura.**
- e) Disminución del valor económico o de mercado de los activos digitales.**
- f) Multas o sanciones, excepto los gastos de defensa de multas cubiertos en la sección III.**
- g) Daños punitivos o ejemplarizantes, multas penales o sanciones penales, excepto los gastos de defensa de multas cubiertos en la sección III.**
- h) Multas o sanciones derivadas de cualquier acuerdo escrito celebrado por el ASEGURADO, obligándose a cumplir o seguir el payment card industry standard (PCI) o cualquier programa, norma, procesos o requerimientos de cualquier compañía de tarjetas de pago (payment card company rules); o implementar, mantener o cumplir con medidas o estándares de seguridad relacionados con cualesquiera datos de tarjetas de pago incluyendo a título enunciativo cualquier multa, penalidad o sanción impuesta por una compañía de tarjetas de pago a un banco o entidad de proceso de pagos a quien el ASEGURADO haya pagado o acordado rembolsar o indemnizar.**
- i) Pérdida del buen nombre (“GOOD-WILL”) o daño reputacional excepto en la medida que ellos contribuyan a un daño cubierto bajo la cobertura “C” de la sección IV de la póliza.**
- j) Pérdidas por incumplimiento o resoluciones de contratos; pérdida de mercado; pérdidas por deficiencias de rendimiento o capacidad, o defectos estéticos; pérdidas por depreciación de cualquier tipo o pérdida de uso; pérdida de la garantía del fabricante y, en general, cualquier daño o pérdida indirecta salvo la que se haya pactado en la póliza.**
- k) Fallo, falta de suministro, corte o interrupción de suministro de energía eléctrica, de servicios públicos, de satélites, o servicios de telecomunicación externos y no bajo el control operativo directo del ASEGURADO (incluyendo internet), así como cualquier falla mecánica, electrónica o electromagnética de los equipos del ASEGURADO o los que fueren empleados por algún tercero proveedor de servicios del ASEGURADO.**
- l) Cualquier acción, restricción o requerimiento impuesto por una autoridad gubernamental, distintas de las referidas en la sección III.**
- m) Concurso, liquidación o insolvencia del ASEGURADO o de cualquier otra persona, incluyendo un tercero proveedor de servicios.**
- n) Incendio, humo, explosión, rayo, viento, agua, inundación, terremoto, erupción volcánica, maremoto, corrimiento de tierras, granizo y cualquier otro desastre natural.**

o) Fallos de diseño, arquitectura o configuración de la red del ASEGURADO o activos digitales del ASEGURADO derivados de programas no entregados; o que resulten del uso de programas de los que el ASEGURADO no tenga una licencia para su uso y/o explotación;

p) Cualquier acto deliberado, intencional, malicioso, delictivo, ilegal, fraudulento o deshonesto que sea cometido por el ASEGURADO o cualquiera de sus empleados con el conocimiento, connivencia o consentimiento de un ejecutivo, directivo, director de seguridad, o de privacidad, gerente de riesgos, director jurídico o sus equivalentes con respecto del ASEGURADO.

q) Cualquier circunstancia, acción u omisión cometida o existente con anterioridad a la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza si, antes o en dicha fecha, un administrador o directivo, el director de jurídico, miembro de la alta dirección u otra persona que ostente una posición equivalente en el ASEGURADO:

a. Conocía de su existencia y dicha circunstancia, acción u omisión razonablemente podía dar lugar a una reclamación o a un daño cubierto bajo esta póliza, y sobre la que el ASEGURADO no informó a la compañía antes de la entrada en vigencia de la póliza; o b. Tenga derecho a cobertura bajo cualquier otra póliza de seguro y maliciosamente no lo haya declarado a la compañía al dar noticia del siniestro.

r) Cualquier acto terrorista, huelga o conflicto laboral similar, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (exista o no declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, disturbios sociales de proporciones similares o equivalentes a un levantamiento o alzamiento, o cualquier acción desarrollada para controlar, prevenir o suprimir cualquiera de estos eventos.

s) Cualquier acto hacktivista, es decir, de individuos o grupos radicales que utilizan la red para fines políticos o luchas sociales o de derechos humanos.

t) Uso, desgaste o deterioro gradual, o fallos de mantenimiento de hardware, activos digitales o de cualquier otro equipo propiedad del ASEGURADO.

u) Fallos de cualquier naturaleza en los equipos de hardware que sean propiedad de tercero proveedor de servicios para el ASEGURADO.

v) Una presencia real, presunta o amenaza de presencia, descarga, dispersión, emanación o escape de un contaminante; o una directriz o requerimiento administrativo o regulatorio para examinar, monitorizar, limpiar, eliminar, contener, tratar, purificar, o neutralizar un contaminante, o evaluar o responder de cualquier forma a los efectos de cualquier contaminante.

w) Reclamación laboral o reclamación formulada por un ASEGURADO frente a otro ASEGURADO distinta a aquellos casos en que se interponga por un empleado bajo la sección II de la póliza.

x) Responsabilidad civil profesional, excepto por lo estipulado en la cobertura de Responsabilidad por Actividades Multimedia de la Sección II de la presente póliza.

y) Daños o pérdidas que no se permitan cubrir al ASEGURADO, conforme a la regulación o normativa aplicable.

z) Responsabilidad asumida contractualmente por el ASEGURADO, excepto en la medida que dicha responsabilidad hubiera existido incluso en ausencia de dicho contrato. Esta exclusión no será aplicable a un incumplimiento de la propia política de privacidad del ASEGURADO.

aa) Deudas personales o comerciales del ASEGURADO.

bb) Dinero, transferencias de fondos, valores negociables, o cualquier clase de títulos o valores.

cc) Incorrecta, incompleta o inadecuada descripción del precio de bienes, productos o servicios ya sea real o presunta.

dd) Discriminación real o presunta.

ee) Vulneración de derechos de propiedad intelectual o industrial de terceros, a menos que se encuentren específicamente cubiertos en la Sección II de la póliza.

ff) Vulneración o infracción de cualquier clase de normativa de Defensa de la Competencia, de Libre Competencia, o anti-monopolio o similar.

gg) Cualquier gasto, daño o perjuicio que fuere ocasionado por el incumplimiento del ASEGURADO en notificar el siniestro a cualquier autoridad u organismo público, regulador o gubernamental según proceda.

hh) Pago de los daños, sanciones, indemnizaciones o penas compensatorias que se establezcan en contra del ASEGURADO, como resultado de un procedimiento administrativo.

ii) Difamación de cualquier tipo o alegación similar formulada en la jurisdicción donde se interponga la reclamación, excepto cuando esta se persiga en la naturaleza de un procedimiento de tipo penal o criminal.

jj) Con relación a la sección II – Responsabilidad por actividades multimedia, acto incorrecto excluye aquél contenido distribuido de manera personal por los empleados o ejecutivos directivos a título personal; y aquél que sea efectuado respecto de programas de software, o bien que consista en la representación de los productos o servicios del ASEGURADO como tales, incluyendo el contenido multimedia que los represente.

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.

La COMPAÑIA únicamente responderá bajo esta Póliza, incluso en relación a los Gastos de Defensa, en exceso de cualquier Deducible y/o Deducible Temporal aplicable, conforme a lo previsto la póliza. El Deducible y/o Deducible Temporal será de aplicación a todos y cada uno de

los Daños o Reclamaciones con independencia del número de Daños o Reclamaciones que se formulen ante el ASEGURADO durante la Vigencia de la Póliza.

En caso de que una o más Coberturas se vean afectadas por mismo Evento Objeto de Cobertura o Acto Incorrecto bajo la Póliza, aplicará el deducible mayor.

Los Sinistros cubiertos bajo esta Póliza derivados de eventos de Denegación de Servicio o producto del uso de Código Malicioso serán considerados –en lo individual- eventos independientes y por ello, a cada

uno de ellos corresponderá un Deducible independiente, salvo que se pueda considerar como una serie de eventos, según se definen en la definición de Sinistro.

Todas las Reclamaciones formuladas bajo las distintas secciones de esta Póliza, que deriven de la misma causa originaria, se considerarán una única Reclamación, realizada en el momento en que se realizó la primera de ellas.

CLÁUSULA CUARTA: 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 la COMPAÑÍA 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 a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por ésta 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, éste deba 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 debiendo devolver la prima del tiempo que ya no tendrá cobertura de ser el caso.

CLÁUSULA QUINTA: GARANTÍAS

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

5.1. 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.

5.2. 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.

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

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

5.5. 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.

5.6. 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 SEXTA: ESTIPULACIONES SOBRE LAS RECLAMACIONES

6.1. 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.

6.2. 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 SÉPTIMA: LÍMITES DE COBERTURA

El Límite de Indemnización Agregado de la Póliza es la cantidad máxima que pagará la COMPAÑÍA bajo esta Póliza por el conjunto de todas las coberturas, incluyendo Gastos de Defensa con independencia del tipo de Daños, número de Eventos Objeto de Cobertura, Actos Incorrectos, Reclamaciones, personas o sociedades cubiertas bajo esta Póliza, Reclamantes, o Siniestros notificados.

El Sublímite de Responsabilidad por Sección, es la cantidad máxima que pagará la COMPAÑÍA bajo la respectiva Sección de Póliza, por el conjunto de todas las coberturas otorgadas bajo la misma, con independencia del tipo de Daños, número de Eventos Objeto de Cobertura, Actos Incorrectos, Reclamaciones, personas o sociedades cubiertas bajo dicha Sección de la Póliza, Reclamantes, Siniestros notificados, o coberturas que entren en juego y dichos Sublímites forman parte, están sujetos, incluidos y no incrementan ni son en adición al Límite de Indemnización Agregado de la Póliza.

Los Sublímites de Responsabilidad que figuran en la Póliza por Cobertura, son las cantidades máximas que la COMPAÑÍA pagará por la cobertura y/o servicio correspondiente, por un Siniestro cubierto bajo la respectiva Cobertura, con independencia del tipo de Daños, número de Eventos Objeto de Cobertura, Acto Incorrecto, Reclamaciones, personas o sociedades cubiertas bajo dicha Cobertura, Reclamantes, y dichos límites forman parte, están sujetos, incluidos y no incrementan ni son en adición al Sublímite de Responsabilidad por Sección o al Límite de Indemnización Agregado de la Póliza.

Los Siniestros cubiertos bajo más de una Cobertura de esta Póliza estarán sujetos a un único Sublímite de Responsabilidad, que será el mayor de los distintos Sublímites de Responsabilidad aplicables, independientemente de que no se agote el Límite de Responsabilidad Agregado de la Póliza. Esta disposición no será aplicable a la cobertura prevista en la Sección IV referente a Cobertura de Daños Propios, literal "C", la cual se otorgará independientemente de que se active

alguna otra Cobertura de la Póliza, y siempre que no exceda del Sublímite de Responsabilidad de la Cobertura y del Límite de Responsabilidad Agregado de la Póliza.

CLÁUSULA OCTAVA: DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El ASEGURADO declara que está conforme con que las manifestaciones contenidas en la Solicitud de Seguro y cualquier material suplementario entregado con ella contiene su consentimiento y declaraciones, que serán considerados relevantes para el riesgo asumido por la COMPAÑÍA, y que esta Póliza se emite sobre la base de la veracidad de dichas afirmaciones.

La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la COMPAÑÍA, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero la COMPAÑÍA sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

La Solicitud de Seguro y cualquier material suplementario entregado con ella se considerarán incorporados y que forman parte de la presente Póliza.

CLÁUSULA NOVENA: 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 DÉCIMA: PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: 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 DÉCIMO 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) Denuncia ante las autoridades en caso que las circunstancias lo requieran.**
- f) Sentencia judicial firme o laudo arbitral de un juez competente reconociendo la responsabilidad del ASEGURADO y la cuantía de los daños, si los hubiere.**

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: 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 DÉCIMO CUARTA: 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.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: 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 DÉCIMO SEXTA: LEGISLACIÓN APLICABLE

Esta Póliza estará sujeta a la ley de la República del Perú para asuntos relacionados con su validez, interpretación, cobertura e indemnizaciones.

La cobertura de la póliza corresponde a daños y reclamaciones presentadas en el Territorio establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉTIMA: 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 DÉCIMO OCTAVA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

El ASEGURADO y el(los) BENEFICIARIOS, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO, 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. 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 DÉCIMO NOVENA: PERIODO DE DESCUBRIMIENTO ADICIONAL

En caso de revocación o no renovación de la Póliza por el Tomador del Seguro o por la COMPAÑIA, o en caso de Cambio de Control y siempre que el Tomador del Seguro y el ASEGURADO (i) hubieran cumplido con todo lo dispuesto en la Póliza y (ii) no renueven la póliza ni la reemplacen con otras póliza similar de otra Aseguradora, será de aplicación un Periodo de Descubrimiento Adicional si el Tomador del Seguro abona a la COMPAÑIA una prima adicional por un importe igual al de la prima pactada en la Póliza (la “Prima Adicional”) dentro de los 30 días posteriores a la no renovación o Cambio de Control:

i. La Prima Adicional se entenderá íntegramente devengada al inicio de dicho Periodo de Descubrimiento Adicional. Si el Tomador del Seguro resuelve o termina anticipadamente el Periodo de Descubrimiento Adicional por cualquier motivo antes de su finalización, no tendrá derecho al externo de ningún porcentaje de dicha prima. ii. El Límite de Indemnización Agregado de la Póliza aplicable al Periodo de Descubrimiento Adicional operará como parte integrante y nunca en exceso del Límite de Indemnización Agregado de la Póliza para la Vigencia de la Póliza, ni lo incrementará. iii. El Tomador del Seguro no tendrá derecho al Periodo de Notificación Ampliado en caso de impago de la prima o en caso de que el ASEGURADO no hubiera asumido cualquier cantidad que debiera asumir en concepto de Deducible, Deducible Temporal.

El Periodo de Descubrimiento Adicional, solamente aplicará a las Coberturas referidas en las Secciones I, II y III de esta Póliza.

CLAÚSULA VIGÉSIMA: AMINORACION DEL SINIESTRO

El ASEGURADO deberá emplear todos los medios a su alcance en todo momento durante la Vigencia de la Póliza para proteger su reputación y llevar a cabo todas aquellas gestiones que sean razonables para evitar o mitigar cualquier daño a la misma, incluyendo la adopción de cualquier medida de carácter legal encaminada a mantener su reputación, y la defensa de cualquier acción legal iniciada frente al ASEGURADO por Terceros cuya finalidad pudiera ser perjudicar, dañar de cualquier modo la reputación del ASEGURADO.

Una vez que un Daño o Reclamación, potencial o real, hubiera sido Descubierta, el ASEGURADO deberá emplear todos los medios a su alcance para evitar mayores Daños, incluyendo la adopción de las medidas necesarias para eliminar todos los rastros de cualquier Código Malicioso antes de que se reanude el funcionamiento de la Red del ASEGURADO, lo cual podrá ser verificado por la COMPAÑIA, en caso de que lo considere necesario.

CLAÚSULA VIGÉSIMO PRIMERA: FRAUDE

Si el ASEGURADO realiza una Reclamación fraudulenta bajo la Póliza, bien sea en relación a su cuantía o respecto a cualquier otro aspecto, el ASEGURADO perderá el derecho a la indemnización.

CLAÚSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: DEFINICIONES

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

a. **ASEGURADO:** Cualquiera de los siguientes:

i. El Tomador del Seguro. ii. Cualquier Filial. iii. Cualquier Empleado, administrador, directivo, o socio del Tomador del Seguro o de una Filial, pero únicamente respecto a Reclamaciones interpuestas frente a ellos como consecuencia de acciones u omisiones cometidas en el ejercicio y condición de dichos cargos.

b. **ACTIVOS DIGITALES:** Significa los Datos y Programas en la Red del ASEGURADO, sin incluir el Hardware.

c. **ACTIVOS DIGITALES DE TERCEROS:** Significa los Datos y Programas (excluyendo Hardware) existentes en un sistema interconectado electrónico, inalámbrico, web o sistema similar utilizado para el proceso de datos o información en formato analógico, digital, electrónico o inalámbrico, incluyendo servidores, dispositivos asociados de entrada y salida, dispositivos de almacenamiento de datos, equipos de red, periféricos conectados por cable o inalámbricos, dispositivos electrónicos de copias de respaldo (back-up), y bibliotecas multimedia que sean propiedad, estén operados y controlados por un Tercero.

d. **ACTO TERRORISTA:** Cualquier acto realizado mediante, incluyendo a título enunciativo y no limitativo, el uso de la fuerza o de violencia y/o la amenaza, de cualquier persona o grupo(s) de personas que actúen en solitario, o no, para infligir daño o desprestigiar o relacionados con cualquier organización(es) o gobierno (s), cometido por razones políticas, religiosas, ideológicas o similares, incluyendo la intención de influir en cualquier gobierno y/o atemorizar al público, a la ciudadanía o a cualquier sector de la misma.

Acto terrorista incluye cyber terrorismo, entendiendo por éste la acción o serie de acciones de cualquier persona o grupo de personas, actuando en solitario, en nombre de, o en relación con cualquier organización(es), de cualquier tipo; cometido por razones políticas, religiosas, ideológicas, la defensa de alguna causa, o similares; incluyendo a título enunciativo la intención de influir en cualquier gobierno, o en la opinión pública y/o atemorizar al público o a la ciudadanía con dicho propósito, mediante actividades perpetradas electrónicamente o por otros medios dirigidos a la destrucción, interrupción o subversión de sistemas de comunicación e información, infraestructuras, equipos informáticos, internet, redes electrónicas o de telecomunicaciones y/o su contenido o sabotaje o amenaza de los mismos.

e. **CODIGO MALICIOSO:** Software o código informático no autorizado destinado a infiltrarse, corromper o dañar la Red del ASEGURADO, incluyendo a título enunciativo virus informáticos, software espía (spy ware), Bots, Scareware, Troyanos (Trojan horses), gusanos (worms), bombas lógicas (logic bombs), y mutaciones de cualquiera de ellos.

f. **CONTAMINANTE:** Todo contaminante o contaminación de cualquier clase, incluyendo:

i. Humo, vapor, hollín, gases, ácidos, alcalinos, productos químicos o residuos. ii. Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o procedente de cualquier residuo nuclear o de la combustión del combustible nuclear; o la radioactividad,

toxicidad, explosividad y otras propiedades peligrosas de cualquier equipo nuclear o componente nuclear del mismo; iii. Moho, bacterias, esporas, hongos, microtoxinas, agentes patógenos orgánicos, u otros microorganismos; iv. Un campo electromagnético, radiación electromagnética o electromagnetismo; v. Asbestos, fibra de asbestos o polvo de asbestos; vi. Cualquier irritante o contaminante sólido, líquido, gaseoso o térmico.

g. DAÑO: Destrucción, pérdida, alteración, corrupción, de los Activos Digitales del ASEGURADO causado por un Evento objeto de Cobertura, según se refieren en la cobertura de Daños Propios (Cobertura ADaños Cubiertos) de la sección II. Los términos Daño y Dañado tendrá un significado equivalente.

h. DATOS: Información susceptible de leerse en equipos informáticos distinta de Programas y de otra información existente en soporte o formato físico.

i. DEDUCIBLE TEMPORAL: Periodo de tiempo que comienza con el inicio del Periodo de Restablecimiento y continúa durante el número de horas establecido como Deducible Temporal en la Póliza.

j. DENEGACION DE SERVICIO: Interferencia no autorizada o inesperada o ataque malicioso que restringe o impide el acceso legítimo a una red informática o la transmisión de Activos Digitales.

k. DESCUBIERTO: Descubierto o que podría haber sido razonablemente descubierto por un miembro del Consejo de Administración, el Consejero Delegado, el Director Jurídico, Director del Departamento de Informática o Director del Departamento de Tecnologías de la Información, o cualquier otra persona que ostente un cargo o posición equivalente en el ASEGURADO. Los términos Descubierto y Descubrimiento tendrán significados equivalentes.

l. EMPLEADO: Cualquier persona que trabaja para, en nombre de, o bajo la dirección del ASEGURADO (según se define este término en sus incisos a. y b.) con un contrato de trabajo, incluido a media jornada, estacional o temporal, sobre quien el ASEGURADO tiene el derecho directo de controlar, con exclusión de cualquier socio o administrador del ASEGURADO.

m. EJECUTIVOS DIRECTIVOS: Cualquier representante legal, factor, miembros de juntas o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detentan esas funciones, incluyendo a quienes dirijan el área legal, informática y de tecnología de la información, o cualquiera que ocupe un cargo igual, equivalente o de mayor jerarquía en el ASEGURADO.

n. EVENTOS OBJETO DE COBERTURA: Son objeto de cobertura los delitos y/o ataques informáticos que sufra el ASEGURADO, a saber: cualquier intrusión, daño, alteración, corrupción, o uso no autorizado e ilegítimo de la Red del ASEGURADO, cualquier copia o uso no autorizado e ilegítimo de los Activos Digitales, la inserción de un Código Malicioso, o bien aquél daño causado, generado o producto de una Denegación de Servicio en la Red del ASEGURADO, derivado de una acción u omisión accidental, no intencional, o por error u omisión en la operación de la Red del ASEGURADO por parte del ASEGURADO, un Empleado o un Tercero Proveedor de Servicios, y que no sea o pueda ser evitado por alguno de éstos; sea que cualquiera de las conductas descritas sea causada por algún Tercero no autorizado, o bien por un Empleado, que no sea un Ejecutivo Directivo.

o. FILIAL: Sociedad en la que el Tomador del Seguro (i) tenga una participación superior al 50% del capital social emitido o (ii) controle la toma de decisiones de la Junta Directiva o (iii) controle la toma de decisiones de la Asamblea, directamente o a través de una o más Filiales, en el momento en que se presenta la Reclamación frente a dicha sociedad o ésta sufre el Daño cubierto bajo esta Póliza (según proceda) y en la que el Tomador del Seguro ostentaba dicha participación:

i. en el momento de entrada en vigor de esta Póliza; o ii. tras la adquisición de dicha sociedad por el Tomador del Seguro durante la Vigencia de la Póliza, siempre que los ingresos anuales de la nueva sociedad adquirida no excedan el 15% de los ingresos anuales del Tomador del Seguro, tomando como referencia lo establecido en los estados financieros auditados más recientes y siempre que la Reclamación fuera dirigida frente a dicha sociedad o ésta sufriera el daño cubierto bajo esta Póliza después de haber sido adquirida por el Tomador del Seguro; o iii. tras la adquisición de dicha sociedad por el Tomador del Seguro durante la Vigencia de la Póliza, si los ingresos de la nueva sociedad adquirida exceden el 15% de los ingresos anuales del ASEGURADO designado, tomando como referencia lo establecido en los estados financieros auditados más recientes, si se cumple con lo previsto en la Sección VI. C 10.1 de esta Póliza y si la Reclamación fuera dirigida frente a dicha sociedad o ésta sufriera el daño cubierto bajo esta Póliza después de haber sido adquirida por el Tomador del Seguro.

p. GASTOS DE ASISTENCIA EN MATERIA DE PRIVACIDAD: Costos incurridos por el ASEGURADO con el fin de prestar asistencia a las personas naturales cuya información y/o datos personales de carácter financiero pudieren haberse visto comprometidas como resultado de un Evento objeto de Cobertura, incluyendo un Empleado; a saber, aquellos servicios de control o monitoreo de crédito, de hábitos de consumo relacionados con el uso de tarjetas de crédito y/o de asistencia y control de fraudes en caso de robo o suplantación de identidad; como consecuencia del incumplimiento por el ASEGURADO de una obligación legal, contractual o regulatoria de confidencialidad o privacidad respecto a la información confidencial o datos personales de dicha persona en poder del ASEGURADO.

q. GASTOS DE DEFENSA: Honorarios y otros gastos y costos necesarios y razonablemente incurridos por el ASEGURADO, con el previo consentimiento escrito de la COMPAÑIA, en la investigación, peritación, defensa o apelación de una Reclamación. No se incluyen los Gastos Especiales ni los gastos a los que hace alusión la Sección IV D de la presente Póliza (Protección del Cliente y Gastos Reputacionales).

r. GASTOS DE GESTION DE CRISIS: Costos incurridos por el ASEGURADO, con el previo consentimiento de la COMPAÑIA, para proteger o restituir su reputación o imagen pública en la medida que sea probable que sufra un daño, o haya sido dañada, como resultado directo de cualquiera de las siguientes acciones cometidas por el ASEGURADO y comunicadas al público por medios escritos, la televisión o a través de medios electrónicos:

i. incumplimiento de un obligación legal, regulatoria o contractual de privacidad debida frente a un Tercero o Empleado o cualquier alegación similar o equivalente realizada en la jurisdicción donde se presente la Reclamación; ii. uso malicioso o no autorizado de la Red del ASEGURADO para provocar una Denegación de Servicio o un daño, alteración, corrupción, distorsión, robo, uso indebido o destrucción de Activos Digitales de Terceros, o que alegue la falta de adopción de medidas necesarias para evitar o impedir dicho uso no autorizado; iii. incumplimiento de

cualquier deber legal o contractual de proteger la seguridad o confidencialidad de la información confidencial o de datos personales de un Tercero o Empleado, o la infracción de la legislación aplicable que obligue al ASEGURADO a informar sobre dicho incumplimiento; iv. incumplimiento de la legislación o regulación aplicable que exija al ASEGURADO eliminar o deshacerse de información confidencial o de datos personales de Terceros o Empleados; v. “phishing”, obtención de información confidencial de forma fraudulenta de los Empleados del ASEGURADO, mediante el uso de técnicas de suplantación de correos electrónicos o páginas web para obtener información confidencial, “pharming” o cualquier otra comunicación que pretenda obtener información confidencial bajo engaño; siempre que el engaño asociado al phishing, surja como producto de las actividades que desempeñan los Empleados, en su capacidad de tales, y en el curso de las actividades comerciales del ASEGURADO; o vi. transmisión de Código Malicioso desde la Red del ASEGURADO a la Red de un Tercero (excluyendo la de un Tercero Proveedor de Servicios), o no evitar dicha transmisión.

s. GASTOS DE INVESTIGACION FORENSE: Costos incurridos por el ASEGURADO, con el previo consentimiento de la COMPAÑIA, para investigar el origen o causa del fallo de la seguridad de los sistemas informáticos con la finalidad de:

i. detener o mitigar el uso malintencionado o no autorizado a la Red del ASEGURADO que pretendía dañar, alterar, corromper, distorsionar, copiar, borrar, robar, usar indebidamente o destruir Activos Digitales de Terceros; ii. detener o mitigar el uso malintencionado o no autorizado a la Red del ASEGURADO para provocar una Denegación de Servicio, o no evitar o impedir dicho uso; iii. “phishing”, obtención de información confidencial de forma fraudulenta de los Empleados del ASEGURADO, mediante el uso de técnicas de suplantación de correos electrónicos o páginas web para obtener información confidencial, “pharming” o cualquier otra comunicación que pretenda obtener

información confidencial bajo engaño; siempre que el engaño asociado al phishing, surja como producto de las actividades que desempeñan los Empleados, en su capacidad de tales, y en el curso de las actividades comerciales del ASEGURADO; o iv. detener o mitigar una transmisión de un Código Malicioso desde la Red del ASEGURADO a la Red de un Tercero (excluyendo la de un Tercero Proveedor de Servicios), o no evitar dicha transmisión.

t. GASTOS DE NOTIFICACION: Gastos de asesoría legal, y otros gastos relacionados con el cumplimiento por el ASEGURADO de una obligación legal o regulatoria de notificar a cualquier persona, incluyendo Empleados, o autoridades, de que hubiere ocurrido un acceso no autorizado o exista una sospecha fundada de que un Tercero o Empleado, pudiere haber tenido un acceso no autorizado, a información que permita identificar personalmente a dicha(s) persona(s) como resultado directo de una violación de seguridad, de privacidad o una infracción a las disposiciones contenidas en la legislación aplicable en materia de privacidad; o en aquellos casos en que no exista una obligación legal o regulatoria, pero sea considerado conjuntamente por la COMPAÑIA y el ASEGURADO que la realización de dicha notificación mitigará o evitará una futura Reclamación de la que la COMPAÑIA habría sido responsable conforme a lo previsto en la Secciones I o III de la Póliza.

Las notificaciones referidas serán realizadas por los medios y mecanismos más prácticos y de menor coste que se encuentren autorizados por la legislación vigente en materia de privacidad, y deberán ser previamente autorizados por la COMPAÑIA, pero incluyen los costos de establecer

un centro de llamadas para gestionar y atender las solicitudes o requerimientos de información adicional de aquellas personas a las que se hubiere dirigido la notificación, así como los costos por efectuar publicaciones que permitan llevar a cabo notificaciones masivas, si ello estuviere autorizado por la legislación correspondiente.

u. GASTOS ESPECIALES: Costos razonables y necesariamente incurridos por el ASEGURADO, con el previo consentimiento escrito de la COMPAÑIA, para:

i. minimizar, o mitigar Daños a los Activos Digitales del ASEGURADO, incluyendo honorarios y gastos de consultores externos especializados o de expertos de informática forense para descubrir y determinar la naturaleza del Evento objeto de Cobertura y demostrar la Cobertura de Daños Propios; ii. obtener y preservar pruebas claves relacionadas con los Eventos objeto de Cobertura; iii. cubrir el coste de reposición de Programas solo en el caso de que un Evento objeto de Cobertura hubiera destruido o dañado el sistema de copias de protección y/o el software de control de acceso, respecto del cual se cuente con una licencia vigente al momento del Evento objeto de Cobertura.

v. HARDWARE: Significa todo componente físico de un sistema informático.

w. INDEMNIZACION POR DAÑOS: Indemnización por Daños incluye, los gastos de emisión o re expedición de tarjeta de crédito que el ASEGURADO deba legalmente abonar a un Reclamante derivado de algún Acto Incorrecto.

x. NORMATIVA DE PRIVACIDAD Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES: Las Leyes, Reglamentos y demás disposiciones aplicables en materia de Protección de Datos Personales en el Territorio, y vigentes al momento del Evento objeto de Cobertura.

y. PERIODO DE DESCUBRIMIENTO ADICIONAL: Con sujeción a lo dispuesto en la Sección VI.C.5 de la póliza, el periodo de 12 meses tras uno de estos tres supuestos, el que primero tenga lugar:

i. la finalización de la Vigencia de la Póliza como consecuencia de la terminación o no renovación de la Póliza; ii. cancelación de la Póliza; o iii. un Cambio de Control.

z. PERIODO DE RESTABLECIMIENTO: Aquel periodo de tiempo que comienza cuando tiene lugar la interrupción, degradación o fallo de la Red del ASEGURADO y termina en el momento que tenga lugar el primero de los siguientes supuestos:

i. la fecha en que la actividad de negocio sea reestablecida (o pudiera haberlo sido, si el ASEGURADO hubiera actuado con diligencia y rapidez razonable para ello), hasta un máximo de 30 días tras la fecha en que la Red del ASEGURADO sea reestablecida (o pudiera haberlo sido, si el ASEGURADO hubiera actuado con la diligencia y rapidez razonable para ello) de modo que alcance condiciones similares o equivalentes, funcionalidad y nivel de servicio existentes con anterioridad al Siniestro; o ii. 120 días tras el inicio de dicho periodo.

aa. PROGRAMAS: Un conjunto ordenado y sistematizado de instrucciones y datos, para ser ejecutadas por equipos electrónicos que, en el momento de ejecutarse, provoca que un ordenador o sistema de cómputo lleve a cabo una función específica dentro de dicho sistema.

bb. PROGRAMAS NO ENTREGADOS: Programas, aplicaciones o software incluyendo actualizaciones:

i. en los que la fase de desarrollo no ha sido finalizada; ii. que no se encuentren preparados para su uso operativo por no haber pasado aún todos los controles test de funcionamiento o seguridad; o iii. cuyo correcto funcionamiento y medidas de seguridad no hayan sido demostradas en un entorno real durante un periodo continuado de 12 meses.

cc. RECLAMACION:

i. Una solicitud escrita mediante la cual se requiera al ASEGURADO la realización u omisión de una conducta, que legalmente estaría obligado a llevar a cabo el ASEGURADO ante la existencia de dicho comunicado, y cuya falta de atención pudiere dar lugar al inicio de un procedimiento legal ante una autoridad competente, u alguna acción de resarcimiento de daños y perjuicios o de compensación; formulada por un Tercero o Empleado, que se realice por primera vez contra el ASEGURADO durante la Vigencia de la Póliza; o ii. Únicamente en relación con la cobertura prevista en la Sección III de la Póliza, un procedimiento administrativo o regulatorio o penal iniciado por primera vez contra el ASEGURADO durante la Vigencia de la Póliza; siempre que, en cualquiera de estos supuestos, no se trate de una Reclamación Laboral.

dd. RECLAMACIÓN LABORAL: Reclamación basada en el incumplimiento de cualquier contrato de trabajo, política laboral, procedimiento de trabajo o similar, así como en cualquier incumplimiento de cualquier legislación o normativa de carácter laboral o en materia de discriminación de cualquier tipo.

ee. RECLAMANTE: tercero que presenta una reclamación.

ff. RED DE TERCEROS: Un sistema interconectado electrónico, inalámbrico, web o sistema similar (incluyendo todo el Hardware, Programas y Datos) utilizado para el proceso de datos o información en formato analógico, digital, electrónico o inalámbrico, incluyendo servidores, dispositivos asociados de entrada y salida, dispositivos de almacenamiento de datos, equipos de red, periféricos conectados por cable o inalámbricos, dispositivos electrónicos de copias de respaldo (back-up), y bibliotecas multimedia que sean propiedad, estén operados y controlados por un Tercero.

gg. RED DEL ASEGURADO: Un sistema interconectado electrónico, inalámbrico, web o sistema similar (incluyendo todo el Hardware, Programas y Datos) utilizado para el procesamiento de datos o de información, en formato analógico, digital, electrónico o inalámbrico, incluyendo servidores, dispositivos asociados de entrada y salida, dispositivos de almacenamiento de datos, equipos de red, periféricos conectados por cable o inalámbricos, dispositivos electrónicos de copias de respaldo (back-up), y

bibliotecas multimedia que sean propiedad de, y: estén operados y controlados por el ASEGURADO, o que sean operados por un Tercero Proveedor de Servicios para el ASEGURADO.

hh. SINIESTRO: Reclamaciones, daños y/o perjuicios que surjan como resultado de una causa cubierta bajo la Póliza y ocurrido dentro del período de vigencia de la misma, cuyas consecuencias estén total o parcialmente amparadas bajo la Póliza.

Se considerará como un solo y único Siniestro o como una serie encadenada de Siniestros, el conjunto de reclamaciones, daños y/o perjuicios que deriven de un mismo Evento objeto de Cobertura, que surjan de la misma conducta de un Tercero, Empleado y/o ASEGURADO y en

los que el lapso de tiempo que hubiere transcurrido entre un evento y otro, no exceda de 72 (setenta y dos) horas.

ii. SOLICITUD DE SEGURO: La solicitud de seguro firmada por el Tomador del Seguro y sus anexos, a los efectos de la contratación de la presente Póliza, incluyendo cualquier solicitud formulada en el momento de renovación o durante la Vigencia de la Póliza en relación a una Filial de nueva adquisición.

jj. TERCERO: Cualquier persona distinta de la COMPAÑIA, del ASEGURADO o sus Empleados o de un Tercero Proveedor de Servicios.

kk. TERCERO PROVEEDOR DE SERVICIOS: Un tercero contratista independiente que, de acuerdo con un contrato escrito, presta para el ASEGURADO, servicios de procesos de negocio, y / o servicios de tecnologías de la información (incluyendo servicios de alojamiento web (hosting), de gestión de seguridad, ubicación conjunta (co- location), y almacenamiento de datos).

ll. TOMADOR DEL SEGURO: La persona física o moral referida en las Condiciones Particulares.

mm. SINIESTRO: Reclamaciones, daños y/o perjuicios que surjan como resultado de una causa cubierta bajo la Póliza y ocurrido dentro del período de vigencia de la misma, cuyas consecuencias estén total o parcialmente amparadas bajo la Póliza.

Se considerará como un solo y único Siniestro o como una serie encadenada de Siniestros, el conjunto de reclamaciones, daños y/o perjuicios que deriven de un mismo Evento objeto de Cobertura, que surjan de la misma conducta de un Tercero, Empleado y/o ASEGURADO y en los que el lapso de tiempo que hubiere transcurrido entre un evento y otro, no exceda de 72 (setenta y dos) horas.