

Seguro de Accidentes Personales - Soles y Dólares

Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Accidentes Personales

INDICE

1. DEFINICIONES
2. OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO
3. BASES DEL CONTRATO
4. DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA PÓLIZA - OBSERVACIÓN DE LA PÓLIZA
5. PRIMA Y PAGO
6. PERIODO DE GRACIA
- 7. EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LAS PRIMAS**
8. REHABILITACIÓN
9. VIGENCIA Y RENOVACIÓN
- 10. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO**
- 11. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**
12. BENEFICIARIOS
- 13. INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS**
- 14. MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES**
15. AGRAVACIÓN DEL RIESGO
16. REDUCCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA Y/O BENEFICIO MÁXIMO ANUAL
- 17. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**
18. MONEDA
19. TRIBUTOS
- 20. MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**
21. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO
22. DOMICILIO
- 23. PRESCRIPCIÓN**
24. DECLARACIÓN
25. ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS
26. REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA Y DE ACCIDENTES
27. LEY DE CONTRATO DE SEGURO Y NORMAS REGLAMENTARIAS

Artículo 1° Definiciones

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

Asegurado: Es la persona que está expuesta al riesgo asegurado y a cuyo favor se extiende el seguro.

Generalmente es la misma persona que contrata la póliza. Figura como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Beneficiario: Persona designada en la póliza por el Contratante y/o Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establece.

Certificado de Seguro: Documento que se emite en el caso de seguros de grupo o colectivo, vinculado a una póliza de seguro determinada. Contiene los datos de identificación del Contratante y/o Asegurado y del interés asegurado y demás condiciones de aseguramiento relativas al riesgo individualizado.

Cláusulas Adicionales: Son aquellas condiciones especiales y opcionales a una o más pólizas, que permiten extender o ampliar las coberturas principales del producto de seguros, comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

COMPAÑIA: Chubb Seguros Perú S.A.

Clausulas Generales de Contratación: Estipulaciones básicas establecidas por las empresas para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro.

Condiciones Generales: Conjunto de estipulaciones que recogen aspectos relativos a la extensión de la cobertura del seguro, riesgos excluidos, procedimiento para la solicitud de cobertura y de liquidación del siniestro, entre otros.

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

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

Contratante: Es la persona que suscribe la póliza con la COMPAÑIA y generalmente la obligada al pago de la prima. Suele ser el mismo asegurado, pero puede tratarse de una persona distinta. Es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos que requiere asegurar, y el único que puede solicitar enmiendas a la póliza.

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

Convenio de Pago: Documento en el que consta el compromiso por parte del Contratante y/o Asegurado de pagar la prima en la forma y plazos convenidos con la COMPAÑIA.

Declaración de Salud: Es el cuestionario que el Asegurado completa al momento de solicitarse el seguro, en el cual manifiesta si él, sus dependientes o parientes cercanos, padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio del seguro. Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a la COMPAÑIA adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo; por lo tanto, las condiciones

preexistentes no declaradas pueden determinar el rechazo de la reclamación y/o nulidad de la póliza, o la modificación de la misma. La COMPAÑIA se reserva el derecho de no asegurar a aquellas personas que considere estén en mal estado de salud.

Deducible: Se refiere al importe de gastos cubiertos que será por cuenta del Asegurado y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en las Condiciones Particulares o en la Tabla de Beneficios de esta póliza.

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

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

Fraccionamiento de Primas: Constituye la facilidad de pago que otorga la COMPAÑIA, mediante la cual se permite al Contratante y/o Asegurado pagar la prima correspondiente al período de vigencia de la póliza, en cuotas periódicas, según los términos acordados en el Convenio de Pago.

Inicio de Vigencia: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujetos a los períodos de carencia establecidos en la póliza.

Interés Asegurable: Se entiende por el requisito que debe concurrir en quien desee asegurar un determinado bien, reflejado en su deseo sincero de que un siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

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

Período de Gracia: Período de tiempo dentro del cual a pesar de encontrarse la prima impaga, el Contratante y/o Asegurado gozará de cobertura, si es que así se ha establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En este caso, se puede pagar la prima vencida sin moras ni intereses. El plazo se cuenta a partir de la fecha de vencimiento de pago de la prima vencida más antigua.

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

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

Pre-existencia: cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o su dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud
Prima: Es el precio que la COMPAÑIA establece por la cobertura otorgada.

Prima Devengada: Es la fracción de la prima correspondiente al período transcurrido desde que la empresa de seguros ha brindado cobertura, de acuerdo con las condiciones establecidas en la póliza.

Rehabilitación: Decisión de la COMPAÑIA de volver a poner vigente una póliza de seguro cuyas coberturas se encontraban suspendidas por falta de pago, siempre que el CONTRATANTE lo solicite y que pague las cuotas vencidas.

Solicitud-Certificado: Documento que recoge la información de la solicitud de seguro y certificado de seguro, y que es utilizado en los seguros de grupo o colectivos siempre que sean masivos.

Solicitud de Seguro: Documento en el cual el Contratante y/o Asegurado solicita la cobertura del seguro para él y sus dependientes, la cual eventualmente incluye la respectiva Declaración de Salud que necesariamente debe ser suscrita tanto por el Contratante como por el Asegurado, cuando se traten de personas distintas; salvo en el caso de contratos comercializados a distancia.

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

Artículo 2° Objeto del Contrato de Seguro

En virtud del presente contrato de seguro, el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO se obliga al pago de la prima convenida y la COMPAÑIA a indemnizar al ASEGURADO o a sus Beneficiarios y/o endosatarios, hasta el límite de la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual que figura en las Condiciones Particulares de la póliza, contra las pérdidas y/o daños que efectivamente ocasione la ocurrencia de los riesgos asegurados, con sujeción a los términos de la Solicitud de Seguro, las Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Condiciones Especiales, Endosos y anexos, así como los demás documentos que formen parte en forma conjunta e indivisible del contrato de seguro.

Artículo 3° Bases del Contrato

3.1 El CONTRATANTE Y/O ASEGURADO está obligado a declarar a la COMPAÑIA en la Solicitud de Seguro, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias preguntadas, debido a que influyen en la voluntad de la COMPAÑIA para la fijación de la prima o la aceptación o rechazo del riesgo. La exactitud de estas declaraciones constituye la base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la póliza para la COMPAÑIA.

3.2 En caso de producirse discrepancias entre las Cláusulas Generales de Contratación y las Condiciones Generales, prevalecerán estas últimas. Las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Generales y las Condiciones Especiales sobre las Condiciones Particulares. En caso de haber incompatibilidad entre las cláusulas manuscritas o mecanografiadas y las impresas prevalecerán las primeras.

3.3 La copia de la póliza y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de la COMPAÑIA y por el CONTRATANTE, quien deberá devolverlos a la COMPAÑIA, salvo que se haya pactado la emisión de una Póliza electrónica

3.4 El inicio de la vigencia de la cobertura materia del presente contrato está condicionado a la aceptación de la solicitud del seguro por parte de la COMPAÑIA.

3.5 El CONTRATANTE Y/O ASEGURADO declara conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración vinculados a sus intereses en la póliza, mas no actos de disposición.

3.6 Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito o por cualquiera de los medios de comunicación pactados, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

3.7 Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y la COMPAÑIA surten todos sus efectos en relación al CONTRATANTE Y/O ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la ley vigente.

Artículo 4° Diferencias entre la propuesta y la póliza - Observación de la póliza

4.1 Queda establecido que cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta u oferta de la COMPAÑIA, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE si no reclama dentro de los treinta (30) días calendario de haber recibido la Póliza. La aceptación se presume solo si la COMPAÑIA advirtió al CONTRATANTE en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días calendario para rechazarlas. Si no se efectúa la referida advertencia se tendrán las diferencias como no escritas.

4.2 La solicitud de rectificación efectuada por el CONTRATANTE importa la propuesta de celebración de un nuevo contrato y no obliga a la COMPAÑIA, sino a partir del momento en que ésta le comunique por escrito o a su corredor, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. Si la COMPAÑIA no respondiera la solicitud de rectificación en el plazo de quince (15) días calendario de haberla recibido, se entenderá por rechazada, debiendo la COMPAÑIA restituir el íntegro de la prima que hubiere recibido dentro de los quince (15) días calendarios de vencido el plazo señalado. La eliminación o el rechazo de las diferencias no afectan la eficacia del contrato en lo restante, salvo que comprometan la finalidad económico-jurídica y el equilibrio del contrato.

4.3 Sólo después de transcurridos los treinta (30) días mencionados en el numeral 4.1. precedente, las diferencias producirán efectos, siempre y cuando el contratante lo acepte expresamente.

Artículo 5° Prima y Pago

5.1 La prima podrá ser modificada por la COMPAÑIA al vencimiento de la vigencia anual, por razones de orden técnico o comercial, previa comunicación al CONTRATANTE, cursada con una anticipación de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación. En caso contrario se entienden aceptadas las modificaciones propuestas. En el caso de los seguros grupales, el CONTRATANTE pondrá en conocimiento a los ASEGURADOS de las modificaciones realizadas a la póliza.

5.2 El pago de la prima sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que la COMPAÑIA o la entidad financiera autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando el recibo o el documento de financiamiento, o a partir del día y hora en que la entidad financiera realice el débito automático en la cuenta o tarjeta que haya sido previamente autorizada por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO.

5.3 Si las partes convinieran en el pago de la prima en forma fraccionada, suscribirán el correspondiente Convenio de Pago y la COMPAÑIA tendrá derecho a percibir los intereses pactados o en su defecto el interés de ley. Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos, no pudiendo el plazo para el pago de la última cuota de la prima exceder a la vigencia de la póliza. Los importes de dichos pagos

fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el periodo de cobertura.

5.4 Los corredores de seguros, salvo expresa autorización con sujeción a ley, están prohibidos de cobrar primas y/o extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de la COMPAÑIA. El pago hecho por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al corredor se tiene por no efectuado, mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente al Departamento de Caja de la COMPAÑIA o a la entidad financiera autorizada.

5.5 Queda claramente convenido que la aceptación por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO de letras de cambio representativas de las cuotas convenidas para el pago fraccionado de la prima o su refinanciación, en su caso, no constituirán novación de la obligación original. Tales letras de cambio, sólo una vez pagadas, constituirán recibo cancelatorio para el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO de las cuotas vencidas.

5.6 Los cheques y otras órdenes de pago sólo surtirán efecto cancelatorio a partir del día efectivo de pago de dichos documentos.

5.7 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la COMPAÑIA provenientes de notas de abono y/o de devoluciones pendientes; sin la previa y expresa aceptación de la COMPAÑIA.

5.8 Sin perjuicio del pago de las primas devengadas, en caso de siniestro total que deba ser indemnizado en virtud del contrato de seguro, la prima se entenderá totalmente devengada, debiendo la COMPAÑIA imputarla al pago de la indemnización correspondiente.

5.9 En caso que la COMPAÑIA hubiese comercializado el presente seguro a través de un comercializador, queda establecido que el pago de la prima efectuado por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al comercializador se considerará abonado a la COMPAÑIA.

Artículo 6° Período de Gracia

6.1 Es facultad de la COMPAÑIA conceder un periodo de gracia, en cuyo caso será estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, para efectuar el pago de cualquier prima vencida, sin cargo de intereses ni moras.

6.2 En tal caso la póliza continuará en pleno vigor durante dicho periodo de gracia, pero si dentro del mismo ocurriese el siniestro, toda prima vencida e impaga podrá ser deducida del beneficio exigible en virtud de esta Póliza.

Artículo 7° Efectos del Incumplimiento de pago en las Primas

7.1 Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del seguro se suspenderá automáticamente una vez que hayan transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, antes del vencimiento de dicho plazo, la COMPAÑIA comunicará de manera cierta al CONTRATANTE y ASEGURADO a través de los medios y en la dirección previamente acordada, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como le indicará el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La COMPAÑIA

no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantiene suspendida.

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

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

7.4 La COMPAÑÍA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida del seguro en caso de siniestro. En caso de siniestro total, la prima se entenderá totalmente devengada, debiendo la COMPAÑÍA imputarla al pago de la indemnización correspondiente.

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

Artículo 8° Rehabilitación

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

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

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

Artículo 9° Vigencia y Renovación

9.1 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.

9.2 La presente Póliza inicia su vigencia y expira en las fechas señaladas en las Condiciones Particulares y a las doce (12) del mediodía de ambas fechas inclusive.

9.3 El contrato de seguro se extingue indefectiblemente una vez cumplido el plazo pactado.

9.4 La renovación de la Póliza deberá ser solicitada por el CONTRATANTE o su corredor de seguros con una anticipación de 30 días calendario a su vencimiento.

9.5 La renovación del contrato de seguro no es automática ni obligatoria, salvo que exista cláusula de renovación automática o así se haya pactado en la Condiciones Particulares de la Póliza.

9.6 Si la COMPAÑÍA renueva la Póliza en forma automática, el CONTRATANTE puede a su libre elección suscribirla o devolverla para su anulación definitiva, dentro del plazo de 30 días calendario desde la renovación de la póliza.

Artículo 10° Nulidad del Contrato de Seguro

10.1 Será nulo el Contrato de Seguro por:

a) Ausencia de interés asegurable Actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.

b) Inexistencia del Riesgo Si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca. Si se acuerda que comprende un período anterior a su celebración, el contrato es nulo solo si al tiempo de su conclusión la COMPAÑÍA conoce la imposibilidad de que ocurra el siniestro o EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO conoce que se ha producido.

c) Reticencia y/o declaración inexacta dolosa De circunstancias conocidas por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, en tanto haya sido efectuado con dolo o culpa inexcusable. La COMPAÑÍA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a este supuesto, plazo que se computa desde que se toma conocimiento de la reticencia y/o declaración inexacta.

Efectos sobre la prima: En caso de nulidad de la Póliza por las causales descritas en los literales a) y b) la COMPAÑÍA devolverá el importe de prima establecido en las Condiciones Particulares.

En el caso del numeral c) las primas pagadas quedan adquiridas por la COMPAÑÍA para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

10.2. Pérdida de Derechos Indemnizatorios Desde el momento en que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurre en alguna de las causales de nulidad del contrato de seguro, devienen en ineficaces todos los derechos y beneficios pactados en la Póliza a su favor y caducan automáticamente los que pudieran haberse generado. EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO por tanto, perderá automáticamente todo derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ya hubiera cobrado la indemnización por algún siniestro o gozado de algún otro beneficio emanado de la Póliza, quedará automáticamente obligado frente a la COMPAÑÍA a la devolución correspondiente, conjuntamente con los intereses legales, gastos que se generen para la devolución, siempre que quede demostrado ante la autoridad competente y así haya sido requerida por la misma.

Artículo 11° Resolución del Contrato de Seguro

El contrato de seguro podrá resolverse:

11.1 Sin Expresión de Causa

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

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

Efecto sobre la prima: La COMPAÑÍA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido y tiene obligación de devolver, en caso la haya cobrado, el valor por el periodo no devengado (no cubierto). Para el caso de seguros masivos el CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, deberá solicitar la devolución a la COMPAÑÍA por escrito, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la póliza, ejecutándose la devolución en un plazo no mayor a 30 días calendarias desde la fecha en que se efectuó la solicitud.

En caso de seguros no masivos, la COMPAÑÍA procederá con el reembolso de la prima no devengada dentro del plazo de 30 días calendarios contados desde la solicitud de resolución del contrato comunicada por el CONTRATANTE.

11.2 Por incumplimiento de las siguientes cargas u obligaciones:

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

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

El alcance sobre la causal b) se encuentra señalado en el artículo sobre AGRAVACION DEL RIESGO de estas Cláusulas Generales de Contratación. La resolución por este supuesto se dará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al contratante y siempre que se haya hecho dentro de los quince (15) días siguientes de haber tomado conocimiento la COMPAÑÍA de la agravación del riesgo.

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

Efectos sobre las primas:

En el supuesto del literal a) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. En el supuesto del literal b) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. En el supuesto

del literal c) precedente, la COMPAÑÍA tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

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

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

Efecto sobre las primas:

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

Asimismo, la COMPAÑÍA tiene obligación de devolver la prima, en caso la haya cobrado, por el periodo no devengado (no cubierto), teniendo la COMPAÑÍA un plazo de treinta (30) días para efectuar la devolución. En tales casos, el CONTRATANTE no deberá efectuar gestión alguna y la prima le será devuelta en el plazo antes señalado.

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

- a) Decisión unilateral del ASEGURADO, para lo cual se seguirá el mismo procedimiento señalado en el numeral 11.1 de este artículo.
- b) Incumplimiento de las cargas u obligaciones señaladas en el numeral 11.2 en lo que corresponda, aplicándose las mismas reglas señaladas en dicho numeral.
- c) El rechazo por parte del ASEGURADO de la propuesta de reajuste de la prima o la suma asegurada, en el supuesto señalado en el numeral 11.3 precedente.

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

Artículo 12° Beneficiarios

12.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá designar a los BENEFICIARIOS en la Solicitud de Seguro y podrá solicitar su modificación en cualquier momento mediante cualquiera de los medios de comunicación pactados a la COMPAÑÍA, en la que especificará el cambio en la Póliza, sin la cual ningún cambio tendrá valor.

12.2 El cambio de BENEFICIARIOS será efectivo en la fecha de dicha comunicación.

12.3 La suma asegurada será pagada a los BENEFICIARIOS cuya designación en la Póliza se encuentre en vigor al fallecimiento del ASEGURADO. Si uno de los BENEFICIARIOS no viviera o no quisiera recibir su parte, ésta acrecentará la de los otros BENEFICIARIOS en partes iguales. Para estos efectos, cualquiera de los BENEFICIARIOS podrá acreditar ante la COMPAÑÍA el fallecimiento del BENEFICIARIO con la partida de defunción correspondiente. En caso de que el BENEFICIARIO se negare a recibir su parte, deberá hacerlo de manera expresa.

12.4 Los BENEFICIARIOS no tienen ni transmiten derecho alguno si fallecen antes que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO. Por lo tanto, en caso de fallecimiento de los BENEFICIARIOS antes que el ASEGURADO, o de no haberse designado BENEFICIARIOS, la suma asegurada será pagada a quienes el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya designado como HEREDEROS en su Testamento o Sucesión intestada.

12.5 En caso de duda sobre a quién o a quiénes debe efectuarse el pago, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante la autoridad judicial competente, a fin de que sea la autoridad judicial quién determine quiénes deben recibirla, quedando la COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad con los BENEFICIARIOS que aleguen derecho sobre la indemnización.

Artículo 13° Indemnización de los Siniestros

La COMPAÑÍA indemnizará las pérdidas o daños que directa y efectivamente ocurran por efecto de un siniestro, entendido como tal la realización de uno de los riesgos materia de cobertura; siempre que el evento se inicie dentro del período de vigencia de la Póliza y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO haya cumplido con las obligaciones a su cargo emanadas del contrato de seguro.

13.1 La indemnización que corresponda pagar por la COMPAÑÍA al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO en caso de siniestro, se determinará aplicando los términos y condiciones de la Póliza.

13.2 El límite de la indemnización a que se obliga la COMPAÑÍA en caso de siniestro ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, es la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual, nominalmente pactados en las Condiciones Particulares. En ningún caso ni por concepto alguno, podrá ser obligada la COMPAÑÍA a pagar una suma mayor.

13.3 La existencia y magnitud de una pérdida indemnizable bajo la Póliza debe ser probada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO.

13.4 Las Condiciones Generales de cada producto de seguro establecerá su propio procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro, detallando los requisitos para el aviso y la entrega de documentación que debe cumplir el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

13.5 La COMPAÑÍA tendrá un plazo de 30 días calendarios para comunicar al ASEGURADO sobre la aprobación o el rechazo del siniestro. Dicho plazo se cuenta desde que la COMPAÑÍA recibió la documentación e información completa requerida para solicitar la cobertura, señalado en el artículo sobre el AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA de las Condiciones Generales de la Póliza.

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

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

13.6 La COMPAÑÍA pagará el monto de la indemnización dentro del plazo de 30 días de consentido o aprobado el siniestro.

13.7 La COMPAÑÍA, queda facultada para acceder a la historia clínica del CONTRATANTE y/o ASEGURADO en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

13.8 La COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aun cuando ya hubiere pagado la indemnización. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO quedan obligados a cooperar con esta investigación. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no cooperara o si de esta resultara que el siniestro realmente no estaba cubierto por razones técnicas o por acto doloso o con culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, éstos quedan obligados a restituir las sumas pagadas más los intereses legales, en la vía judicial correspondiente.

13.9 La COMPAÑÍA quedará exenta de toda responsabilidad y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO perderá todo derecho al pago indemnizatorio, en los siguientes casos:

- a) Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o la persona que obre en su representación, presenta reclamación fraudulenta, engañosa o apoyada total o parcialmente en declaraciones inexactas o en documentos engañosos. En el supuesto que el BENEFICIARIO presente una reclamación fraudulenta sin conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, éste no perderá su derecho al pago indemnizatorio.
- b) Si las pérdidas o daños del siniestro fueran causados por un acto y/u omisión intencional y/o con culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO o si hubiera mediado algún acto u omisión imputable al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO que hubiese agravado el riesgo o las pérdidas ocasionadas por el siniestro.

En el caso de fraude, la COMPAÑÍA emitirá una comunicación escrita al ASEGURADO y/o CONTRATANTE con el fin de informarle que debido a ello se procederá a resolver el contrato de seguro, lo cual se hará efectivo desde el día siguiente de la notificación de la resolución.

13.10 La COMPAÑÍA no está obligada a otorgar adelantos a cuenta de la indemnización de un siniestro. Cuando los otorgue, tal liberalidad no podrá ser interpretada como un reconocimiento del siniestro. Si luego de otorgado un adelanto de la indemnización, resultare que el siniestro no estaba cubierto; el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO devolverá a la COMPAÑÍA el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar, en la vía judicial correspondiente.

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

Además se precisa que:

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

Artículo 14° Modificación de Condiciones Contractuales

14.1 DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO La COMPAÑÍA está obligada a comunicar por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión dentro de los (30) días calendarios siguientes contados desde que recibió la comunicación. EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a la COMPAÑÍA dentro del plazo antes señalado, por escrito. La COMPAÑÍA deberá emitir un endoso a la Póliza dejando constancia de la modificación efectuada. En el caso que el CONTRATANTE no esté de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, luego de lo cual no procederá la renovación automática del contrato. En los seguros grupales, la COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato, en cuyo caso no procede su modificación hasta el fin de la vigencia del contrato.

14.2 PROCEDIMIENTO DE MODIFICACIÓN EN CASO DE RENOVACIÓN

La COMPAÑÍA podrá modificar los términos y condiciones de la Póliza, incluyendo el monto de la prima, para lo cual deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la COMPAÑÍA para el caso de productos con renovación automática. En los seguros grupales, la COMPAÑÍA proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que él ponga en conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

Artículo 15° Agravación del Riesgo

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en su caso, deben notificar por escrito a la COMPAÑÍA los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si fueran conocidas por ella al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebrarían o lo hubiera hecho en condiciones más gravosas.

Comunicada a la COMPAÑÍA la agravación del riesgo, esta debe manifestar al contratante en el plazo de quince (15) días su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo.

Mientras la COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación continúan vigentes las condiciones del contrato original. Cuando la COMPAÑÍA opte por resolver el contrato tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

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

Si se omite comunicar la agravación, la COMPAÑÍA queda liberada de su prestación si el siniestro se produce mientras subsista la agravación del riesgo, excepto que:

- a) El contratante y/o asegurado incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable
- b) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a

cargo del asegurador.

c) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato en el plazo previsto en el artículo 61° de la Ley N° 29946

d) La COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

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

Artículo 16° Reducción de la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual

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

Artículo 17° Derecho de Arrepentimiento

Si la presente póliza ha sido ofertada a través del uso de sistemas a distancia por parte de la COMPAÑÍA o a través de comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el CONTRATANTE o ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o una nota de cobertura provisional, en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el CONTRATANTE o ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza o certificado de seguro respectivamente, podrá emplear, a su consideración, los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso el CONTRATANTE o ASEGURADO ejerza este derecho luego de haber pagado el total o parte de la prima, la empresa procederá a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que realizó la solicitud.

Artículo 18° Moneda

18.1 Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta Póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas.

18.2 No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición o tenencia de moneda extranjera, la Póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual y demás obligaciones, al tipo de cambio de venta libre correspondiente a la fecha de inicio de la vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o

limitación. La COMPAÑÍA informará de ello al ASEGURADO, dentro de un plazo de treinta (30) días de realizado la modificación de la póliza o el certificado de seguro.

Artículo 19° Tributos

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

Artículo 20° Mecanismos de solución de controversias

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana. El CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO también podrá acudir a las instancias habilitadas para que presenten sus reclamos o denuncias, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s, Defensoría del Asegurado e INDECOPI, según corresponda.

Artículo 21° Defensoría del Asegurado

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

Artículo 22° Domicilio

La COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO señalan como sus domicilios el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales, considerándose como tal el uso de correos electrónicos si es que fue pactado como medio de comunicación. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio sin cuyo requisito, carecerá de efecto para este contrato de seguro.

Artículo 23° Prescripción

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben a los diez años, desde que ocurrió el siniestro. En los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento, este plazo se computará desde que el BENEFICIARIO conoce la existencia del beneficio.

En consecuencia, vencido dicho plazo, la COMPAÑÍA queda liberada de cualquier responsabilidad emanada de esta Póliza.

Artículo 24° Declaración

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara que, antes de suscribir la Póliza, ha tomado conocimiento directo de todas las Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones conviene que quede sometido el presente contrato.

Artículo 25° Atención de Consultas y Reclamos

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 26° Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes

En el caso que el seguro de accidentes cuente con cobertura de muerte accidental, queda establecido que formará 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 29355.

Artículo 27° LEY DEL CONTRATO DE SEGURO Y NORMAS REGLAMENTARIAS

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá en cuenta que en todo lo no establecido en las presentes condiciones generales de contratación comunes o en aquello que haya discrepancia, prevalecerá la Ley N° 29946 - Ley del Contrato de Seguros y sus normas reglamentarias.