

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

RESUMEN

1. PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR RECLAMOS, COBERTURA, TELÉFONOS Y UBICACION:

- Plataformas de Atención al Cliente:
 - ❖ Lima:
Av. Paseo de la República N° 3082, San Isidro.
Av. Comandante Espinar N° 689, Miraflores.
 - ❖ Arequipa:
Pasaje Belén N° 103, Urb. Vallecito, teléfono (054)-381700.
 - ❖ Huancayo:
Jr. Ancash N° 125, teléfono (064)-223233.
 - ❖ Trujillo:
Av. América Oeste N° 750, Urb. El Ingeniero Trujillo Mall Aventura
Plaza locales A 1004 y A 1006, teléfono (044)-485200.
 - ❖ Chiclayo:
Av. Salaverry N° 560, Urb. Patazca, teléfono (074)- 481400.
 - ❖ Piura:
Calle Libertad N° 450, teléfono (073)-284900.
- Central de Emergencias y Asistencias (Perú): (01) 411-11111.
- Central de Emergencias y Asistencias (extranjero): (01) 512-5010.
- Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-3000.
- Correo Electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe.
- Página Web: www.rimac.com.

2. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

En el Condicionado Particular se establecerá el monto total de la prima a pagar, incluyendo la forma (que podrá ser fraccionada) y el lugar de pago.

3. MEDIOS, PLAZOS Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR COBERTURA:

Aquello se encuentra detallado en los artículos vigésimo octavo y siguientes del Capítulo II del Condicionado General.

4. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS:

Los mecanismos de solución de controversias y asimismo, las instancias para presentar reclamos se encuentran detallados en el artículo décimo noveno del Capítulo I del Condicionado General.

5. INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS:

Son las siguientes:

• **Defensoría del Asegurado:**

www.defaseg.com.pe

Lima:(01) 446-9158.

Arias Aragués 146, San Antonio Miraflores, Lima.

• **INDECOPI:**

www.indecopi.gob.pe

Lima: (01) 224-7777.

Teléfono gratuito de Provincias: 0-800-4-4040.

SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima.

SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

• **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS:**

www.sbs.gob.pe

Los Laureles 214, San Isidro - Lima 27 - Perú | Teléfono (511) 630-9000

/ Fax: (511) 630-9239.

AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. - PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.

Consultas y Reclamos: 0800-10840 | (511) 428-0555.

6. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo Asegurado, conforme lo estipula el artículo séptimo del Capítulo I del Condicionado General

7. RIESGOS CUBIERTOS:

Los riesgos cubiertos se encuentran detallados conforme lo establece el artículo vigésimo quinto del Capítulo II del Condicionado General.

8. EXCLUSIONES:

Las exclusiones son las detalladas en el artículo vigésimo sétimo del Capítulo II del Condicionado General.

9. ASEGURADOS Y PERMANENCIA EN EL SEGURO:

El límite de permanencia en la presente Póliza se encuentra detallado en el artículo vigésimo segundo del Capítulo II del Condicionado General.

10. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL:

El procedimiento y plazo para solicitar la resolución contractual se encuentra estipulado en el artículo sétimo del Capítulo I del Condicionado General, adicionalmente, el mismo señala que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá unilateralmente y sin expresión de causa resolver el Contrato de Seguro.

11. MODIFICACIONES CONTRACTUALES:

Durante la vigencia del contrato la ASEGURADORA no puede modificar los términos contractuales pactados, conforme lo estipula el literal C. del artículo quinto del Capítulo I del Condicionado General.

Condiciones Generales

PRODUCTO: SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506320071

ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

1. DEFINICIONES.
2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA.
3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO.
4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO
5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; Y, CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
6. CAUSALES DE TÉRMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
7. RESOLUCION CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA).
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.
9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA.
10. PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO.
11. REHABILITACION DE LA COBERTURA.
12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO.
13. INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS.
14. SUBROGACIÓN.
15. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS.
16. DEFENSORIA DEL ASEGURADO.
17. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES.
18. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS.
19. PRESCRIPCION LIBERATORIA.
20. TRIBUTOS.

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

21. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO.
22. PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN.
23. CONTINUACIONES DE TRATAMIENTO POST EMERGENCIA DE PÓLIZAS NO EMITIDAS
24. BENEFICIO MAXIMO POR EVENTO POR ASEGURADO.
25. COBERTURAS.
26. EXTENSIÓN DEL SEGURO.
27. EXCLUSIONES.
28. ATENCION DE EMERGENCIA ACCIDENTAL INICIAL.
29. AVISO DE SINIESTRO.
30. SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO.

INTRODUCCION

La presente Póliza de Seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, conforme a la Ley N° 29355.

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

La Póliza y sus eventuales Endosos debidamente firmados son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES:

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

ACCIDENTE: Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDADES PROFESIONALES: Toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo, están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO: Aquella situación que se produce cuando, por uno o varios hechos ajenos o no a la voluntad del Asegurado, el riesgo cubierto adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista. La agravación del riesgo implica la obligación de notificarla a La Aseguradora.

ALTA HOSPITALARIA: Es el término de un episodio atendido en el área de hospitalización u hospital de día quirúrgico (por curación, fallecimiento, traslado o retiro voluntario).

ASEGURADO: Persona natural cuya vida se asegura en la presente Póliza, puede ser también el CONTRATANTE del Seguro.

ASEGURADORA: Rímac Seguros y Reaseguros.

ATENCION AMBULATORIA: Toda consulta médica que se realiza en un proveedor de servicio en salud y que tiene como objetivo el cuidado de la salud y no requiere una atención hospitalaria.

ATENCION HOSPITALARIA: Internamiento por indicación médica en un proveedor de servicio en salud que incluye la utilización del servicio de habitación, atención general de enfermería y el servicio de alimentación.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza.

BENEFICIO MAXIMO POR EVENTO: Importe límite que la ASEGURADORA asumirá por cada accidente del ASEGURADO. Todos los gastos pagados por un mismo accidente disminuyen el beneficio máximo por evento por persona. El monto del beneficio máximo por evento se detalla en el Plan de Beneficios, este importe incluye el Impuesto General a la Ventas. Al agotarse el beneficio máximo por evento (accidente), este se reactiva para otro accidente que pueda suceder en el futuro.

BUENA SALUD: No adolecer de enfermedad preexistente.

CARTA DE GARANTIA: Es el documento de autorización de cobertura al ASEGURADO tramitado por proveedor de servicios en salud y emitido por la ASEGURADORA, quien es la encargada de su aprobación. Los procedimientos no contemplados en la Carta de Garantía serán pagados por el ASEGURADO.

CENTRO EDUCATIVO: Establecimiento destinado a la educación, de cualquier nivel y debidamente autorizado por la autoridad correspondiente para tal fin. Puede ser el Contratante de esta Póliza.

CERTIFICADO DE SEGURO: Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos vinculado a una Póliza de seguro determinada. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Certificado de Seguro en calidad de Anexo.

CERTIFICADO MÉDICO DE ATENCION: Documento médico legal que certifica haberle dado atención a un paciente. Es conocido también como certificado médico.

CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. La revisión es coordinada con la Organización de Mundial de la Salud a través de los centros colaboradores. La relación de diagnósticos CIE-10 se encuentra publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

CLAUSULA ADICIONAL: Aquellas condiciones especiales que permiten extender o ampliar las coberturas comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

COBERTURA: Consiste en asumir el gasto de la asistencia médica que precise el ASEGURADO que tenga un accidente para su total curación y/o recuperación, bajo los límites y condiciones estipulados en la Póliza.

COPAGO: Porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la ASEGURADORA en el momento en que se le brindan las coberturas, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Copagos se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Deducibles y Copagos.

CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que toma el seguro y se obliga al pago de la prima. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de ASEGURADO. El CONTRATANTE es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

CONDICIONES GENERALES: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas para regir los contratos perteneciente a un mismo ramo o modalidad 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. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo.

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.

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

CORREDOR DE SEGUROS: Es la persona que maneja la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Entre sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la

Póliza de Seguros, entre otros. También se les conoce como “Broker” o “Agente de seguros”.

CREDITO: Son las atenciones por las que el asegurado asume los Deducibles y Copagos, y los gastos o excesos no cubiertos por la póliza, debiendo pagarlos directamente al proveedor de servicios en salud afiliado a la red de proveedores de Rimac, señalada en el Plan de Beneficios. Los gastos cubiertos en exceso de los Deducibles y Copagos serán asumidos directamente por la ASEGURADORA, quien se encargará del pago del servicio a dichos proveedores siempre que haya pertinencia médica.

Cada atención médica corresponde a un acto médico y por lo tanto, cada atención está sujeta al pago de un Deducible, y Copagos de ser necesario.

Es factible que para algunas coberturas, sea necesaria la emisión de Cartas de Garantía por parte de la ASEGURADORA, previas a la atención en salud, sin perjuicio de los Deducibles y Copagos a cargo del ASEGURADO.

CULPA INEXCUSABLE: Incumplimiento no intencional de lo que se debe o de lo que se estaba obligado a hacer. Es actuar con negligencia grave, con descuido, con imprudencia o por olvido injustificado; desconocer algo de lo que se estaba obligado a conocer o saber y que se debía declarar. Es la culpa injustificada o inaceptable de no declarar según las circunstancias del caso, de la persona o del lugar. Tiene el mismo efecto que el *Dolo*, salvo las excepciones previstas normativamente.

DECLARACIÓN INEXACTA: Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.

DEDUCIBLE: Monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la ASEGURADORA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Deducibles se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Copagos y Deducibles.

DEPORTES PROFESIONALES: Conjunto de actividades deportivas, cuya práctica implica que el ASEGURADO sea compensado económicamente o que participe en competencias deportivas.

DÍAS: Son días naturales. Incluye feriados, sábados y domingos.

DOLO: Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar. Tiene el mismo efecto que la *Culpa inexcusable*, salvo las excepciones previstas normativamente.

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 ASEGURADORA y el CONTRATANTE, según corresponda.

EMERGENCIA MÉDICA: Aparición repentina de una alteración en la salud del ASEGURADO, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro su vida, integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que requiere de atención médica inmediata.

Las Emergencias Médicas pueden ser Accidentales y No Accidentales.

EMERGENCIAS MÉDICAS ACCIDENTALES: Son todas aquellas derivadas de accidentes (fuerza externa y violenta contra la voluntad de la persona) y que ponen en peligro la salud del ASEGURADO como por ejemplo:

- i) Traumatismo: Luxaciones, esguinces, fracturas.
- ii) Heridas cortantes de cualquier etiología.
- iii) Quemaduras de cualquier etiología.
- iv) Mordeduras de animales y picaduras de insectos con reacción alérgica.

EMERGENCIAS MÉDICAS NO ACCIDENTALES: Son todas aquellas emergencias que no derivan de un accidente y que también ponen en peligro la salud del ASEGURADO como por ejemplo:

- i) **CARDIOVASCULARES:** Infarto del Miocardio, Angina de Pecho, crisis hipertensiva, Edema Agudo Pulmonar.
- ii) **RESPIRATORIAS:** Crisis asmática, insuficiencia respiratoria aguda, neumonía y bronquitis aguda.
- iii) **ABDOMINALES:** Cólico vesicular, apendicitis, gastroenterocolitis aguda con deshidratación moderada a severa, obstrucción intestinal, hernias estranguladas, pancreatitis aguda, úlcera péptica sangrante, hemorragias digestivas, perforación de vísceras, peritonitis.
- iv) **RENALES:** Cólico renal, retención urinaria, pielonefritis aguda, insuficiencia renal aguda.
- v) **NEUROLOGICOS:** Convulsiones, accidentes cerebro vasculares (derrame cerebral, hemiplejías).
- vi) **SINDROME FEBRILES:** Fiebre mayor de 38.5 °C (de 0-12 años), fiebre mayor de 39.0 °C (mayores de 12 años).
- vii) **HEMORRAGIAS:** De cualquier etiología, excepto las que se originen por el embarazo.
- viii) **Pérdida de conocimiento súbita.**
- ix) **INTOXICACIONES:** Medicamentosas y/o alimentarias.

Estas emergencias serán determinadas al momento de la atención por el Médico de servicio.

EMEA (EUROPEAN MEDICINES AGENCY): Organización europea que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, de forma similar a la FDA.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Es toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.

ENFERMEDAD CONGENITA NO CONOCIDA: Cualquier condición o malformación presente desde el nacimiento de la persona, que ha transcurrido de forma asintomática y desconocida a lo largo de su vida.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Personal de Salud.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

EXCLUSIONES: Circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por la Póliza de Seguro.

FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION): Organización norteamericana que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, si es que su seguridad y eficacia está probada. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.

HONORARIOS MEDICOS: Se entienden como honorarios médicos exclusivamente los que devengan de profesionales médicos de diferentes especialidades debidamente reconocidas y acreditadas por facultades de medicina y por el Colegio Médico del Perú o sus similares en el extranjero, quedando excluidos de cobertura la facturación directa de honorarios de otros profesionales.

INTERÉS ASEGURABLE: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro, el cual debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: Es el uso juicioso y prudente de la mejor evidencia médica disponible para tomar decisiones que conciernen al cuidado de los pacientes. La evidencia médica se refiere a los resultados de los estudios clínicos realizados a nivel nacional e internacional, cuyas conclusiones y recomendaciones son aplicables al paciente. La práctica de la medicina basada en evidencias se está convirtiendo en el estándar internacional para la práctica de la medicina.

NIVEL DE EVIDENCIA II A: Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos estudios se les denomina NIVELES DE EVIDENCIA, y van en una escala del I (mejor diseño, con conclusiones sólidas) al IV (pobre diseño, sus conclusiones carecen de solidez). El nivel de evidencia "II A", según la clasificación de la "Agency for Healthcare Research and Quality" (institución internacional que vela por la adecuada atención médica), se define como: las conclusiones brindadas proceden de un estudio comparativo, prospectivo, pero sin aleatorizar. Esto significa que el estudio realizado comparó por ejemplo una nueva terapia contra un tratamiento estándar, pero la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones. Por esto el nivel de evidencia "II A" es tomado como límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.

MEDIO HABITUAL DE TRANSPORTE: Servicios autorizados por la Autoridad Competente a los que acceden las personas para movilizarse regularmente, a efectos del desarrollo de sus actividades profesionales o personales.

PÓLIZA DE SEGURO: Es el documento emitido por la ASEGURADORA en el que consta el Contrato de Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: los endosos; las condiciones especiales, si las hubiere; las condiciones particulares; las presentes condiciones generales; las cláusulas adicionales, si las hubiere; la solicitud de seguro, sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda.

En caso de producirse discrepancias entre las condiciones de esta Póliza, queda convenido que las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares y éstas prevalecen sobre las Condiciones Generales del Riesgo contratado.

Cuando se haga referencia a la Póliza de Seguro debe entenderse que es lo mismo que Contrato de Seguro.

PARCIPACION DIRECTA: Acción y efecto la cual implica la forma de hacer, estar, compartir, involucrar, dar, recibir, referir, derivar, con o sin conocimiento de causa de un hecho que afecte a la o las personas involucradas.

PARTICIPACION INDIRECTA: Implica la forma de acción y efecto de saber, ocultar, omitir, encubrir, callar, tapar, excusar, disfrazar el hecho o la acción, el acto con o sin conocimiento de causa de un hecho que afecte a la o las personas involucradas.

PRIMA O PRIMA COMERCIAL: Es el precio del Seguro determinado por la ASEGURADORA, la cual debe ser pagada bajo la forma y plazo establecida en la Póliza. Este precio incluye la Prima Pura de Riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros y el beneficio comercial de la ASEGURADORA. No incluye IGV.

PRIMA NETA: Es la Prima Pura de Riesgo más los cargos de evaluación, administración, producción y redistribución del riesgo.

PRIMA PURA DE RIESGO: Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el Seguro.

PROVEEDORES DE SERVICIOS EN SALUD: Son todos aquellos que prestan servicios en salud sean clínicas, hospitales o instituciones médicas, los cuales otorgan cobertura bajo las condiciones de la Póliza siempre que se encuentren afiliados a nuestra red de proveedores en servicios en salud detallada en el Plan de Beneficios.

RECLAMO: Comunicación que presenta un Usuario a través de los diferentes canales de atención habilitados por la ASEGURADORA, expresando su insatisfacción con el servicio y/o producto recibido.

REEMBOLSO: Cuando el ASEGURADO solicita que la ASEGURADORA por medio de la Póliza contratada, devuelva los gastos que hubiera podido ocasionar una atención por accidente y estos fueron pagados de forma particular.

RETICENCIA: Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.

SALUD: Estado completo de bienestar físico y mental de la persona.

SINIESTRO: Ocurrencia de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.

SOLICITUD DE SEGURO: Constancia de la voluntad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, de contratar el Seguro.

SONAMBULISMO: Estado de una persona que mientras está dormida tiene cierta aptitud para ejecutar algunas funciones correspondientes a la vida de relación exterior, como las de levantarse, andar y hablar.

ARTÍCULO 2°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

La ASEGURADORA se compromete a pagar a los proveedores de servicios en salud los gastos en los que incurra el ASEGURADO o a éste en caso de reembolso, a causa de un accidente que requiera asistencia médica dentro del territorio nacional, de acuerdo con el diagnóstico y las necesidades del tratamiento en los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares de esta Póliza de Seguro y hasta el límite del Beneficio Máximo por Evento por ASEGURADO. De la misma manera, la ASEGURADORA se compromete a cubrir, vía reembolso y a tarifa nacional, los gastos de curación por accidente en el extranjero en los que incurra el ASEGURADO, cuando se trate de la primera atención por emergencia únicamente.

Lo indicado previamente aplica con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Particulares, Cláusulas Adicionales y Endosos, en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro. En ningún caso se otorgará cobertura de un beneficio que no figure en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 3°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO:

- 3.1. El CONTRATANTE se compromete a pagar la prima.
- 3.2. El ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente y de forma exacta la Solicitud de Seguro.
- 3.3. El CONTRATANTE se compromete a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro. El CONTRATANTE podrá acceder a dicha información a través de la página web www.rimac.com.
- 3.4. El CONTRATANTE declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente Contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.

ARTÍCULO 4°.- COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO:

La presente póliza tiene vigencia desde las cero horas (00:00) hasta las cero horas (00:00) de las fechas señaladas en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro y está supeditada a las particularidades señaladas en el Capítulo II del presente documento.

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 debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

La Póliza de Seguro no se renueva automáticamente, esta Póliza tendrá una vigencia de un año.

ARTÍCULO 5°.- SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; Y, CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

A. Solicitud de Modificación de la Póliza:

El CONTRATANTE puede solicitar -por escrito- la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendario, posteriores a su recepción.

Transcurrido el plazo antes indicado sin que medie observación, se tendrá por aceptada la Póliza emitida.

La solicitud de modificación a la que se refiere el primer párrafo del presente artículo, obliga a la ASEGURADORA solo desde que esta comunique al CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso que, la ASEGURADORA no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el CONTRATANTE tiene el derecho de resolver el Contrato de Seguro.

B. Observación de Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza:

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta y/u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE, si no reclama dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la Póliza.

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

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

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

C. Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la ASEGURADORA. La ASEGURADORA entregará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

ARTÍCULO 6°.- CAUSALES DE TERMINACION DE LA PÓLIZA O DEL CERTIFICADO DE SEGURO:

El Contrato de Seguro o el Certificado de Seguro, terminará en caso de que se presenten cualquiera de los siguientes supuestos y conforme a lo detallado a continuación:

A. TERMINACION DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la terminación total del Contrato de Seguro, terminación que se refiere a la Póliza de Seguro grupal, cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- 6.1. Al fallecimiento (persona natural) / extinción (persona jurídica) del CONTRATANTE.
- 6.2. Al finalizar la vigencia de la Póliza.
- 6.3. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

B. TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la terminación del Certificado de Seguro, es decir, del contrato celebrado con el ASEGURADO, cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- 6.4. Al fallecimiento del ASEGURADO, la terminación aplicará para aquel.
- 6.5. Al finalizar la vigencia del Certificado de Seguro.
- 6.6. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Certificado de Seguro.
- 6.7. Por pérdida del vínculo entre el ASEGURADO y el Centro Educativo

En caso se produzca la terminación contractual, la ASEGURADORA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (RESOLUCIÓN DEL CONTRATO Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO):

RESOLUCION CONTRACTUAL

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

A. RESOLUCION DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la resolución total del Contrato de Seguro, de cumplirse alguna de las siguientes causales:

- 7.1 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.2 En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A del presente Condicionado, tendrá derecho a resolverla en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. La resolución podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. El contrato quedará resuelto a los 30 días de comunicada su decisión a la ASEGURADORA. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución

En caso de resolución, el CONTRATANTE tendrá la obligación de comunicar al ASEGURADO esta situación y sus consecuencias.

B. RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la resolución del Certificado de Seguro, es decir, solo para el ASEGURADO cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- 7.3 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.4 Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver el Certificado de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.
- 7.5 Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA por escrito en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Certificado de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Certificado de Seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el Certificado de Seguro, podrá proponer al ASEGURADO modificaciones al Certificado de Seguro, dentro de los límites de la póliza contratada, sujeto al cobro de una extra prima.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a LA ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Certificado de Seguro y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

Asimismo, para los casos en que el ASEGURADO o CONTRATANTE no comuniquen la agravación del riesgo, la ASEGURADORA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i) El CONTRATANTE o ASEGURADO incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Certificado de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
- iv) La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, la ASEGURADORA 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.

- 7.6 Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, en cuyo caso LA COMPAÑÍA tendrá derecho a resolver el Certificado de seguro. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo, sin embargo, subsiste la obligación de pago para los demás beneficiarios.

Para que opere la resolución indicada en el presente numeral, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO o Beneficiario, con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el período efectivamente cubierto, debiendo la ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

- 7.7 Si el ASEGURADO realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al ASEGURADO, una propuesta de revisión (reajuste y/o modificación de primas) del Certificado de Seguro. La propuesta de revisión deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El ASEGURADO tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La ASEGURADORA podrá resolver el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que éstos dieran respuesta a la revisión propuesta. Corresponden a La ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.8 Si el ASEGURADO no cumple con el requisito de asegurabilidad de residir permanentemente en el Perú, un total de nueve meses durante el año de

vigencia de la Póliza de Seguro. Bajo este escenario, la ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro y quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo. La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución podrá ser solicitada por:

- a) El CONTRATANTE (en caso de resolución de la Póliza de Seguro) y/o ASEGURADO (en el caso de la resolución del Certificado de Seguro) en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a los numerales 7.1. y 7.3. Asimismo, EL CONTRATANTE podrá solicitar la resolución del Contrato de Seguro, en caso se presente la causal descrita en el numeral 7.2. precedente.
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.4., 7.5., 7.6, 7.7 y 7.8 precedentes.

Producida la resolución del Contrato de Seguro, por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la ASEGURADORA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del ASEGURADO, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, éstos deberán presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. El plazo con el que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso a favor del ASEGURADO es de treinta (30) días contados desde la fecha en que se haya presentado la solicitud. No resultan aplicables al reembolso de las primas penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

La ASEGURADORA se libera de responsabilidad por los siniestros que se produzcan con posterioridad a la fecha de resolución del Contrato de Seguro o del Certificado de Seguro, según corresponda. Por tanto, la ASEGURADORA no brindará cobertura alguna por gastos incurridos después de la terminación del Seguro o resolución del Contrato o del Certificado de Seguro.

En todos los casos que el ASEGURADO o la ASEGURADORA soliciten la resolución del Certificado de Seguro, la ASEGURADORA deberá informar al CONTRATANTE de dichas resoluciones de certificados, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO.

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el Contrato de Seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir desde el inicio, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato / Certificado y, por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

A. NULIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la nulidad total del Contrato de Seguro, nulidad que se refiere a la Póliza de Seguro grupal:

- 8.1. Si el CONTRATANTE hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.2. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

B. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la nulidad del Certificado de Seguro, es decir, del contrato celebrado con el ASEGURADO:

- 8.3. Cuando el ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.4. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.5. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido la emisión del Certificado de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en el numeral 8.5 precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar de manera fehaciente dicha causal, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro.

Sin perjuicio de la comunicación dirigida al ASEGURADO comunicando la nulidad de su CERTIFICADO DE SEGURO, se comunicará al CONTRATANTE dicha nulidad; ello en virtud a su calidad de CONTRATANTE del Seguro.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con **esta Póliza, quedará**

automáticamente obligado a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.

- b) La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el ASEGURADO realice una declaración inexacta o reticente, si media dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.

ARTICULO 9°.- RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

- 9.1. Si el ASEGURADO realiza una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

- 9.2. Si el ASEGURADO realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:

- (i) **Constatación ANTES que se produzca el siniestro:** La ASEGURADORA presentará al ASEGURADO, una propuesta de revisión del Certificado de Seguro dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el ASEGURADO en un plazo máximo de diez (10) días.

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

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del ASEGURADO, la ASEGURADORA podrá resolver el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- (ii) **Constatación DESPUES que se produzca el siniestro:** La ASEGURADORA reducirá la suma asegurada a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido al real estado del riesgo. De

determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá suma asegurada a pagar.

ARTÍCULO 10°.- PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

- 10.1. Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares o del Certificado de Seguro.
- 10.2. La prima es debida por el CONTRATANTE a la ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el Beneficiario.
- 10.3. El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.
- 10.4. La ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o Beneficiario en caso de siniestro.
- 10.5. Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.
- 10.6. El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.
- 10.7. Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la ASEGURADORA. Cualquier pago realizado al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.
- 10.8. La primas podrán ser objeto de ajuste por actualización en razón de la evolución de la tendencia del mercado nacional e internacional, el índice de

inflación, inclusive de inflación médica, cambios en beneficios, siniestralidad pasada y esperada, las tablas de mortalidad y morbilidad, nuevas tecnologías, edad, evolución de gastos médicos, tarifarios de las proveedor de servicios en salud, siendo que, aquellos ajustes por actualizaciones se realizarán en las renovaciones y/o en la forma definida para tales efectos en la presente Póliza de Seguro.

10.9. EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

i) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-

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

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE y ASEGURADO, de manera cierta y bajo los medios de comunicación pactados: i) que se producirá la suspensión automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el ASEGURADO ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro.

La ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

ii) RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO (FINALIZACIÓN ANTICIPADA).-

LA ASEGURADORA podrá optar por resolver el Certificado durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Certificado se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el ASEGURADO recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado.

(iii) EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO:

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

vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el Certificado queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por el Certificado.

ARTÍCULO 11°.- REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA:

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro y el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido, los intereses moratorios respectivos, los cuales serán debida y previamente informados. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 12°.- SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENDA:

La ASEGURADORA quedará exenta de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho a cobertura o indemnización, además de producirse la resolución del contrato de seguro, si:

- 12.1. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
- 12.2. Si en cualquier tiempo el ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
- 12.3. Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario bajo su complicidad o consentimiento.

El (los) ASEGURADO(s) o el (los) BENEFICIARIO(s) o el (los) heredero(s) legal(es) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s), sin embargo, subsiste el derecho de los demás BENEFICIARIOS o heredero(s) legal(es). En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actué, contando con los poderes legales requeridos para ello, en nombre y representación de los demás ASEGURADOS, BENEFICIARIOS o herederos legales, todos perderán el derecho a ser indemnizados.

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

ARTÍCULO 13º.- INVESTIGACIÓN Y REVISION DE LOS SINIESTROS:

13.1. La ASEGURADORA, bajo su cuenta y costo, podrá –dentro del plazo establecido en el penúltimo párrafo del presente numeral- hacer revisar a los ASEGURADOS por facultativos designados por ella durante el internamiento o atención médica de aquellos en los proveedores de servicios en salud elegidos, o en su domicilio consignado en la presente Póliza o citarlos al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia del pedido de beneficios, previa coordinación respectiva, para lo cual el ASEGURADO tiene que otorgar las facilidades necesarias, caso contrario la ASEGURADORA no procederá al pago del siniestro.

Asimismo, podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los ASEGURADOS.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene la ASEGURADORA para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro, lo cual suspenderá dicho plazo hasta que se presente toda la documentación e información solicitada.

En general la ASEGURADORA, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

13.2. Si cualquier información referente a un ASEGURADO o relacionado con su tratamiento fuera simulado o fraudulento, perderá el ASEGURADO todo derecho a cobertura o indemnización, sin perjuicio de la ASEGURADORA inicie las acciones legales correspondientes y pueda solicitar la resolución contractual.

ARTÍCULO 14º.- SUBROGACIÓN:

Desde el momento que la **ASEGURADORA** preste los servicios de asistencia cubiertos por la Póliza, subroga al **ASEGURADO** en su derecho para repetir contra terceros responsables de cualquier deterioro en la salud física y/o psicológica ocasionados al **ASEGURADO** como consecuencia de un accidente producido y/u ocasionado por un tercero, es decir, la subrogación es respecto de los gastos efectuados por asistencia médica. La subrogación aplicará, de igual forma, contra el médico, en los casos que se presente negligencia médica, mala praxis o complicaciones médicas no esperadas.

El ASEGURADO se obliga a facilitar toda la información y otorgar todos los documentos necesarios para ejercer el derecho de subrogación de la ASEGURADORA así como a concurrir a las citaciones y demás diligencias de carácter personal requeridas por la Ley para la defensa de los intereses materia de subrogación.

El ASEGURADO será responsable ante la ASEGURADORA de cualquier omisión o acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación, en especial y sin excluir otros actos, el recibir pagos de los terceros responsables cuyo derechos han sido subrogados a favor de la ASEGURADORA, obligándose en éste caso, sin perjuicio de las responsabilidades antes aludidas, a devolver lo pagado por la ASEGURADORA hasta por el monto recibido del tercero responsable.

La ASEGURADORA incluirá en la reclamación frente a los terceros los gastos efectuados por asistencia médica y todos aquellos costos propios de la reclamación.

ARTÍCULO 15°.- ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS:

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

- 15.1. **Por vía telefónica:** A través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro o en el Certificado.
- 15.2. **Por escrito:** Mediante carta dirigida a la ASEGURADORA la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el Resumen de la presente Póliza de Seguro o en el Certificado.

Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

ARTÍCULO 16°.- DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) Beneficiario(s), tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y la ASEGURADORA 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 ASEGURADORA.

ARTÍCULO 17°.- DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los Beneficiarios y la ASEGURADORA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o en el Certificado de Seguro.

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

Asimismo, se podrán utilizar los medios pactados en la presente Póliza para remitir las coberturas provisionales, prorrogas y cualquier documento de extensión de cobertura suscritos por las personas autorizadas por la ASEGURADORA, teniendo en cuenta que tienen valor hasta la fecha de vencimiento indicada en dichos documentos o hasta tanto se emitan y suscriban los documentos definitivos que corresponda, lo que ocurra primero.

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

El CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán informar a la ASEGURADORA la variación de sus datos de contacto, en caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio carecerá de valor y efecto para el presente Contrato.

Para los efectos del presente Contrato la ASEGURADORA, el CONTRATANTE y el ASEGURADO señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

ARTÍCULO 18°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral, siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

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

ARTÍCULO 19°.- PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurre el siniestro, o desde la fecha en que se tome conocimiento del beneficio, según corresponda, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 20°.- TRIBUTOS

Todos los tributos presentes que graven las primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la ASEGURADORA y no puedan ser trasladados.

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTÍCULO 21°.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

- 21.1. Se denomina ASEGURADO a la persona incorporada como Estudiante o Docente en la presente Póliza.
- a) Estudiantes: Son asegurables conforme a esta Póliza los estudiantes del Centro Educativo, y bajo cualquier modalidad.
 - b) Docentes: Son asegurables conforme a esta Póliza los Docentes del Centro Educativo sobre el cual se contrate la presente Póliza siempre y cuando los estudiantes del centro educativo estén asegurados.
- 21.2. Para gozar del beneficio que otorga esta Póliza, se requerirá siempre que los ASEGURADOS, los cuales pueden ser estudiantes y docentes, residan permanentemente en el Perú, un total de nueve meses durante el año de vigencia, de lo contrario será de aplicación lo estipulado en el acápite 7.10. del artículo 7° del Capítulo I de las presentes Condiciones Generales.
- 21.3. Cuando el ASEGURADO pierda su calidad de tal, los beneficios del Seguro terminan únicamente respecto de dicha persona.

ARTÍCULO 22°.- PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN:

- 22.1 El CONTRATANTE se obliga a informar a la ASEGURADORA la solicitud de inscripción de todas aquellas personas que deseen ser incorporadas en la presente Póliza, acompañando en todos los casos la Solicitud de Seguro, previa aceptación de la ASEGURADORA. De igual forma comunicará a la ASEGURADORA respecto a los ASEGURADOS que deben ser excluidos.
- 22.2 Los nuevos ASEGURADOS que se inscriban después de entrar en vigencia el Contrato de Seguro, quedarán asegurados a partir de la fecha establecida en el Endoso o Certificado de Seguro previa aceptación de la ASEGURADORA.
- 22.3 Las exclusiones de los ASEGURADOS surtirán efectos a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de aquella solicitud y bajo ningún concepto se realizarán en forma retroactiva.
- 22.4 En los casos en que se retire y/o excluya a un ASEGURADO, se puede solicitar su nueva inscripción quedando asegurado a partir de la fecha establecida en el Endoso o Certificado correspondiente, sujeto a previa aceptación de la ASEGURADORA.

ARTÍCULO 23°.- CONTINUACIONES DE TRATAMIENTO POST EMERGENCIA DE PÓLIZAS NO EMITIDAS PORQUE EL CONTRATANTE DECIDE NO CONTINUAR CON LA ASEGURADORA

Si el Contrato de Seguro se extingue (finaliza la vigencia de la póliza) o se resuelve, y el CONTRATANTE presenta casos de ASEGURADOS que requieren continuación de tratamiento post emergencia, la ASEGURADORA solicitará un informe médico en el que se detalle el accidente inicial y futuros tratamientos, con el fin de poder identificar si las continuaciones solicitadas se relacionan con la emergencia inicial cubierta por la ASEGURADORA estando vigente la póliza. Si se determina que la emergencia inicial fue cubierta por la ASEGURADORA y hay pertinencia médica en las continuaciones, se seguirá atendiendo al ASEGURADO hasta que se determine médicamente el alta y/o hasta consumir el 100% del monto establecido por concepto de Beneficio Máximo por evento indicado en el Plan de Beneficios determinado para la atención de estos casos.

ARTÍCULO 24°.- BENEFICIO MÁXIMO POR EVENTO POR ASEGURADO:

La suma de todos los gastos cubiertos por la ASEGURADORA incurridos durante la vigencia de la Póliza por cada ASEGURADO por accidente, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo por Evento por ASEGURADO indicado en el Plan de Beneficios del Certificado de Seguros.

El término “Gastos Cubiertos” según se emplea en la póliza se refiere a los gastos usuales, acostumbrados y razonables, incurridos por un ASEGURADO, y tomando como base los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar para coberturas que se brinden en el territorio nacional y únicamente para la primera atención por emergencia de gastos incurridos por el ASEGURADO en el extranjero, hasta los límites señalados en el Plan de Beneficios.

Al término del monto del Beneficio Máximo por Evento, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo por Evento por ASEGURADO para los accidentes futuros que pudieran presentarse. La rehabilitación del Beneficio Máximo por Evento no aplicará para seguir cubriendo Gastos de Curación por el accidente cuyo Beneficio Máximo por Evento ya se agotó.

Cuando a la presente Póliza apliquen Cláusulas Adicionales, aquellas tendrán sus propios límites y en caso de no consignarlo, su límite será el Beneficio Máximo por ASEGURADO por accidente.

El tipo de atención aplicable a cada cobertura, bajo crédito o reembolso, se establecerá en el presente documento o en el Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 25º.- COBERTURAS:

Esta póliza cubre los gastos de curación por emergencia inicial y atenciones post-emergencia, siempre que su causa única y directa fuera un accidente que no se encuentre excluido en la presente Póliza y se manifieste dentro de los plazos detallados más adelante, bajo los términos y condiciones detallados en el Plan de Beneficios del ASEGURADO.

Se entiende por los gastos de curación por accidente a los gastos efectivamente realizados por concepto de honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, pruebas y exámenes médicos, requeridos por el ASEGURADO y que no se encuentren excluidos en la presente Póliza.

Queda claro, que se podrán adicionar más coberturas a los gastos de curación producidos por un accidente que se refieren los párrafos precedentes, las cuales serán incluidas mediante Cláusulas Adicionales, y siempre y cuando estén indicadas en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de proveedores de servicios en salud afiliados al Plan de Beneficios del ASEGURADO.

Se deja constancia que la cobertura de Gastos de Curación por Accidente, se otorga hasta la total recuperación del ASEGURADO. En virtud de ello, cualquier acto u omisión en la continuación del tratamiento por parte del ASEGURADO, y que dicha acción conlleve a una agravación del estado de salud del mismo, el otorgamiento de la continuación de la cobertura por el evento inicialmente cubierto, será rechazado por cuanto se está presentando un evento del cual la ASEGURADORA no tenía conocimiento al momento de otorgar la cobertura al inicio de la solicitud por parte del ASEGURADO.

ARTÍCULO 26º.- EXTENSIÓN DEL SEGURO:

El presente seguro cubre contra las consecuencias producidas directa y exclusivamente por accidentes que pudieran ocurrir al ASEGURADO, dentro y fuera del centro educativo y en cualquier horario.

El presente seguro cubre los siniestros producidos en las siguientes situaciones:

- a) En el curso de su vida privada.
- b) Durante la permanencia en cualquier lugar del mundo para gastos de curación, siempre que se trate de la primera atención por emergencia y vía reembolso.

Asimismo, el presente seguro cubre entre otros supuestos los siguientes:

- c) Los casos de rabia o reacción alérgica producidos por mordeduras de animales o picaduras de insectos venenosos exceptuándose de cobertura, las

- enfermedades infecciosas transmitidas por éstos cuando resultaren vectores de enfermedades. Por lo tanto, no tienen cobertura los descartes o tratamientos de malaria, fiebre amarilla, dengue, bartonelosis y leishmaniasis.
- d) El carbunco o tétanos de origen traumático.
 - e) Las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa causada por un accidente cubierto por la presente Póliza y según lo estipulado en el inciso G del presente artículo.
 - f) Los causados por esfuerzo repentino como fracturas, luxaciones articulares y distensiones, laceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias, várices, hernias).
 - g) Los que resulten del ejercicio de la legítima defensa del ASEGURADO legalmente establecida.

ARTÍCULO 27º.- EXCLUSIONES:

Queda excluido de la cobertura de la presente Póliza las lesiones o accidentes que el ASEGURADO sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- 27.1 Cualquier enfermedad corporal o mental y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes conforme la presente Póliza.
- 27.2 Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza) y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo al CIE-10).
- 27.3 Los llamados “Accidentes Médicos”, siendo aquellos los siguientes: apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos; así como los casos de negligencia o impericia médica. Queda también excluidos de cobertura aquellos accidentes originados por la repercusión o consecuencia de eventos, episodios o crisis de estos “Accidentes Médicos”.
- 27.4 Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, intoxicaciones y envenenamientos sistemáticos. Intoxicaciones alimenticias o las causadas por reacciones adversas a medicamentos que hubiesen resultado de la toma de éstos por causas no relacionadas a diagnósticos de causa accidental cubierto por la presente Póliza. Los descartes o tratamientos de enfermedades infecciosas transmitidas por insectos cuando resultaren vectores de enfermedades siendo aquellas las siguientes: malaria, fiebre amarilla, dengue, bartonelosis y leishmaniasis.
- 27.5 Las complicaciones médicas de embarazos o partos. No obstante, en el caso que un accidente produzca complicaciones médicas que deriven en un

aborto, los gastos del mismo, incluyendo el legrado uterino como consecuencia de éste, será materia de cobertura de esta Póliza. De otro lado, en el caso que un accidente provoque el parto sea natural o por cesárea, los gastos incurridos no serán materia de la cobertura de este Seguro.

- 27.6 Cualquier tipo de accidente ocurrido cuando el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia del alcohol y/o drogas (sin importar su grado de presencia en la sangre) o en estado de sonambulismo y aquello sea el acto generador del siniestro. Están considerados dentro de esta exclusión los accidentes relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o consumo de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, narcóticos o fármacos con efectos alucinógenos. En el caso específico de accidentes de tránsito, y con relación a bebidas alcohólicas, se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de sangre tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado mayor a 0.5gr./Lt. En caso que la muestra para el dosaje etílico no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15gr./Lt desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- 27.7 Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos que hayan constituido la causa del siniestro; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; servicio militar; así como participación activa en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 27.8 Suicidio, auto mutilación o autolesión.
- 27.9 Por acto delictivo contra el ASEGURADO cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero legal, dejando a salvo el derecho a recibir el Beneficio Máximo Anual de los restantes Beneficiarios o herederos legales, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
- 27.10 Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
- 27.11 Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación

nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.

- 27.12 Los accidentes que se produzcan en la práctica de las siguientes actividades o deportes, ya sean realizados de manera profesional (practicados o desarrollados en competencias deportivas y se haya recibido remuneración, compensación alguna o premio, por el desarrollo o práctica de estos) o no profesional: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación directa o indirectamente en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación directa o indirectamente en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.
- 27.13 Los accidentes que se produzcan en la práctica de las siguientes actividades o deportes siempre y cuando estos hayan sido realizados de manera profesional (practicados o desarrollados en competencias deportivas y se haya recibido remuneración, compensación alguna o premio, por el desarrollo o práctica de estos) o no profesional: Atletismo, Bochas, Bolos, Fútbol, Fulbito, Béisbol, Básquetbol, Vóleibol, Ciclismo, Deportes Náuticos a Vela y a Motor, Tabla Hawaiana, Esgrima, Gimnasia (incluyendo el uso de máquinas de gimnasio), Polo, Skate Board, Canotaje siempre y cuando sea un paseo guiado, Concursos o Prácticas Hípicas, Equitación, Golf, Handball, Hockey, Natación, Rugby, Softball, Patinaje, Pelota a Paleta, Pelota Vasca, Pesca (incluida submarina y/o en alta mar), Remo, Tenis, Box, Waterpolo, Artes Marciales, Esquí Acuático o en Arena y Escalamiento en Palestra, salvo que se haya contratado la Cláusula Adicional de Cobertura de Gastos de Curación por práctica de deportes no realizados de manera profesional, en cuyo caso solo quedarían excluidos estos deportes en tanto se hayan practicado de manera profesional.
- 27.14 Actos que infrinjan las leyes o reglamentos vigentes, en tanto estos constituyan los actos generadores del siniestro.
- 27.15 Conducción de autos, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas y cualquier otro vehículo motorizado en incumplimiento de la normatividad vigente aplicable a los conductores, pasajeros o vehículos motorizados, en la vía pública, como acto generador del siniestro.
- 27.16 El uso como pasajero o conductor de cualquier medio habitual para el transporte público de personas ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo en vehículos de propiedad de empresas comerciales o no, que no

tengan itinerarios regulares y fijos, salvo se indique lo contrario en el Plan de Beneficios.

- 27.17 El uso como pasajero de aviones y/o helicópteros particulares o no, inclusive de las Fuerzas Armadas, por viajes eventuales, salvo se indique lo contrario en el Plan de Beneficios.
- 27.18 Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

Adicionalmente está excluido de cobertura:

- 27.19 Aparatos y equipos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para várices, audífonos, implantes dentales de titanio. No se cubren equipos médicos durables como oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas. Asimismo, no se cubre el cuidado por enfermeras y/o técnicas o auxiliares de enfermería especiales y particulares.
- 27.20 Cirugía plástica o estética y tratamiento de cicatrices queloides. Tampoco cubre tratamiento de secuelas producto del accidente y trasplantes de órganos requeridos como consecuencia del accidente.
- 27.21 Todo medicamento y/o tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba o cuya indicación no esté específicamente aprobada por la FDA (Food and Drug Administration- USA) o EMEA (European Medicines Agency) para el diagnóstico en evaluación.
- 27.22 Sangre y derivados (plasma, albúmina, paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación), excepto las pruebas de compatibilidad. No están cubiertas las pruebas a los donantes. Están excluidos los equipos de auto transfusión.
- 27.23 Los gastos, que según las leyes vigentes, deben ser cubiertos por los seguros obligatorios de ley; en cuyo caso, la cobertura de la presente Póliza se aplicará para los gastos o exceso de los gastos no cubiertos por los seguros obligatorios vigentes, siempre que dichos gastos no estén expresamente excluidos o no cubiertos según los términos y condiciones de esta Póliza.
- 27.24 El uso de los siguientes insumos o procedimientos: autoinjerto tendón rotuliano, injertos óseos (aloinjerto o hueso desmineralizado), instrumentación columna (salvo en los casos que esté aprobado por la ASEGURADORA), jaulas inter somáticas, malla nazca, malla safyre, mapeo cerebral, nucleoplastia, radiofrecuencia bipolar, rapid lock, Transfix, Rigidfix.

- 27.25 Los gastos odontológicos y oftalmológicos por accidente, excepto que se contrate una Cláusula Adicional con dicha cobertura.
- 27.26 Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo.
- 27.27 Cualquier tipo de accidente que ocurra debido al incumplimiento de las Normas y Reglamentos de Seguridad establecidos por las autoridades competentes, siempre que dicho incumplimiento sea la causa del siniestro.

ARTÍCULO 28º.- ATENCIÓN DE EMERGENCIA ACCIDENTAL INICIAL:

28.1 ATENCION DE EMERGENCIA ACCIDENTAL INICIAL (CREDITO O REEMBOLSO):

Para los casos de Emergencia Accidental por vía crédito (ANTES), la ASEGURADORA brindará la cobertura de atención de emergencia accidental inicial, por medio de la red de proveedores de servicios de salud descrito en el Plan de Beneficios, siempre que el ASEGURADO se haya presentado en cualquier proveedor de servicios en salud de dicha red, dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el accidente. Asimismo, en caso que se requiera realizar cualquier coordinación, se deberá comunicar con la Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111.

En los casos de accidentes producidos por hechos a raíz de huelga, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo, en tanto el ASEGURADO no haya participado activamente de estos eventos, y en los casos de accidentes producidos por terremoto y/o temblor y/o huaycos y/u otro fenómeno de la naturaleza, el ASEGURADO está en la obligación de acudir al proveedor de servicios en salud inmediatamente ocurrido el accidente y hasta en un máximo de veinticuatro (24) horas de producido el accidente.

Para los casos de atenciones de emergencia accidental vía crédito, resulta exigible presentar en el proveedor de servicios de salud, el Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carnet del Seguro que acredita su condición de Asegurado.

Para los casos de Reembolso (DESPUES) aplicables para la primera Atención de Emergencia Accidental Inicial, el ASEGURADO deberá presentar los documentos que se detallan en el acápite denominado "Solicitud de Cobertura y Pago de Siniestro".

ARTICULO 29° AVISO DE SINIESTRO.

En caso que la Emergencia Accidental Inicial se haya prestado bajo la modalidad de reembolso, se deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda.

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

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

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

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

ARTICULO 30° SOLICITUD DE COBERTURA Y PAGO DE SINIESTRO

30.1 REEMBOLSO DE GASTOS (SOLO APLICABLE PARA ATENCION DE EMERGENCIA ACCIDENTAL INICIAL)

Para los casos de Reembolso (DESPUES) **aplicables para la primera Atención de Emergencia Accidental Inicial**, el ASEGURADO deberá presentar los documentos que se detallan a continuación:

- a) Copia Certificada de la Denuncia Policial, la cual deberá ser interpuesta inmediatamente producido el hecho, y solo en caso de accidentes de tránsito y/o para los casos de riñas, peleas, u otros en los que participe el ASEGURADO y terceras personas, aún se trate de legítima defensa o para lesiones corporales causadas por terceros.
- b) Original de la Hoja de Denuncia de Accidentes debidamente llenada por el ASEGURADO, y firmada y sellada por el Centro Educativo y el Médico tratante, en la cual se detalle las circunstancias del accidente. En caso que el Centro Educativo se encuentre en periodo vacacional,

el ASEGURADO deberá comunicarse con su Corredor de Seguros a fin de comunicar dicha situación a la ASEGURADORA.

- c) Originales de los Recibo por Honorarios Profesionales Médicos a nombre del paciente, con el sello de “cancelado”.
- d) Originales de las Facturas de farmacia y/o exámenes especiales a nombre de Rímac Seguros y Reaseguros (RUC N° 20100041953), originales de las recetas, órdenes del médico para exámenes y de los resultados obtenidos.
- e) Copia Fedateada de los exámenes auxiliares practicados.

Las atenciones sucesivas deben ser atendidas dentro de la red de proveedores afiliados por vía crédito, señalados en el Plan de Beneficios.

Los reembolsos serán cubiertos y reconocidos en base a los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar y que estén indicados en el Plan de Beneficios (se tomará como referencia el tarifario Rimac Seguros, disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe).

30.2 SOLICITUD DE COBERTURA DE GASTOS DE CURACIÓN POST EMERGENCIA (ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA POR CREDITO)

Para la ATENCIÓN AMBULATORIA DEL ASEGURADO, por continuación de una Emergencia Accidental cubierta por la Póliza, el ASEGURADO debe presentar al proveedor de servicios en salud lo siguiente:

- a) Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por el Centro Educativo y que debe encontrarse debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo. En caso el Centro Educativo se encontrase en período vacacional, la Hoja de declaración de Accidente podrá tener la firma de la Coordinadora Clínica de la ASEGURADORA en el proveedor de servicios, y se deberá indicar en este documento que las oficinas administrativas del Centro Educativo están en período vacacional.
- b) Copia Certificada de la Denuncia Policial, si fuera el caso de accidente de tránsito o producto de un ilícito penal como robo, terrorismo, entre otros, salvo que dicho documento haya sido presentado para el trámite de reembolso de la atención de la emergencia accidental.

Para la ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL ASEGURADO, por continuación de una Emergencia Accidental cubierta por la Póliza, el ASEGURADO debe presentar al proveedor de servicios en salud lo siguiente:

- a) Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por el Centro Educativo y que debe encontrarse debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo. En caso el

Centro Educativo se encuentre en período vacacional, la Hoja de declaración de Accidente podrá tener la firma de la Coordinadora Clínica de la ASEGURADORA en el proveedor de servicios, y se deberá indicar en este documento que las oficinas administrativas del Centro Educativo están en período vacacional.

- b) Denuncia policial si fuera el caso de accidente de tránsito o producto de un ilícito penal como robo, terrorismo, entre otros, salvo que dicho documento haya sido presentado para el trámite de reembolso de la atención de la emergencia accidental.

30.3 PAGO DE SINIESTRO

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del reembolso dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la Solicitud de Reembolso completa. Dicho período comprende:

- a) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones y/o precisiones respecto de la documentación e información presentada.
- b) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

La ASEGURADORA puede solicitar al ASEGURADO una prórroga del plazo para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias del reembolso. Asimismo, cuando la ASEGURADORA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficiente 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 ASEGURADORA podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, dentro de los referidos treinta (30) días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el reembolso la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para reintegrar los gastos al ASEGURADO. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.

En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reintegro de los gastos será realizado a los Beneficiarios del ASEGURADO.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

1.- GASTOS ODONTOLÓGICOS POR ACCIDENTE (CRÉDITO)

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura está limitada a amparar los gastos de curación, restauración y reposición de piezas dentales con coronas o prótesis dentales, dañadas única y exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza que pueda sufrir el ASEGURADO.

Esta cobertura será otorgada a nivel nacional, y es requisito que el ASEGURADO acuda con su Documento de Identidad, al proveedor de servicios de salud más cercano a fin de obtener atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de haberse producido el siniestro.

En caso que el ASEGURADO requiera realizar un cambio de centro odontológico con la finalidad de continuar con el tratamiento de la emergencia inicial, deberá ser previamente aprobado por la ASEGURADORA, y siempre que el cambio de Centro Odontológico sea a cualquiera de los indicados en el Plan de Beneficios.

El ASEGURADO deberá solicitar mediante correo el cambio del proveedor en el que se atendió inicialmente la emergencia, indicando las razones del cambio y la razón social del proveedor especializado en odontología en el que desea seguir las continuaciones de emergencia, con el fin de que la ASEGURADORA realice las coordinaciones y proceda el cambio solicitado.

Una vez confirmada la aprobación del cambio de proveedor por parte de la ASEGURADORA, el ASEGURADO deberá presentarse en el proveedor elegido y presentar los siguientes documentos:

- a) Documento Nacional de Identidad (DNI).
- b) Hoja de declaración de Accidente debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo. En caso que el Centro Educativo se encuentre en período vacacional, el ASEGURADO deberá llamar a la Central de Consultas de la ASEGURADORA (Telef. 411-3000) a fin de gestionar la autorización de la Hoja de Declaración de Accidente sin la firma del Centro Educativo, debido a que éste último se encuentra en período vacacional. Las Hojas de Declaración de Accidente estarán disponibles en: (i) La página web de la ASEGURADORA (www.rimac.com/personas-salud en link "Temas Relacionados") y en el Centro Educativo.
- c) Denuncia policial si fuera el caso de accidente de tránsito o producto de un ilícito penal como robo, terrorismo, entre otros.

Los gastos odontológicos por accidente no serán reconocidos por el sistema de reembolso. De esta manera, los gastos odontológicos por accidente serán cubiertos sólo mediante crédito.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

2.- GASTOS OFTALMOLÓGICOS POR ACCIDENTE (CRÉDITO)

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura está limitada a cubrir los gastos de curación de las lesiones oftalmológicas que pueda sufrir el ASEGURADO única y exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza.

Esta cobertura será otorgada a nivel nacional, y es requisito que el ASEGURADO acuda con su Documento de Identidad, al proveedor de servicios de salud más cercano a fin de obtener atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de haberse producido el siniestro.

En caso que el ASEGURADO requiera realizar un cambio de Centro Oftalmológico con la finalidad de continuar con el tratamiento de la emergencia inicial, deberá ser previamente aprobado por la ASEGURADORA, y siempre que el cambio de Centro Oftalmológico sea a cualquiera de los indicados en el Plan de Beneficios.

El ASEGURADO deberá solicitar mediante correo el cambio del proveedor en el que se atendió inicialmente la emergencia, indicando las razones del cambio y la razón social del proveedor especializado en oftalmología en el que desea seguir las continuaciones de emergencia, con el fin de que la ASEGURADORA realice las coordinaciones y proceda el cambio solicitado.

Una vez confirmada la aprobación del cambio de proveedor por parte de la ASEGURADORA, el ASEGURADO deberá presentarse en el proveedor elegido y presentar los siguientes documentos:

- a) Documento Nacional de Identidad (DNI).
- b) Hoja de declaración de Accidente debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo. En caso que el Centro Educativo se encontrase en período vacacional, el ASEGURADO deberá llamar a la Central de Consultas de la ASEGURADORA (Telef. 411-3000) a fin de gestionar la autorización de la Hoja de Declaración de Accidente sin la firma del Centro Educativo, debido a que éste último se encuentra en período vacacional. Las Hojas de Declaración de Accidente estarán disponibles en: (i) La página web de la ASEGURADORA (www.rimac.com/personas-salud en link "Temas Relacionados") y en el Centro Educativo.
- c) Denuncia policial si fuera el caso de accidentes de tránsito o producto de un ilícito penal como robo, terrorismo, entre otros.

Los gastos oftalmológicos por accidente no serán reconocidos por el sistema de reembolso. De esta manera, los gastos oftalmológicos por accidente serán cubiertos sólo mediante crédito.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

3.- TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN AVIÓN COMERCIAL POR EMERGENCIA ACCIDENTAL (CRÉDITO O REEMBOLSO)

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura consiste en la evacuación mediante avión comercial, que sea estrictamente necesaria para preservar la vida del ASEGURADO, la cual aplicará solamente en caso de vuelos regulares y comerciales dentro del territorio nacional, debido a un accidente ocurrido en lugares donde no se cuente con la infraestructura médica necesaria para brindar la atención médica requerida.

Este beneficio sólo se otorga al momento de ocurrido el accidente y no están incluidas las evacuaciones programadas, por continuaciones de tratamiento o cuando no está en riesgo la vida del ASEGURADO.

Dada la naturaleza de esta cobertura, ASEGURADO deberá llamar al 411-1111 dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el accidente para solicitar la activación de la cobertura y deberá mandar la documentación médica que justifique el uso de la misma vía correo electrónico a alorimac@rimac.com.pe o de manera física, teniendo en cuenta la premura de la atención.

La ASEGURADORA deberá pronunciarse respecto al otorgamiento de esta cobertura dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de haber recibido la documentación médica que justifique el uso de esta cobertura. Esta cobertura no contempla los gastos incurridos para el retorno al lugar de residencia o de origen del vuelo, respecto del asegurado y su acompañante.

Este beneficio podrá ser otorgado vía crédito o reembolso hasta un límite de nueve asientos (a nivel nacional).

Se deberán presentar los siguientes documentos sustentatorios para proceder con el reembolso de los gastos incurridos, además de la documentación médica que justifique el uso de la cobertura, y el límite a reembolsar estará sujeto a la aplicación del tarifario de la ASEGURADORA.

- Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO.
- Facturas originales detalladas del proveedor utilizado, emitidas a nombre de Rimac Seguros y Reaseguros RUC 20100041953.
- Original de la Constancia de Estudios del alumno ASEGURADO. En caso que las labores administrativas del Centro Educativo estén período vacacional,

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes y condiciones establecidas en la Póliza de Seguro.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

4.- SEGUNDA Y TERCERA OPINIÓN MÉDICA (CRÉDITO)

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

En caso el ASEGURADO requiera una consulta médica con otro médico especialista para obtener una Segunda Opinión Médica y hasta una Tercera Opinión Médica por una cirugía cubierta por esta Póliza, este beneficio deberá ser previamente solicitado y coordinado con la ASEGURADORA. El ASEGURADO deberá presentar una solicitud formal, mediante correo electrónico a atencionalcliente@rimac.com.pe explicando las razones de dicho requerimiento en caso no encuentre satisfactorias las conclusiones de la primera o segunda consulta médica. La ASEGURADORA dará respuesta al ASEGURADO, indicándole una terna de opciones a elegir, en un plazo máximo de 2 días.

Esta cobertura se otorga a nivel nacional, vía crédito ambulatorio.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

5.- COBERTURA DE GASTOS DE CURACIÓN POR HUELGA, CONMOCIÓN CIVIL, DAÑO MALICIOSO, VANDALISMO Y TERRORISMO (CRÉDITO)

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura de gastos de curación a consecuencia de accidentes producto de huelga, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo, eventos donde no participe directamente el ASEGURADO, será otorgada vía crédito y a nivel nacional, y es requisito que el ASEGURADO acuda al proveedor de servicios de salud más cercano a fin de obtener atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de haberse producido el siniestro.

Esta cobertura será otorgada sólo si el ASEGURADO no participa como miembro activo o tenga participación directa en estos actos, siendo éste el tercero afectado.

Para proceder con la cobertura, el ASEGURADO deberá presentarse en el proveedor elegido y presentar los siguientes documentos:

- a) Documento Nacional de Identidad (DNI).
- b) Denuncia policial, la cual podrá ser regularizada con posterioridad dada la necesidad del ASEGURADO de contar con la atención médica inmediatamente. Este documento será requisito indispensable para las continuaciones de atención post emergencia inicial.

Para el caso de continuaciones de atención post emergencia inicial, el ASEGURADO deberá presentar adicionalmente la Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por el Centro Educativo y que debe encontrarse debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo. En caso el Centro Educativo se encuentre en período vacacional, la Hoja de declaración de Accidente podrá tener la firma de la coordinadora clínica y se deberá indicar en este documento que las oficinas administrativas del Centro Educativo están en período vacacional.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los toques, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**6.- COBERTURA DE GASTOS DE CURACIÓN POR TERREMOTO Y/O
TEMBLOR Y/O HUAYCOS Y/O TSUNAMIS Y/O INUNDACIONES (CRÉDITO)**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura de gastos de curación por lesiones corporales resultantes de los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremoto, temblor, huaycos, tsunamis e inundaciones; será otorgada vía crédito y a nivel nacional, y es requisito que el ASEGURADO acuda al proveedor de servicios de salud más cercano a fin de obtener atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de haberse producido el siniestro.

Para proceder con la cobertura, el ASEGURADO deberá presentarse en el proveedor elegido y presentar los siguientes documentos:

- a) Documento Nacional de Identidad (DNI).

Para el caso de continuaciones de atención post emergencia inicial, el ASEGURADO deberá presentar adicionalmente la Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por el Centro Educativo y que debe encontrarse debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo. En caso el Centro Educativo se encuentre en período vacacional, la Hoja de declaración de Accidente podrá tener la firma de la coordinadora clínica y se deberá indicar en este documento que las oficinas administrativas del Centro Educativo están en período vacacional.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**7.- COBERTURA HOSPITALARIA VÍA CRÉDITO PARA SITUACIONES NO
ORIGINADAS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Las condiciones de cobertura, así como la suma asegurada aplicable a esta cobertura, se encuentran especificadas en el Plan de Beneficios. Las enfermedades o diagnósticos cubiertos serán las siguientes: (1) Cáncer, (2) Abdomen agudo quirúrgico, limitado a las siguientes causas: Apendicitis aguda y/o Peritonitis, Quiste de ovario a pedículo torcido; Torsión testicular, y Obstrucción intestinal sin hernia, (3) Hemorragia subaracnoidea, secundaria a: Aneurisma y Malformación arterio venosa.

Sólo se encontrarán cubiertos los gastos médicos por hospitalización de las enfermedades señaladas en el Plan de Beneficios, siempre que no sean enfermedades preexistentes a la incorporación del ASEGURADO a la presente Póliza.

La presente cobertura sólo podrá ser brindada en los proveedores de servicios de salud descritos en el Plan de Beneficios.

Para proceder con la cobertura, el ASEGURADO deberá presentarse en el proveedor elegido y presentar los siguientes documentos:

- a) Documento Nacional de Identidad (DNI).
- b) Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por el Centro Educativo y que debe encontrarse debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo. En caso el Centro Educativo se encuentre en período vacacional, la Hoja de declaración de Accidente podrá tener la firma de la coordinadora clínica y se deberá indicar en este documento que las oficinas administrativas del Centro Educativo están en período vacacional.

Esta cobertura está limitada a cubrir los gastos médicos bajo el sistema de crédito, para lo cual, el proveedor de servicios en salud elegido deberá tramitar la respectiva carta de garantía y deberá ser autorizada por la ASEGURADORA. La carta de garantía podrá ser solicitada siempre que la atención haya sido realizada en un proveedor de servicios de salud descrito en el Plan de Beneficios y dentro del plazo de cuarenta y ocho (48) horas de anticipación en caso de ser hospitalización programada, o al momento de la admisión hospitalaria, en caso se trate de una emergencia.

No serán cubiertos los gastos efectuados por el sistema de reembolso o sin la autorización de la ASEGURADORA para proceder con la emisión de la carta de garantía.

No se considerará como enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de un Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente, siempre y cuando (i) el ASEGURADO solicite la contratación de la presente Póliza en el plazo de 120 (ciento veinte) días calendario contados a partir del término del contrato que cubrió el período inmediatamente anterior, (ii) que haya declarado sus preexistencias a la ASEGURADORA en forma previa, y (iii) que el ASEGURADO haya aceptado la sobreprima de seguro que sea informada por la ASEGURADORA, en atención a las preexistencias que serán cubiertas.

En tal sentido, la exclusión por enfermedad preexistente señalada en el Condicionado General, no regirá para el ASEGURADO que se encuentre dentro del supuesto señalado en el párrafo anterior.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Se considera preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Personal de Salud – DPS.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

La ASEGURADORA puede solicitar informes médicos adicionales o informes al médico tratante o pueda hacer evaluar a los Solicitantes del Seguro o ASEGURADOS por facultativos designados por ella, con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad. Las enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, incluso después de haber recibido algún tratamiento, son consideradas como no resueltas.

Sin perjuicio del anterior detalle, toda enfermedad resuelta o no, tendrá que pasar un proceso de suscripción con intervención del área médica de la ASEGURADORA a efectos de su evaluación.

Si la Enfermedad Preexistente de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de origen, tuvo como cobertura principal una de indemnización, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes respecto de aquella cobertura indemnizatoria. Pero esa misma Enfermedad Preexistente si tendría continuidad de cobertura para las demás coberturas del seguro (siempre que tampoco sean indemnizatorias), previo cumplimiento de los requisitos establecidos en líneas arriba.

Se deja constancia que los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su reglamento y normas complementarias.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

8.- GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL DEL PADRE O MADRE O TUTOR LEGAL (REEMBOLSO)

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura no tiene carácter indemnizatorio y reembolsa los gastos incurridos de sepelio por muerte accidental del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:

- El padre o madre o tutor legal, debe ser el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.
- La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matrícula en el Centro Educativo.
- La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.

El BENEFICIARIO deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, sin embargo, por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

Deberá presentar los siguientes documentos:

- Copia Certificada de la Partida de Nacimiento del ASEGURADO, en caso de muerte accidental del padre o madre del ASEGURADO.
- En caso de muerte del Tutor Legal, documento que acredite su condición, conforme a lo dispuesto por la normatividad vigente.
- Copia Certificada del Acta de Defunción.
- Facturas originales detalladas de la agencia funeraria, emitidas a nombre de Rimac Seguros y Reaseguros RUC 20100041953.
- Copia Certificada del Parte o Atestado Policial o Informe Policial, en caso corresponda.
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya practicado.
- Original de la Constancia de estudios del estudiante ASEGURADO.
- Constancia de haber sido declarado como responsable económico al momento de tomar el seguro del padre o madre o tutor legal.

El documento descrito en el último punto precedente, es obligatorio para proceder con la presente cobertura adicional. Por tanto, se deja constancia que, en caso que la presente cobertura sea solicitada durante el período vacacional del Centro Educativo, dicha situación podría ser impedimento para obtener el documento antes señalado, y por lo tanto, la cobertura no podría ser brindada hasta una vez que se reinicien las actividades educativas en el Centro Educativo.

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia de la solicitud dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la misma. Dicho período comprende:

- i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones, precisiones y realizar investigaciones respecto de la información contenida en la documentación presentada.
- ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

Asimismo, cuando la aseguradora 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, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para proceder al pago de la cobertura.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes y condiciones adscritas al Plan de Beneficios.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

9.- PAGO DE LA PENSIÓN ESTUDIANTIL POR MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DEL PADRE O MADRE O TUTOR LEGAL (CRÉDITO O REEMBOLSO)

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura consiste en el pago de la pensión a favor del Centro Educativo por muerte accidental o invalidez permanente total a consecuencia de un accidente del padre o madre o tutor legal del asegurado, sólo por los meses que resten para la finalización del año de estudio lectivo, desde la fecha de ocurrencia del accidente del padre o madre o tutor legal, hasta el máximo de meses estipulado en el Plan de Beneficios que forma parte de esta Póliza.

Esta cobertura será efectiva sólo cuando ocurra la muerte accidental o la invalidez permanente total a consecuencia de un accidente del padre o madre o tutor legal, debidamente inscrito al inicio del seguro, y cumpla con las siguientes condiciones:

- El padre o madre o tutor legal debe ser el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.
- La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matrícula en el Centro Educativo.
- La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.

En ningún caso este beneficio será aplicable para cubrir pensiones de un periodo diferente al año de estudio lectivo, en el cual ocurrió el siniestro amparado por esta Póliza.

Esta cobertura será suspendida si el estudiante ASEGURADO deja de ser alumno del Centro Educativo Contratante de esta Póliza.

El ASEGURADO deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, sin embargo, por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba

a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

Por Muerte Accidental, debe presentar los siguientes documentos:

- Copia Certificada de la Partida de Nacimiento del ASEGURADO, en caso de muerte accidental del padre o madre.
- En caso de muerte del Tutor Legal, documento que acredite su condición, conforme a lo dispuesto por la normatividad vigente.
- Copia Certificada de la Partida de Defunción.
- Copia Certificada del Parte o Atestado Policial o Informe Policial, en caso corresponda.
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya practicado.
- Original de la Constancia de estudios del estudiante ASEGURADO.
- Constancia de haber sido declarado como responsable económico al momento de tomar el seguro del padre o madre o tutor legal.

Por Invalidez Permanente Total a Consecuencia de un Accidente, se debe acreditar médicamente que el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO se encuentra en situación de Invalidez Permanente Total, estando comprendidos y cubiertas únicamente las situaciones que se señalan a continuación:

- Fractura incurable de la columna vertebral que derive en la invalidez total y permanente
- Pérdida total de los dos ojos
- Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos
- Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies
- Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna
- Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y de un pie

Por invalidez permanente total se debe presentar los siguientes documentos:

- Copia Certificada del Parte o Atestado policial, de ser el caso.
- Documento de identidad del ASEGURADO y del responsable económico.
- Original o Copia Fedateada y Foliada del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA O ESSALUD,

COMAFP o COMEC, u Original o Copia Fedateada y Foliada del Informe Médico de invalidez e Historia Clínica completa, en caso el responsable económico no pertenezca al Sistema Privado de Pensiones o al Sistema Nacional de Pensiones.

- Constancia de haber sido declarado como responsable económico al momento de tomar el seguro del padre o madre o tutor legal.

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia de la solicitud dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la misma. Dicho período comprende:

- i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones, precisiones y realizar investigaciones respecto de la información contenida en la documentación presentada.
- ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

Asimismo, cuando la aseguradora 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, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para proceder al pago de la cobertura.

En estos casos, la ASEGURADORA pagará directamente al Centro Educativo las pensiones del alumno, para lo cual el comprobante deberá ser una factura emitida a nombre de la ASEGURADORA.

La ASEGURADORA reembolsará las pensiones del estudiante ASEGURADO, en caso que el padre o madre o tutor legal sobreviviente hubieran realizado previamente el pago, no otorgándose cobertura para pensiones anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes y condiciones adscritas al Plan de Beneficios.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

10.- INDEMNIZACIÓN POR DESAMPARO FAMILIAR SÚBITO

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

En caso del fallecimiento de ambos padres (padre y madre) a consecuencia de un mismo accidente, la ASEGURADORA indemnizará al estudiante ASEGURADO bajo esta Póliza la suma asegurada establecida en el Plan de Beneficios, siempre y cuando el estudiante ASEGURADO no sea mayor de veinticinco (25) años y sea económicamente dependiente de los padres.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los límites y condiciones especificadas en el Plan de Beneficios.

El ASEGURADO deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, sin embargo, por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

El ASEGURADO deberá presentar los siguientes documentos de ambos padres (padre y madre):

- Copia Certificada de las Partidas de Defunción de ambos padres (padre y madre).

- Copia Certificada de la Partida de Nacimiento del estudiante ASEGURADO.
- Copia Certificada de Atestado policial completo o diligencias fiscales, en caso corresponda.
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso corresponda.

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia de la solicitud dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la misma. Dicho período comprende:

- i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones, precisiones y realizar investigaciones respecto de la información contenida en la documentación presentada.
- ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

Asimismo, cuando la aseguradora 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, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para proceder al pago de la cobertura.

GLOSARIO DE TERMINOS:

Cobertura en forma de Indemnización: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro o Plan de Beneficios, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al ASEGURADO o BENEFICIARIO en caso que ocurra un siniestro.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**11.- EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMA DEL SEGURO POR MUERTE
ACCIDENTAL DEL PADRE O MADRE O TUTOR LEGAL INSCRITO EN EL
SEGURO**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura será efectiva sólo cuando ocurra la muerte accidental del padre o madre o tutor legal, debidamente inscrito al inicio del seguro, y cumpla con las siguientes condiciones:

- El padre o madre o tutor legal, debe ser el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.
- La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matrícula en el Centro Educativo.
- La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.

El ASEGURADO deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, sin embargo, por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

Para solicitar la presente cobertura adicional, el estudiante ASEGURADO deberá presentar los siguientes documentos:

- Copia Certificada de la Partida de Nacimiento del ASEGURADO, en caso de muerte accidental del padre o madre.
- En caso de muerte del Tutor Legal, documento que acredite su condición, conforme a lo dispuesto por la normatividad vigente.
- Copia Certificada de la Partida de Defunción, del padre, madre o Tutor Legal (con una antigüedad no mayor a tres (03) meses).
- Copia Certificada del Parte o Atestado Policial o Informe Policial, en caso corresponda.
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya practicado.
- Original de la Constancia de estudios del estudiante ASEGURADO.

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia de la solicitud dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la misma. Dicho período comprende:

- i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones, precisiones y realizar investigaciones respecto de la información contenida en la documentación presentada.
- ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

Asimismo, cuando la aseguradora 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, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para activar la presente cobertura.

La cobertura exonera del pago de la prima anual del seguro al estudiante ASEGURADO en las siguientes vigencias de la Póliza, hasta el término de sus estudios.

Esta cobertura sólo se mantiene vigente mientras el Centro Educativo contratante, renueve de manera continua la Póliza en la ASEGURADORA. Si la Póliza se resuelve o no se renueva en la ASEGURADORA, esta cobertura quedará sin efecto.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes y condiciones adscritas al Plan de Beneficios.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**12.- COBERTURA DE GASTOS DE CURACIÓN POR PRÁCTICA DE
DEPORTES NO REALIZADOS DE MANERA PROFESIONAL (CRÉDITO)**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

La cobertura se concede cuando los daños o lesiones que el ASEGURADO sufra, se deban a la práctica de los siguientes deportes NO REALIZADOS DE MANERA PROFESIONAL:

Atletismo, Bochas, Bolos, Fútbol, Fulbito, Béisbol, Básquetbol, Vóleibol, Ciclismo, Deportes Náuticos a Vela y a Motor, Tabla Hawaiana, Esgrima, Gimnasia (incluyendo el uso de máquinas de gimnasio), Polo, Skate Board, Canotaje siempre y cuando sea un paseo guiado, Concursos o Prácticas Hípicas, Equitación, Golf, Handball, Hockey, Natación, Rugby, Softball, Patinaje, Pelota a Paleta, Pelota Vasca, Pesca (salvo submarina y/o en alta mar), Remo, Tenis, Box, Waterpolo, Artes Marciales, Esquí Acuático o en Arena, Escalamiento en Palestra (Sólo dentro del Centro Educativo) incluyendo cualquier otro deporte que forme parte de la Currícula del Centro Educativo, siempre que sea declarado antes del inicio de la Cobertura y previa aceptación por parte de la ASEGURADORA.

Esta cobertura está limitada a amparar únicamente los Gastos de Curación ocurridos a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza siempre que se deba a la práctica de cualquiera de los deportes no realizados de manera profesional, indicados anteriormente.

La atención deberá solicitarse únicamente en la red de proveedores de servicios en salud detallada en el Plan de Beneficios, al tratarse de atención al crédito, y el ASEGURADO deberá presentar su DNI o carnet de seguro en caso se tratase de la primera atención por emergencia.

Para atenciones post-emergencia, el ASEGURADO deberá presentar la Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por el Centro Educativo y que debe encontrarse debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo. En caso el Centro Educativo se encontrase en período vacacional, la Hoja de declaración de Accidente podrá tener la firma de la Coordinadora Clínica de la ASEGURADORA en el proveedor de servicios, y se deberá indicar en este documento que las oficinas administrativas del Centro Educativo están en período vacacional.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**13.- COBERTURA DE GASTOS DE CURACIÓN POR USO COMO PASAJERO
DE CUALQUIER MEDIO HABITUAL PARA EL TRANSPORTE PÚBLICO
(CRÉDITO)**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

La cobertura para este Beneficio Adicional se concede cuando los daños o lesiones que el ASEGURADO sufra, se deban directa o indirectamente, total o parcialmente al uso como pasajero de cualquier medio habitual para el transporte público de personas; ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo, en vehículos que pudiendo ser o no de empresas comerciales, aun cuando no recorran itinerarios regulares y fijos, siempre y cuando se realice a través de Empresas Legalmente Constituidas y con el Permiso de Operación de las Autoridades Competentes.

Esta cobertura está limitada a amparar únicamente los Gastos de Curación ocurridos a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza siempre que se deba al uso como pasajero de cualquier medio habitual para el transporte público.

Es requisito que el ASEGURADO acuda al proveedor de servicios de salud más cercano a fin de obtener atención inmediata dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes de haberse producido el siniestro.

El ASEGURADO deberá presentar ante el proveedor elegido su DNI o carnet de seguro en caso se tratase de la primera atención por emergencia. Para atenciones post-emergencia, el ASEGURADO deberá presentar la Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por el Centro Educativo y que debe encontrarse debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo. En caso el Centro Educativo se encontrase en período vacacional, la Hoja de declaración de Accidente podrá tener la firma de la Coordinadora Clínica de la ASEGURADORA en el proveedor de servicios, y se deberá indicar en este documento que las oficinas administrativas del Centro Educativo están en período vacacional

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**14.- COBERTURA DE GASTOS DE CURACIÓN POR USO COMO PASAJERO
DE AVIONES Y/O HELICÓPTEROS PARTICULARES Y/O DE LA FAP
(CRÉDITO)**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

La cobertura para este Beneficio Adicional se concede cuando los daños o lesiones que el ASEGURADO sufra, se deban directa o indirectamente, total o parcialmente al uso como pasajero de aviones y/o helicópteros particulares y/o de la FAP, por viajes eventuales, siempre y cuando se realice a través de Empresas Legalmente Constituidas y con el Permiso de Operación de las Autoridades Competentes.

Esta cobertura está limitada a amparar únicamente los Gastos de Curación ocurridos a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza siempre que se deba al uso como pasajero de aviones y/o helicópteros particulares y/o de la FAP.

Es requisito que el ASEGURADO acuda al proveedor de servicios de salud más cercano a fin de obtener atención inmediata dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes de haberse producido el siniestro.

El ASEGURADO deberá presentar ante el proveedor elegido su DNI o carnet de seguro en caso se tratase de la primera atención por emergencia. Para atenciones post-emergencia, el ASEGURADO deberá presentar la Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por el Centro Educativo y que debe encontrarse debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo. En caso el Centro Educativo se encuentre en período vacacional, la Hoja de declaración de Accidente podrá tener la firma de la Coordinadora Clínica de la ASEGURADORA en el proveedor de servicios, y se deberá indicar en este documento que las oficinas administrativas del Centro Educativo están en período vacacional

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**15.- TRASLADO DE RESTOS MORTALES DEL ALUMNO ASEGURADO
(REEMBOLSO)**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Este beneficio se otorgará en caso del fallecimiento del ASEGURADO, ocurrido dentro del territorio nacional, mediante el traslado de los restos a través de un avión comercial nacional (Según Costo Promedio del Mercado, máximo hasta el valor de un Pasaje "One Way" Clase Turista).

Esta cobertura está limitada a cubrir los gastos de traslado de los restos del ASEGURADO bajo el sistema de reembolso.

El BENEFICIARIO deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, sin embargo, por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

Se deberán presentar los siguientes documentos sustentatorios para proceder con el reembolso de los gastos incurridos, y el límite a reembolsar estará sujeto a la aplicación del tarifario de la ASEGURADORA.

- Copia Certificada del Acta de Defunción.

- Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO, en caso cuenten con dicho documento.
- Facturas originales detalladas de la aerolínea comercial utilizada, emitidas a nombre de Rimac Seguros y Reaseguros RUC 20100041953.
- Original de la Constancia de estudios del estudiante ASEGURADO.

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia de la solicitud dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la misma. Dicho período comprende:

- i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones, precisiones y realizar investigaciones respecto de la información contenida en la documentación presentada.
- ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

Asimismo, cuando la aseguradora 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, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para proceder al pago de la cobertura.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los límites y condiciones adscritas al Plan de Beneficios.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**16.- COBERTURA DE GASTOS DE CURACION POR INTOXICACIÓN
ACCIDENTAL (CRÉDITO)**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

La cobertura para este Beneficio Adicional se concede únicamente cuando los daños o lesiones que el ASEGURADO sufra, se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a los siguientes diagnósticos considerados emergencias o urgencias médicas, en tanto éstos estén ligados a la ingesta de comidas o bebidas en el Centro de Estudios en las veinticuatro (24) horas previas: angioedema, urticaria, edema de glótis o laríngeo, así como broncoespasmo, en tanto este sea asociado a los diagnósticos antes señalados.

Esta cobertura está limitada únicamente a la primera atención de emergencia, que dure como máximo ocho (8) horas de atención desde que el ASEGURADO se acerque al proveedor afiliado para atender la emergencia por intoxicación accidental.

El ASEGURADO deberá presentar ante el proveedor elegido su DNI o carnet de seguro en caso se tratase de la primera atención por emergencia.

Para atenciones post-emergencia bajo la atención de Medicina Interna, el ASEGURADO deberá presentar la Hoja de declaración de Accidente que será proporcionada por el Centro Educativo y que debe encontrarse debidamente llenada por el ASEGURADO y firmada y sellada por el Centro Educativo. En caso el Centro Educativo se encontrase en período vacacional, la Hoja de declaración de Accidente podrá tener la firma de la Coordinadora Clínica de la ASEGURADORA en el proveedor de servicios, y se deberá indicar en este documento que las oficinas administrativas del Centro Educativo están en período vacacional.

No están cubiertos los siguientes diagnósticos o síntomas: diarrea de cualquier etiología con o sin deshidratación, dispepsia, gastritis, gastroenteritis, reflujo gastroesofágico, dolor abdominal de cualquier etiología, fiebre, náuseas, vómitos, broncoespasmo o asma bronquial. El Beneficio Máximo está incluido dentro del Beneficio Máximo de Gastos de Curación por Accidente. Asimismo, no están cubiertas las atenciones post-emergencia que sean brindadas por un médico alergista.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**17.- REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES DEL ALUMNO ASEGURADO
(REEMBOLSO)**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Este beneficio se otorgará en caso del fallecimiento del ASEGURADO, ocurrido fuera del territorio nacional, mediante la repatriación de los restos mortales al Perú a través de un avión comercial internacional (Según Costo Promedio del Mercado, máximo hasta el valor de un Pasaje "One Way" Clase Turista).

Esta cobertura está limitada a cubrir los gastos de repatriación de los restos del ASEGURADO bajo el sistema de reembolso.

El BENEFICIARIO deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, sin embargo, por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

Se deberán presentar los siguientes documentos sustentatorios para proceder con el reembolso de los gastos incurridos, y el límite a reembolsar estará sujeto a la aplicación del tarifario de la ASEGURADORA.

- Copia Certificada del Acta de defunción.

- Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO, en caso cuenten con dicho documento.
- Facturas originales detalladas de la aerolínea comercial utilizada, emitidas a nombre de Rimac Seguros y Reaseguros RUC 20100041953.
- Constancia de estudios del estudiante ASEGURADO.

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia de la solicitud dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la misma. Dicho período comprende:

- i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones, precisiones y realizar investigaciones respecto de la información contenida en la documentación presentada.
- ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

Asimismo, cuando la aseguradora 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, podrá solicitar al BENEFICIARIO, la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para proceder al pago de la cobertura.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los límites y condiciones adscritas al Plan de Beneficios.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**18.- GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE NATURAL DEL ALUMNO
ASEGURADO (REEMBOLSO)**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Este beneficio se concede cuando la muerte del ASEGURADO se haya producido por causas naturales.

El BENEFICIARIO deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, sin embargo, por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

La ASEGURADORA cubrirá los gastos incurridos por los siguiente conceptos: Ataúd de madera natural al duco, adornos propios del ataúd, preparación tanatológica del fallecido, capilla ardiente, trámite de inscripción de la partida de defunción según exigencia municipal, salón velatorio parroquial, carroza de primera, carro para ofrendas florales, asistencia del Director funerario, personal auxiliar uniformado, cargadores y sepultura o nicho perpetuo en cementerio elegido por familia, hasta el límite y bajo las condiciones detalladas en el Plan de Beneficios.

A efectos de solicitar la cobertura vía reembolso, será necesario presentar los siguientes documentos:

- Copia Certificada del Partida de Nacimiento.
- Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO, en caso cuenten con dicho documento.
- Facturas originales detalladas de la agencia funeraria, emitidas a nombre de Rimac Seguros y Reaseguros RUC 20100041953.
- Constancia de estudios del estudiante ASEGURADO.

El límite a reembolsar estará sujeto a la aplicación del tarifario de la ASEGURADORA.

Esta cobertura de sepelio no tiene carácter indemnizatorio.

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia de la solicitud dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la misma. Dicho período comprende:

- Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones, precisiones y realizar investigaciones respecto de la información contenida en la documentación presentada.
- Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

Asimismo, cuando la aseguradora 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, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para proceder al pago de la cobertura.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los límites y condiciones detalladas en el Plan de Beneficios.

GLOSARIO DE TERMINOS:

MUERTE NATURAL: Es la muerte producida por consecuencia de una patología o enfermedad de cualquier etiología, ya sea infecciosa, tumoral, degenerativa, etc.; y donde no ha intervenido ninguna causa externa violenta.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**19.- SERVICIO DE AMBULANCIA POR EMERGENCIA NO ACCIDENTAL
(CRÉDITO)**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

La definición de Emergencia Médica No Accidental se encuentra detallada en el artículo 1° del Condicionado General de la presente póliza.

Este servicio comprende la atención por urgencias médicas, la estabilización del paciente y la aplicación de medicinas básicas e inmediatas. La atención concluye con el traslado al Centro Médico Afiliado de haber sido necesario y no considera gastos médicos adicionales.

No son consideradas Emergencias Médicas NO Accidentales las Enfermedades crónicas que requieren atención continua: Crisis Asmáticas, Migrañas o Cefaleas Recurrentes y Procesos Respiratorios Altos (Faringitis, Amigdalitis, Bronquitis).

En caso de emergencia el ASEGURADO deberá llamar a la Central de Emergencias al 411-1111 en Lima y al 0-800-411-11 en provincias durante las veinticuatro (24) horas, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año. Será atendido por una operadora y médicos que, de ser necesario, coordinarán el traslado a la clínica más cercana.

El traslado a la clínica no cubre el costo del internamiento por tratarse de una emergencia médica no accidental.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes, condiciones y red de Clínicas Afiliadas adscritas al Plan de Beneficios.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

20.- COBERTURA INDEMNIZATORIA DE PAGO DE LA PENSIÓN ADEUDADA AL CENTRO EDUCATIVO POR MUERTE ACCIDENTAL DEL PADRE O MADRE O TUTOR LEGAL

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura será efectiva sólo cuando ocurra la muerte accidental del padre o madre o tutor legal, debidamente inscrito al inicio del seguro, y cumpla con las siguientes condiciones:

- El padre o madre o tutor legal debe ser el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.
- La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matrícula en el Centro Educativo.
- La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.

El ASEGURADO deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, sin embargo, por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

El pago de las pensiones adeudadas al Centro Educativo se dará, a la fecha de producirse el fallecimiento, hasta un número máximo de meses **adeudados**

contados a partir de la fecha del fallecimiento, hasta el límite detallado en el Plan de Beneficios. Este beneficio no podrá ser utilizado para cubrir pensiones atrasadas por un plazo mayor al límite de meses que otorga esta cobertura, contado a partir de la fecha del fallecimiento, quedando entendido que no existirá cobertura por los meses en los cuales el alumno se encuentre de vacaciones o no se encuentre cursando estudios, dado que en este periodo no se generan cobros de pensiones.

Se deberá presentar los siguientes documentos a fin de acceder al beneficio:

- Copia Certificada de la Partida de Nacimiento del ASEGURADO, en caso de muerte accidental del padre o madre del ASEGURADO.
- En caso de muerte del Tutor Legal, documento que acredite su condición, conforme a lo dispuesto por la normatividad vigente.
- Copia Certificada del Acta de Defunción.
- Copia Certificada del Parte o Atestado Policial o Informe Policial, en caso corresponda.
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso se haya practicado.
- Original de la Constancia de estudios del estudiante ASEGURADO.
- Constancia de haber sido declarado como responsable económico al momento de tomar el seguro del padre o madre o tutor legal.

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia de la solicitud dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la misma. Dicho período comprende:

- i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones, precisiones y realizar investigaciones respecto de la información contenida en la documentación presentada.
- ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

Asimismo, cuando la aseguradora 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, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para proceder al pago de la cobertura.

En estos casos, la ASEGURADORA pagará directamente al Centro Educativo las pensiones del alumno, para lo cual el comprobante deberá ser una factura emitida a nombre de la ASEGURADORA.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes y condiciones adscritas al Plan de Beneficios.

GLOSARIO DE TERMINOS:

Cobertura en forma de Indemnización: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro o Plan de Beneficios, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al ASEGURADO o BENEFICIARIO en caso que ocurra un siniestro.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**21.- COBERTURA INDEMNIZATORIA DE PAGO DE PENSIONES EN CASO DE
HOSPITALIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DEL
RESPONSABLE ECONOMICO**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura se activa en caso de hospitalización como consecuencia de un accidente del responsable económico (padre o madre o tutor legal) de los gastos educativos del alumno, bajo las siguientes condiciones:

- El padre o madre o tutor legal, debe ser el responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.
- La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matrícula en el Centro Educativo.
- La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.

Durante el periodo que comprende la hospitalización el alumno deberá encontrarse matriculado y cursando estudios.

El pago del número de pensiones detalladas en el plan de beneficios se dará siempre y cuando el responsable económico permanezca hospitalizado ininterrumpidamente por más de treinta (30) días consecutivos. Es decir, por cada 30 días de hospitalización del padre o madre o tutor legal, la ASEGURADORA pagará una pensión, hasta el máximo número de pensiones detalladas en el Plan de Beneficios. Este beneficio no podrá ser otorgado de manera parcial por hospitalizaciones que no completen el requisito mínimo de 30 días, ni podrá ser aplicado al pago de la pensión que corresponda a un periodo distinto al periodo de la ocurrencia de la hospitalización ni a un periodo en el cual el alumno no encuentre cursando estudios.

El ASEGURADO deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, sin embargo, por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba

a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

Para acceder a este beneficio, se deberá presentar los siguientes documentos:

- Copia Certificada del Parte o Atestado Policial, de corresponder.
- En caso que el Responsable Económico sea el Tutor Legal, deberá presentar el documento que acredite su condición, conforme a lo dispuesto por la normatividad vigente.
- Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica donde se atendió el responsable económico, incluyendo la papeleta de alta.
- Copia Certificada de la Partida de Nacimiento del estudiante ASEGURADO.
- Constancia de estudios del estudiante ASEGURADO.
- Constancia de haber sido declarado como responsable económico al momento de tomar el seguro del padre o madre o tutor legal.

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia de la solicitud dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la misma. Dicho período comprende:

- i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones, precisiones y realizar investigaciones respecto de la información contenida en la documentación presentada.
- ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

Asimismo, cuando la aseguradora 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, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para proceder al pago de la cobertura.

En estos casos, la ASEGURADORA pagará directamente al Centro Educativo las pensiones del alumno, para lo cual el comprobante deberá ser una factura emitida a nombre de la ASEGURADORA.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes y condiciones adscritas al Plan de Beneficios.

GLOSARIO DE TERMINOS:

Cobertura en forma de Indemnización: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro o Plan de Beneficios, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al ASEGURADO o BENEFICIARIO en caso que ocurra un siniestro.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**22.- INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ALUMNO
ASEGURADO**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

El pago de la indemnización se otorga en caso de la muerte accidental del alumno ASEGURADO.

La ASEGURADORA indemnizará el beneficio máximo indicado en el Plan de Beneficios a la persona o personas designadas como Beneficiarios en la solicitud original, firmada por el ASEGURADO, y que figuran como tales en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de no haber tal designación, la indemnización será pagada a los herederos legales del ASEGURADO. Si fueren dos (2) o más los Beneficiarios designados y no se hubiera establecido proporción en la solicitud y en consecuencia en la Póliza, el importe a indemnizar se dividirá y abonará por partes iguales.

El BENEFICIARIO deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, sin embargo, por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

Se debe solicitar la cobertura a la ASEGURADORA, presentando la siguiente documentación:

- Copia simple del Documento de identidad del ASEGURADO, en caso se cuente con dicho documento.
- Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios, y Copia Certificada de la Partida de Nacimiento, en caso que los Beneficiarios sean menores de edad.
- Copia Certificada del Acta de Defunción.
- Copia Certificada del Atestado policial o parte policial como documento alternativo.
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso corresponda.
- Copia Certificada del Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso corresponda.
- Copia Certificada del Resultado del Dosaje Etílico, en caso de tratarse de accidente de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo.
- En caso que no hayan designado Beneficiarios, presentar Testimonio del Testamento o Sucesión Intestada del ASEGURADO y la copia literal de la inscripción de dicho acto en Registros Públicos. En caso que se haya realizado la Declaratoria de Herederos por vía judicial, se deberá presenta la inscripción en Registros Públicos.
- Certificado domiciliario de los beneficiarios menores de edad (si los hubiera).

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia de la solicitud dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la misma. Dicho período comprende:

- i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones, precisiones y realizar investigaciones respecto de la información contenida en la documentación presentada.
- ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

Asimismo, cuando la aseguradora 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, podrá solicitar al BENEFICIARIO, la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para proceder al pago de la cobertura.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes y condiciones adscritas al Plan de Beneficios.

GLOSARIO DE TERMINOS:

Cobertura en forma de Indemnización: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro o Plan de Beneficios, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al ASEGURADO o BENEFICIARIO en caso que ocurra un siniestro.

CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES

23.- INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL POR ACCIDENTE DEL ALUMNO ASEGURADO

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

El pago de la indemnización se otorga en caso de Invalidez Permanente Total o Parcial por accidente del alumno ASEGURADO en la presenta póliza.

La ASEGURADORA indemnizará al ASEGURADO la suma correspondiente al grado de Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente, hasta el monto máximo indicado en el Plan de Beneficios.

i. Invalidez Permanente Total:

Se entiende por Invalidez Permanente Total al estado absoluto e incurable que ocasiona una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual, y que se haya generado a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza.

Para efectos de esta Póliza se considera como Invalidez Permanente Total y por tanto, sujeto a una indemnización del 100% de la suma asegurada, a los casos que se señalan a continuación:

- Fractura incurable de la columna vertebral que derive en la invalidez total y permanente
- Pérdida total de los dos ojos
- Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos
- Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies
- Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna
- Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y de un pie

ii. Invalidez Permanente Parcial

La Invalidez Permanente Parcial o pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional. Sin embargo, si la Invalidez Permanente Parcial deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órganos afectados.

El monto a indemnizar en caso de Invalidez Permanente Parcial es un porcentaje de la suma asegurada detallada en el Plan de Beneficios. Los porcentajes de indemnización se detallan a continuación:

Cabeza

- Sordera total e incurable de los dos oídos 50%
- Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular 40%
- Sordera total e incurable de un oído 15%
- Ablación de la mandíbula inferior 50%

Miembros Superiores Der. Izq.

- Pérdida total de un brazo (arriba del codo) 75% 60%
- Pérdida total de un antebrazo (hasta el codo) 70% 55%
- Pérdida total de una mano (a la altura de la muñeca) 60% 50%
- Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total) 45% 36%
- Anquilosis del hombro en posición no funcional 30% 24%
- Anquilosis del codo en posición no funcional 25% 20%
- Anquilosis del codo en posición funcional 20% 16%
- Anquilosis de la muñeca en posición no funcional 20% 6%
- Anquilosis de la muñeca en posición funcional 15% 12%
- Pérdida total del dedo pulgar de la mano 20% 18%
- Pérdida total del dedo índice 16% 14%
- Pérdida total del dedo medio 12% 10%
- Pérdida total del dedo anular 10% 8%
- Pérdida total del dedo meñique 6% 4%

Miembros inferiores

- Pérdida total de una pierna (por encima de la rodilla) 60%
- Pérdida total de una pierna (por debajo de la rodilla) 50%
- Pérdida total de un pie 35%
- Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total) 35%
- Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total) 30%
- Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total) 20%
- Anquilosis de la cadera en una posición no funcional 40%
- Anquilosis de la cadera en una posición funcional 20%
- Anquilosis de la rodilla en posición no funcional 30%
- Anquilosis de la rodilla en posición funcional 15%
- Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional 15%
- Anquilosis del empeine en posición funcional 8%
- Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5cms 15%
- Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3cms 8%
- Pérdida total del dedo gordo de un pie 10%
- Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie 4%

Por pérdida total de los miembros u órganos se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva de un órgano o miembro, ocasionados por un accidente cubierto por esta Póliza.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por la pérdida del dedo entero, si se tratase del pulgar, y a la tercera parte, por cada falange, si se tratase de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdidos, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada indicada en el Plan de Beneficios.

En caso de constar en la solicitud que el ASEGURADO ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de la indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

El BENEFICIARIO deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, sin embargo, por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

Se debe solicitar la cobertura a la ASEGURADORA, presentando la siguiente documentación:

- Copia Certificada del Resultado de Dosaje Etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y el estudiante ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo).
- Copia Certificada del Parte o Atestado policial, en caso corresponda.
- Copia simple del Documento de identidad del ASEGURADO.
- Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica **Evaluadora de**

Incapacidades del MINSA O ESSALUD, COMAFP o COMEC, u Original o Copia Fedateada y Foliada del Informe Médico de Invalidez y de la Historia Clínica completa, en caso el ASEGURADO no pertenezca al Sistema Privado de Pensiones o al Sistema Nacional de Pensiones.

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia de la solicitud dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la misma. Dicho período comprende:

- i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones, precisiones y realizar investigaciones respecto de la información contenida en la documentación presentada.
- ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

Asimismo, cuando la aseguradora 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, podrá solicitar al BENEFICIARIO, la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para proceder al pago de la cobertura.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los topes y condiciones adscritas al Plan de Beneficios.

GLOSARIO DE TERMINOS:

Cobertura en forma de Indemnización: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro o Plan de Beneficios, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al ASEGURADO o BENEFICIARIO en caso que ocurra un siniestro.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**24.- GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ALUMNO
ASEGURADO (CRÉDITO O REEMBOLSO)**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Este beneficio se otorga en caso de ocurrir el fallecimiento, a consecuencia de un accidente, del alumno ASEGURADO en la presente Póliza.

La ASEGURADORA cubrirá los gastos incurridos por los siguiente conceptos: Ataúd de madera natural al duco, adornos propios del ataúd, preparación tanatológica del fallecido, capilla ardiente, trámite de inscripción de la partida de defunción según exigencia municipal, salón velatorio parroquial, carroza de primera, carro para ofrendas florales, asistencia del Director funerario, personal auxiliar uniformado, cargadores y sepultura o nicho perpetuo en cementerio elegido por familia, hasta el límite y bajo las condiciones detalladas en el Plan de Beneficios.

El BENEFICIARIO deberá comunicar el siniestro a la ASEGURADORA dentro de los siete (07) días calendarios siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, sin embargo, por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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

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

A efectos de solicitar la cobertura, se deberá acudir al Proveedor de Servicios descritos en la Póliza, a fin que éste último gestione la Carta de Garantía con la ASEGURADORA, y se proceda a brindar la cobertura.

A efectos de solicitar la cobertura vía reembolso, será necesario presentar los siguientes documentos:

- Copia Certificada del Acta de Defunción.
- Copia Certificada del Parte o Atestado Policial o Informe Policial, en caso corresponda.
- Copia Certificada del Certificado de Necropsia, en caso se haya realizado.
- Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO, en caso cuenten con dicho documento.
- Facturas originales detalladas de la agencia funeraria, emitidas a nombre de Rimac Seguros y Reaseguros RUC 20100041953.
- Constancia de estudios del estudiante ASEGURADO.

El límite a reembolsar estará sujeto a la aplicación del tarifario de la ASEGURADORA.

Esta cobertura de sepelio no tiene carácter indemnizatorio.

En el caso de la solicitud de la cobertura vía reembolso, la ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia de la solicitud dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la misma. Dicho período comprende:

- i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar aclaraciones, precisiones y realizar investigaciones respecto de la información contenida en la documentación presentada.
- ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

Asimismo, cuando la aseguradora 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, podrá solicitar al BENEFICIARIO, la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el siniestro, la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para proceder al pago de la cobertura.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los límites y condiciones adscritas al Plan de Beneficios.

**CLÁUSULA ADICIONAL AL SEGURO
CONTRA ACCIDENTES PERSONALES PARA ESTUDIANTES**

**25.- TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN AMBULANCIA TERRESTRE
(CRÉDITO O REEMBOLSO)**

La presente Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y, todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, se regirá por lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.

Esta cobertura será otorgada solamente en caso de evacuaciones terrestres para aquellos casos que sean estrictamente necesarios para preservar la vida del ASEGURADO, debido a un accidente ocurrido en lugares donde no se cuente con la infraestructura médica necesaria para brindar la atención médica requerida.

Este beneficio sólo se otorga al momento de ocurrido el accidente y no están incluidas las evacuaciones programadas, por continuaciones de tratamiento o cuando no está en riesgo la vida del ASEGURADO.

Para el otorgamiento de la cobertura por parte de la ASEGURADORA, el ASEGURADO deberá llamar al 411-1111 dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el accidente para solicitar la activación de la cobertura y deberá mandar la documentación médica que justifique el uso de la misma vía correo electrónico a alorimac@rimac.com.pe o de manera física, teniendo en cuenta la premura de la atención.

La ASEGURADORA deberá pronunciarse respecto al otorgamiento de esta cobertura dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de haber recibido la documentación médica que justifique el uso de esta cobertura. Esta cobertura no contempla los gastos incurridos para el retorno del asegurado y su acompañante.

La derivación de ambulancias está sujeta a la disponibilidad de servicio de los proveedores de la ASEGURADORA.

Se deberán presentar los siguientes documentos sustentatorios para proceder con el reembolso de los gastos incurridos, además de la documentación médica que justifique el uso de la cobertura, y el límite a reembolsar estará sujeto a la aplicación del tarifario de la ASEGURADORA.

- Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO.
- Facturas originales detalladas del proveedor utilizado, emitidas a nombre de Rimac Seguros y Reaseguros RUC 20100041953.
- Original de la Constancia de estudios del estudiante ASEGURADO.

Se otorgará la cobertura de la presente Cláusula Adicional, siempre y cuando esté indicada en el Certificado de Seguro y/o en el Plan de Beneficios, bajo los límites, condiciones detalladas en el Plan de Beneficios.