



Deshonestidad, Desaparición y Destrucción – 3D

Estimado Cliente:

Le agradecemos que nos haya elegido como su Aseguradora.

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

Le pedimos que lea detenidamente estas **Cláusulas Generales de Contratación y Condiciones Generales de Deshonestidad, Desaparición y Destrucción – 3D**, así como las Condiciones Particulares y Especiales, para conocer sus derechos, obligaciones y alcance de sus coberturas, beneficios y exclusiones.



Clausulas Generales de Contratación Aplicables a Seguros Generales

CLÁUSULAS GENERALES.

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

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

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

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

Artículo 1°.- Definiciones.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDICIONES GENERALES: Conjunto de las Cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las empresa de seguros para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza de seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PRIMA: La retribución o el precio del seguro.

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

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

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

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

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

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

VALOR ASEGURADO: Ver Suma Asegurada.

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

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

Artículo 2°.- Cláusula de Defensa del Asegurado.

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

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

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

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

Teléfono: 421 0614. www.defaseg.com.pe

Artículo 3°.- Objeto.

3.1. PRESTACIONES.

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

3.2. LÍMITES.

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

3.3. PARTES DE LA PÓLIZA Y PRELACIÓN DE CONDICIONES.

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

Artículo 4°.- Bases y Formalidades.

4.1. PRINCIPIOS DEL CONTRATO DE SEGURO.

El contrato de seguro se rige por los siguientes principios:

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

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

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

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

4.1.5. Causa adecuada.

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

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

4.2. DECLARACIONES.

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

4.3. FORMALIDAD.

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

4.4. LOS ACTOS PROPIOS OBLIGAN.

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

4.5. INICIO DE LA COBERTURA Y PAGO DE PRIMAS.

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

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

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

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

4.6. INTANGIBILIDAD DE ACUERDOS.

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

4.7. CORREDORES DE SEGUROS.

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración más no de disposición vinculados a sus intereses en la Póliza.

4.8. PROHIBICIÓN A CORREDORES.

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

4.9. AVISOS Y COMUNICACIONES.

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

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

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

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

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

5.1. PLAZO Y FORMA DE LA OBSERVACIÓN.

Dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la Póliza por el ASEGURADO, por el CONTRATANTE o por el Corredor de Seguros, se podrán formular observaciones respecto de su contenido. En caso el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta u oferta, se requiere la previa aprobación por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

5.2. DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA.

Cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la póliza. Esta aceptación se presume solo cuando la COMPAÑÍA advierte al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por la COMPAÑÍA, se tendrán las diferencias como no escritas salvo que sean más beneficiosas para el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

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

La eliminación o el rechazo de las diferencias no afectan la eficacia del contrato en lo restante, salvo que comprometan la finalidad económico-jurídica del contrato.

5.3. ENDOSO MODIFICATORIO.

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

Artículo 6°.- Pago de la Prima.

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

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

6.1. EFECTO CANCELATORIO.

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

6.2. EXIGIBILIDAD DE LA PRIMA.

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

6.3. PROHIBICIÓN DE EFECTUAR PAGOS AL CORREDOR DE SEGUROS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido y tiene derecho al cobro de la prima devengada. Para dichos efectos, dicho plazo corresponderá al de

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

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

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

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

6.8. REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA.

La rehabilitación de la cobertura de seguro, cuando el contrato se encuentra suspendido, se aplica hacia el futuro y requiere del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda a un seguro individual o un seguro de grupo o colectivo respectivamente el pago total de las cuotas vencidas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación.

La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, mientras que la COMPAÑÍA no haya expresado por escrito su decisión de resolver el contrato.

6.9. ACEPTACIÓN, EMISIÓN O GIRO DE TÍTULOS VALORES.

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

6.10. COMPENSACIÓN.

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

Artículo 7°.- Cargas y Obligaciones del ASEGURADO.

7.1. DECLARACIÓN DE OTROS SEGUROS.

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

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

7.2. CARGA DE MANTENER EL ESTADO DE RIESGO.

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

7.3. AGRAVACION DEL RIESGO.

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

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

7.4. DEBER DE PERMITIR LA INSPECCIÓN DEL RIESGO.

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

7.5. CARGA DE EVITAR O DISMINUIR LAS PÉRDIDAS.

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

7.6. DEBER DE SALVAMENTO.

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

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

7.7. AVISO DEL SINIESTRO.

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

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

7.8. SANCION POR INCUMPLIMIENTO.

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

7.9. SUBSISTENCIA DE LA COBERTURA.

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

7.10. PRUEBA DEL SINIESTRO Y REMISIÓN DE NOTIFICACIONES RECIBIDAS.

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

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

7.11. CARGA DE INFORMACIÓN Y COOPERACIÓN.

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

7.12. GASTOS ORDINARIOS.

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

7.13. INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO.

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

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

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

Artículo 8°.- Nulidad del Contrato de Seguro.

8.1. CAUSALES.

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

8.1.1. Ausencia de interés asegurable.

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

8.1.2. Inexistencia de riesgo.

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

8.1.3. Reticencia y/o declaración inexacta dolosa.

La reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO.

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

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

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

8.1.4. Sobreseguro de mala fe.

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

8.2. EFECTOS SOBRE LA PRIMA.

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

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

8.3. PÉRDIDA DE DERECHOS INDEMNIZATORIOS.

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

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

8.4. SUBSISTENCIA DEL CONTRATO SE SEGURO.

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

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

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

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

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

Artículo 9°.- Resolución del Contrato de Seguro.

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

9.1. SIN EXPRESIÓN DE CAUSA.

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

9.2. POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.

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

9.3. POR RECLAMACION FRAUDULENTO O ENGAÑOSA.

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

9.4. POR SINIESTRO CAUSADO POR ACTO U OMISION INTENCIONAL.

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

9.5. POR AGRAVACION DEL RIESGO.

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

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

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

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

9.5.1. Efectos en caso de siniestros.

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

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

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

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

9.5.2. Excepciones a la agravación del riesgo.

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

9.6. POR OCULTAMIENTO INTENCIONAL DE INFORMACIÓN.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.9. LUEGO DE PRODUCIDO EL SINIESTRO.

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

9.10. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO.

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

Artículo 10°.- Atención de Siniestros.

10.1. PRINCIPIO DE INDEMNIZACION.

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

10.2. LÍMITE Y CÁLCULO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

10.2.1. Infraseguro.

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

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

10.2.2. Sobreseguro.

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

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

10.3. CARGA DE LAS PARTES.

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

10.4. PARTICIPACION DEL AJUSTADOR O PERITO.

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

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

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

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

10.5. MODALIDADES DE INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

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

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

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

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

10.7. PLAZO PARA INDEMNIZAR.

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

10.8. CONSENTIMIENTO DEL SINIESTRO.

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

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

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

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

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

10.9. AMPLIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

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

10.10. PLAZOS ESPECIALES.

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

10.11. OBSERVACIONES AL CONVENIO DE AJUSTE.

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

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

10.12. PÉRDIDA DEL DERECHO INDEMNIZATORIO.

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

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

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

10.13. ADELANTO DE LA INDEMNIZACION.

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

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

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

10.14. GASTOS CON CARGO A LA PÓLIZA.

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

10.15. RESERVA DE INVESTIGACIÓN ULTERIOR.

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

10.16. CONCURRENCIA DE SEGUROS.

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

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

10.17. CONCURRENCIA DE COBERTURAS.

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

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

10.18. COASEGURO.

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

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

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

10.19. DEDUCIBLE.

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

10.20. ABANDONO.

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

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

10.21. GASTOS DE LA VERIFICACION Y LIQUIDACION.

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

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

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

11.1. CESIÓN DEL BIEN O INTERÉS ASEGURADO.

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

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

11.2. TITULAR DE LA PÓLIZA.

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

11.3. ENDOSATARIOS.

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

Artículo 12°.- Reducción de la Suma Asegurada.

12.1. SUMA ASEGURADA DESPUÉS DEL SINIESTRO.

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

12.2. RESTITUCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

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

Artículo 13°.- Subrogación y Salvamento.

13.1. SUBROGACIÓN.

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

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

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

13.2. DERECHOS SOBRE EL SALVAMENTO.

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

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

13.3. COOPERACIÓN.

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

13.4. DEVOLUCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

13.5. CONCURRENCIA DE LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO.

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

13.6. DEDUCCIÓN EN EL SINIESTRO.

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

Artículo 14°: Prescripción.

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

Artículo 15°: Moneda.

15.1. PAGO EN LA MONEDA PACTADA.

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

15.2. CONVERSIÓN LEGAL.

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

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

Artículo 16°.- Territorialidad.

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

Artículo 17°: Tributos.

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

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

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

Artículo 19°.- Solución de Controversias.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 20°.- Domicilio.

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

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

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

Artículo 21°.- Datos Personales.

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

De acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus Datos Personales al Banco de Datos de titularidad de LIBERTY SEGUROS

S.A. (la "COMPAÑÍA"), que estará ubicado en sus oficinas ya sea a nivel nacional y/o internacional; que conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán a fin de realizar las verificaciones al momento de la celebración de contratos con La COMPAÑÍA, ejecutar los términos comprometidos en la contratación y evaluar la calidad del servicio.

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

Los Datos Personales proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las Bases de Datos de la COMPAÑÍA y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece la COMPAÑÍA y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual, únicamente para fines del cumplimiento contractual.

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

El titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida a la COMPAÑÍA.

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

PÓLIZA DE SEGURO DE DESHONESTIDAD, DESAPARICIÓN Y DESTRUCCIÓN - 3 D

Condiciones Generales

DESHONESTIDAD, DESAPARICIÓN Y DESTRUCCIÓN - 3 D (SEGÚN OCURRENCIA DE PÉRDIDA)

Capítulo I: Definiciones.

Para los efectos de la presente póliza, las palabras, términos y/ expresiones referidas a continuación, tendrán los siguientes significados:

1.1. A VALOR TOTAL: Modalidad de seguro en la que queda convenido que en la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, el ASEGURADO fijará la suma asegurada, la cual debe coincidir con el valor declarado de los bienes que conforman la materia asegurada de acuerdo con los criterios estipulados en el capítulo III de estas Condiciones Generales. Asimismo si durante la vigencia de la póliza el ASEGURADO adquiriese bienes que debieran ser incorporados dentro de la materia asegurada, el ASEGURADO deberá informar de ello a la COMPAÑÍA y actualizar la suma asegurada en la fecha de adquisición. Sólo cuando se cumpla con esta condición se dará por incorporados esos bienes dentro de la materia asegurada. La información sobre la adquisición de esos bienes constituye una modificación a solicitud del ASEGURADO, por lo cual se aplica lo estipulado en el párrafo precedente. El ASEGURADO deberá actualizar la suma asegurada en la fecha de modificación o de cada renovación, según corresponda.

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

1.3. ACTO DE DESHONESTIDAD: La acción de un trabajador o varios trabajadores de una empresa, de apoderarse para su propio beneficio de las cosas, bienes, dinero o valores (patrimonio) de la empresa, sin el consentimiento de su propietario o poseedor, por medios ilegales. Apropiación ilícita, robo, falsificación, fraude o estafa.

1.4. APROPIACIÓN ILÍCITA: Acción y efecto de tomar o apoderarse de una cosa o bien sin consentimiento de su dueño o poseedor, por medios ilegales o inmorales; robar.

1.5. BOVEDA: Compartimiento, lugar o espacio construido con paredes de cemento armado o de piedra y cuyas puertas, ventanas y demás aberturas se cierran con puertas blindadas, cerraduras de cajas de seguridad o chapas blindadas y además con barras transversales de fierro colocadas en el interior.

1.6. CAJA FUERTE: Mueble metálico que debe tener de 100 a 300 kilos de peso, con llave y cerradura de combinación.

1.7. CAJA REGISTRADORA O CAJA CHICA METÁLICA: Mueble metálico con chapa y llaves, que se emplea en el registro de ventas y para el depósito de dinero producto de las ventas.

1.8. CAJA DE CAUDALES: Mueble fijo metálica que debe tener más de 300 kilos de peso, estar construido con paredes exteriores e interiores blindadas en acero templado y con cemento armado o con composiciones químicas contra la fusibilidad en su interior, y cuyas puertas tengan cerraduras de seguridad y chapas blindadas.

1.9. CAJA DE SEGURIDAD EMPOTRADA: Mueble fino metálico que debe tener un peso mínimo de 30 Kilos y estar empotrado a la pared, a un mueble o anclado al Piso.

1.10. COLUSIÓN: Complicidad o trato entre varios para cometer un daño o perjuicio a otro.

1.11. DESCUBRIMIENTO: Se considera que ocurre el Descubrimiento en el momento mismo en que el ASEGURADO; o cualquier socio o director o gerente general del ASEGURADO; o cualquier gerente o funcionario o jefe de división o jefe de departamento del ASEGURADO que no esté coludido con el Trabajador, detecta o toma conocimiento o recibe información, de cualquier acto o hecho o indicio que conducirían a cualquier persona razonable a creer o considerar que un Acto de Deshonestidad o un fraude o una falsificación ha sido cometida, o que una pérdida ha ocurrido o podría haber ocurrido, aun cuando no se tenga conocimiento de los importes de la pérdida o de los detalles de la forma cómo se produjo o se podría haber producido la pérdida.

1.12. EMPRESA DE VEHÍCULOS BLINDADOS DE TRANSPORTE DE VALORES: Empresa dedicada al transporte de dinero y/o valores en vehículos blindados, legalmente constituidas, autorizadas por los organismos públicos pertinentes de conformidad con lo establecido las normas legales correspondientes, y con la cual el ASEGURADO tenga suscrito un contrato.

1.13. EQUIVOCACIÓN O ERROR: Acción y efecto de fallar o tomar una cosa por otra por descuido y sin mala intención.

1.14. EVENTO ACCIDENTAL, SÚBITO E IMPREVISTO: Es aquel que el ASEGURADO o sus representantes no hubieran podido prever, con los conocimientos técnicos necesarios para el ejercicio de sus actividades propias a la fecha del siniestro, sin incurrir en culpa grave.

1.15 EXTORSIÓN: Exclusivamente para efectos de esta póliza, significará:

1) Amenaza de pública difamación o daño semejante que se hace o ejerce contra alguien, a fin de obtener de él bienes, dinero y/o valores, u otro provecho.

2) Presión que, mediante violencia o amenazas de cualquier tipo o manteniendo a alguna persona o personas de rehén, se ejerce sobre alguien para obligarle a obrar en determinado sentido o a entregar dinero y/o valores y/u otros bienes.

No significa extorsión, la modalidad de “Asalto” descrita en la definición de Robo o intento de Robo en las presentes Condiciones Generales.

1.16. FALSIFICACIÓN: Acción y efecto de adulterar un documento, título - valor o papel moneda.

1.17. INVENTARIO: Recuento, listado y/o valorización de mercancías o bienes en el local(es) asegurado(s), mediante conteo, pesado, o medición de las existencias.

1.18. MENSAJERO: Cualquier Trabajador autorizado por el ASEGURADO para trasladar dinero o valores del ASEGURADO fuera del local en donde opera el ASEGURADO.

1.19. PERIODO DE DESCUBRIMIENTO: El Periodo de Descubrimiento de cada pérdida a la que se refiere el Convenio I del artículo 2.1. de las presentes Condiciones Generales, es de hasta doce (12) meses contados a partir de la fecha de ocurrida esa pérdida. Consecuentemente, sólo están amparadas las pérdidas ocurridas dentro de los doce (12) meses inmediatamente anteriores a la fecha de Descubrimiento, y que hayan efectivamente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

1.20. PREDIO: Bien inmueble que figura como Ubicación del Riesgo en las Condiciones Particulares de la Póliza. Lugar donde se encuentra la materia asegurada.

1.21. ROBO: Exclusivamente para efectos de esta póliza, significará el apoderamiento ilícito de los bienes descritos como materia asegurada en las Condiciones Particulares, cometida únicamente usando alguna de las siguientes modalidades:

1) Fractura. Ingreso al predio que contiene los bienes descritos como materia asegurada en las Condiciones Particulares, empleando violencia contra las puertas o ventanas – incluyendo sus chapas, cerrojos, o candados – y/o contra las paredes o techos o pisos del inmueble.

2) Ganzúa. Ingreso al predio que contiene los bienes descritos como materia asegurada en las Condiciones Particulares, empleando ganzúas – en lugar de las llaves – para abrir las cerraduras de las puertas de ingreso al lugar del seguro.

3) Escalamiento. Ingreso al predio que contiene los bienes descritos como materia asegurada en las Condiciones Particulares, utilizando una vía distinta de las puertas del inmueble.

4) Uso de Llaves. Ingreso al predio que contiene los bienes descritos como materia asegurada en las Condiciones Particulares, utilizando las llaves de las cerraduras de las puertas del inmueble, siempre que dichas llaves hayan sido obtenidas mediante el uso de la violencia directamente contra la persona que, con la debida autorización del asegurado, tiene en su poder las llaves.

5) Introducción Furtiva. Ingreso subrepticio y sin violencia al predio que contiene los bienes descritos como materia asegurada en las Condiciones Particulares, con la finalidad de ocultarse y cometer la apropiación fuera de la jornada laborable.

Para que constituya introducción furtiva, la salida del predio deberá haberse hecho empleando medios violentos.

6) Asalto. Uso de la violencia o amenazas de violencia personal o intimidación en presencia de, y ejercido directamente contra el ASEGURADO o sus familiares o su Administración o sus dependientes o empleados o vigilantes.

7) Arrebató. Quitar, con violencia y/o fuerza, la materia asegurada que está en manos o en poder del ASEGURADO o sus familiares o su Administración o su dependientes o empleados o vigilantes.

8) Circunstancial. Sustracción de la materia asegurada que está en manos o en poder del ASEGURADO o sus familiares o su Administración o su dependientes o empleados o vigilantes, perpetrada aprovechando su imposibilidad de defensa a causa de muerte repentina, desmayo o accidente.

Para que constituya Robo bajo las modalidades 1, 2, 3, 4 y 5, es necesario que queden huellas evidentes e indubitables de los hechos.

1.22. SECUESTRO: Raptar o retener o detener indebidamente a una o más personas para exigir dinero y/o valores y/u otros bienes, por su rescate o liberación. **1.23. TITULO – VALOR:** Para los efectos de esta póliza se entiende todo cheque bancario, letra de cambio, pagaré, acción, giro, orden de pago.

1.24. TERRORISMO: Para efectos de este seguro se define como un acto, preparación de una acción, o amenaza de acción, dirigidos a influir en el gobierno de hecho o de derecho de cualquier nación o en cualquier parte del mismo; o dirigidos a la intimidación, con fines políticos, religiosos, ideológicos o similares, de la población o de una parte de la población de cualquier nación, por parte de una o más personas, ya actúen solas o ya lo hagan de parte o en conexión con organizaciones o gobiernos de hecho o de derecho; y que:

- 1) Supongan violencia contra una o más personas; o
- 2) Lleven consigo daños a la propiedad; o
- 3) Pongan en peligro la vida de personas que no sean las personas que cometen la acción; o
- 4) Creen un riesgo para la salud o seguridad de la población o de un sector de la misma; o
- 5) Vayan dirigidos a interferir con sistemas electrónicos o a perturbar su funcionamiento.

1.25. TRABAJADOR: Cualquier persona natural que, durante el curso ordinario del negocio:

- 1) Presta servicios al ASEGURADO, y que
- 2) Esté remunerado a sueldo, jornal y/o comisión, y que
- 3) Tenga una relación continua de dependencia y al que el ASEGURADO tenga el derecho de dirigir permanentemente mientras desempeñe sus labores.

Siempre que su inclusión conste específicamente en las Condiciones Particulares, y solo mientras desempeñen labores de Trabajador, podrán ser considerados como Trabajadores:

- a) Los Directores que tengan responsabilidades ejecutivas delegadas por el Directorio y retribución económica periódica.

b) Practicantes.

c) Vigilantes y trabajadores temporales o permanentes, que pertenezcan a personas jurídicas distintas del ASEGURADO.

d) Profesionales o especialistas u otros, cuyos servicios sean cancelados mediante honorarios profesionales.

1.26. VALOR ACTUAL: Valor Real. Se obtiene deduciendo del valor de reposición, reemplazo o valor a nuevo en el momento del siniestro, la depreciación calculada en función de la vida útil y el estado de conservación del equipo correspondiente.

1.27. VALOR DE REPOSICION, REEMPLAZO O VALOR A NUEVO: Cantidad de dinero que exigiría la adquisición de un bien nuevo de la misma clase, marca, modelo, capacidad y características, incluyendo gastos de montaje, transporte y derechos de aduana si los hubiere.

1.28. VALORES: Todos los instrumentos, papeles o contratos negociables y no negociables, que representan dinero u otros bienes o propiedad, incluyendo timbres fiscales y otros sellos de uso común y corriente, o fichas o boletos, pero no incluyendo el Dinero.

Capítulo II: Cobertura del seguro.

Sujeto a que cada Convenio de Seguro y Suma Asegurada se encuentre expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, la COMPAÑÍA cubre:

2.1. CONVENIO I: Deshonestidad del Trabajador.

Las pérdidas de dinero, valores u otros bienes efectivamente sufridas por el ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, resultante directamente de cualquier Acto de Deshonestidad cometido durante la vigencia de la Póliza por cualquier Trabajador, sea que éste haya actuado solo o en colusión con otras personas, siempre y cuando el Acto de Deshonestidad y/o la pérdida sea descubierta durante el Periodo de Descubrimiento, según se define en la presente póliza.

2.2. CONVENIO II: Dinero y/o Valores Dentro de los Locales.

La pérdida, daño o destrucción de dinero efectivo y/o valores efectivamente sufrida por el ASEGURADO, siempre que dicha pérdida, daño o destrucción haya ocurrido durante la vigencia de la Póliza y dentro del Predio del Seguro.

Asimismo, dentro de los límites de Sumas Aseguradas que, para este Convenio y Predio del Seguro, figuran en las Condiciones Particulares, la Póliza se extiende a cubrir:

a) La pérdida, daño o destrucción de las cajas fuertes, bóvedas, cajas de seguridad, y cajas de caudales que contienen el dinero efectivo y/o valores, como consecuencia de violentarlos ilícitamente para sustraer, o intentar sustraer, el dinero y/o valores allí contenidos, siempre y cuando la pérdida, daño o destrucción ocurra durante la vigencia de la Póliza.

b) Los daños materiales o deterioros que ocurran durante la vigencia de la Póliza en los inmuebles que sean Predio del Seguro, siempre y cuando dichos daños materiales o deterioros sean causados directamente por los delincuentes con la finalidad de cometer el Robo o intento

de Robo y solo si el ASEGURADO es el propietario o el responsable por los daños que ocurran al inmueble que sea Predio del Seguro.

2.3. CONVENIO III: Dinero y/o Valores Fuera de los Locales.

La pérdida, daño o destrucción de dinero efectivo y/o valores efectivamente sufrida por el ASEGURADO, siempre que dicha pérdida, daño o destrucción haya ocurrido durante la vigencia de la Póliza y fuera del

Predio del Seguro, y siempre y cuando el dinero efectivo y/o valores esté siendo transportado por Mensajeros o por una Empresa de Vehículos Blindados de Transporte de Valores.

La cobertura descrita en el párrafo anterior está limitada a:

a) Dinero y/o valores en poder de cualquier Mensajero, durante el tránsito directo a, o de, los Bancos y/o entre los Locales del ASEGURADO durante las horas normales de trabajo del ASEGURADO.

b) Dinero y/o valores en poder de cualquier Empresa de Vehículos Blindados de Transporte de Valores.

La responsabilidad de la COMPAÑÍA bajo los alcances de este Convenio III, se inicia en el momento en que el Mensajero o la Empresa de Vehículos Blindados de Transporte de Valores recibe el dinero efectivo y/o valores, y termina con la entrega del dinero efectivo y/o valores, según sea el caso, en los Locales del mismo ASEGURADO y/o del Banco.

Siempre que conste expresamente en las Condiciones Particulares, este Convenio III puede extenderse a cubrir dinero y/o valores en Poder de Cobradores y/o cualquier Trabajador que ejecute una labor de cobranza.

En ese caso, responsabilidad de la COMPAÑÍA bajo los alcances de este Convenio III, se inicia en el momento en que el Cobrador y/o el Trabajador que ejecuta la labor de cobranza, recibe el dinero efectivo y/o valores, y termina con la entrega del dinero efectivo y/o valores en los Locales del mismo ASEGURADO y/o en el Banco.

2.4. CONVENIO IV: Falsificación de Cheques, Otros Medios de Pago y de Moneda.

La pérdida que efectivamente sufra el ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, en el curso normal del negocio, por la aceptación de buena fe, a cambio de mercancía o en pago de servicios, de:

a) Cualquier cheque, boleta de depósito, carta de transferencia de fondos, u órdenes de compra; siempre que ese cheque o boleta de depósito o carta de transferencia de fondos u órdenes de compra, no sea realizado o ejecutado o pagado a su presentación por razón de ser falsificado o adulterado.

b) Tarjetas de crédito, siempre y cuando el ASEGURADO demuestre que:

1. La tarjeta de crédito era robada o falsificada, y que
2. El fraude haya sido hecho en presencia del ASEGURADO o personal del ASEGURADO, y que
3. El defraudador haya presentado un documento de identidad falsificado o adulterado, y que

4. El defraudador haya falsificado la firma del verdadero titular de la tarjeta.

c) Moneda o billetes falsificados.

2.5. CONVENIO V: Falsificación de Documentos Bancarios del ASEGURADO.

La pérdida que efectivamente sufra el ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza:

A. A causa de la falsificación o alteración de cualquier:

a) Cheque

b) Libranza

c) Pagaré

d) Letra de cambio

e) Cualquier otra nota comercial, orden o instrucción escrita de pagar alguna cantidad de dinero emitido o girado, o supuestamente emitido o girado, por el ASEGURADO; o girado, o supuestamente girado, a cargo del ASEGURADO; o emitido o girado, o supuestamente emitido o girado, por un tercero actuando en calidad de agente del ASEGURADO.

B. A causa de:

a) Cualquier cheque emitido o girado en nombre del ASEGURADO, pagadero a favor de una persona ficticia, y endosado en nombre de tal persona ficticia.

b) Cualquier cheque del ASEGURADO obtenido en una transacción comercial en presencia del ASEGURADO o de alguna persona actuando como agente del ASEGURADO, por cualquier persona que suplante a otra, siempre que el cheque haya sido emitido o girado en nombre del ASEGURADO para ser pagado a la orden del suplantado y haya sido endosado por cualquier otra persona que no sea el mismo suplantado.

c) Cualquier cheque para el pago de nómina emitido o girado por el ASEGURADO, pagadero al portador, así como también a favor de cualquier persona nombrada específicamente, y que fuera endosado por cualquier otra persona distinta a la nombrada en el cheque y sin la autorización de ésta.

Ya sea que, de acuerdo con la Ley Peruana, los endosos mencionados en estos tres incisos, se califiquen o no como falsificación.

Los facsímiles de firmas reproducidas mecánicamente, serán tratados de igual manera como si fueran firmas manuscritas.

Si el ASEGURADO o el Banco deniegan el pago de los instrumentos mencionados en este Convenio V alegando que dichos instrumentos son falsos o adulterados, y si como consecuencia de esa denegación, son demandados judicialmente para obtener el pago, y siempre y cuando la COMPAÑÍA haya aceptado por escrito proceder con la defensa en dicho juicio, este Convenio V se extenderá a cubrir los importes por gastos y honorarios, así como los costos y costas legales, necesaria, razonable y efectivamente incurridos en la defensa de ese juicio.

2.6. CONVENIO VI: Robo de Bienes dentro de los locales.

Los bienes descritos como Materia Asegurada en las Condiciones Particulares, contra las pérdidas físicas y/o daños materiales que le ocurran durante la vigencia de la Póliza, a consecuencia directa de Robo o intento de Robo.

Asimismo, la Póliza se extiende a cubrir los daños materiales o deterioros que ocurran durante la vigencia de la Póliza en los inmuebles que sean el Predio del Seguro, siempre y cuando dichos daños materiales o deterioros sean causados directamente por los delincuentes con la finalidad de cometer el Robo o intento de Robo y solo si el ASEGURADO es el propietario o el responsable por los daños que ocurran al inmueble que sea el Predio del Seguro. Esta extensión de cobertura solo opera en exceso de la extensión descrita en el inciso 2.2 b) del presente capítulo.

2.7. LUGAR DEL SEGURO.

Para efectos del amparo otorgado bajo los alcances del Convenio I y del Convenio VI, la COMPAÑÍA cubrirá la Materia Asegurada, exclusivamente mientras dicha Materia Asegurada se halle dentro de los Locales señalados como Lugar del Seguro en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

Capítulo III: Declaración de trabajadores y sumas aseguradas.

3.1. Convenio I. En la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO fijará una Suma Asegurada y deberá declarar la totalidad de Trabajadores del ASEGURADO, los cuales deberán agruparse en las siguientes tres clasificaciones denominadas

Categorías: 3.1.1. Categoría “A”. Trabajadores que, durante el curso de sus funciones habituales en la empresa:

- a. Tienen acceso a las, o manejo de las, o control de las, mercancías, o
- b. Manejan o custodian o transportan dinero en efectivo, títulos o valores, o
- c. Confeccionan o controlan las nóminas, o
- d. Custodian el local donde opera el ASEGURADO o a los Mensajeros.

3.1.2. Categoría “B”. Trabajadores que, durante el curso de sus funciones habituales en la empresa, eventualmente realizan alguna de las funciones mencionadas en la Categoría “A”.

3.1.3. Categoría “C”. Trabajadores no contemplados en las Categorías “A” o “B”.

Si durante la vigencia de la Póliza, o durante cualquier renovación, se modifica el número de Trabajadores de alguna de las Categorías, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá informarlo a la COMPAÑÍA.

3.2. Convenios II, III, IV y V. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO fijará una Suma Asegurada para cada uno de estos Convenios.

3.3. Convenio VI. Las modalidades de aseguramiento bajo este Convenio pueden ser A VALOR TOTAL ó A PRIMER RIESGO RELATIVO según se define en la presente póliza. El valor

declarado de los bienes que conforman la materia asegurada para ambas modalidades al inicio de la vigencia del seguro, deberá corresponder al valor de reposición, reemplazo o valor a nuevo

Capítulo IV: Cese de la cobertura del seguro.

4.1. Convenio I: La cobertura otorgada por el Convenio I de esta Póliza respecto de cada Trabajador, cesa antes de la fecha de vencimiento de la Póliza, desde el momento mismo en que se produce cualquiera de los siguientes hechos:

4.1.1. Cuando ocurre el Descubrimiento.

4.1.2. Cuando el ASEGURADO; o cualquier socio o director del ASEGURADO; o cualquier gerente o funcionario o jefe de división o jefe de departamento del ASEGURADO que no esté coludido con el Trabajador; toma conocimiento, o recibe o tiene información, de que el Trabajador ha cometido algún Acto de Deshonestidad, sea que el Acto de Deshonestidad haya sido cometido antes o después del inicio de la vigencia, o antes de que sea Trabajador del ASEGURADO.

4.2. Convenios II y VI. La cobertura otorgada por los Convenios II y VI de esta Póliza cesa automáticamente para toda la Materia Asegurada contenida en el predio que figura como Lugar de

Seguro, cuando ese predio, en todo o en parte, se cayere, hundiere o desplazare, por cualquier razón, debiendo la COMPAÑÍA devolver al CONTRATANTE o ASEGURADO la prima no devengada correspondiente a la Materia Asegurada cuya cobertura cesa.

La COMPAÑÍA podrá rehabilitar la cobertura, la cual tendrá efecto desde el momento mismo de la rehabilitación, la cual constará en Endoso en la Póliza.

Capítulo V: Exclusiones del seguro.

5.1. Este seguro no cubre las pérdidas o daños que, en su origen o extensión, sean causados directa o indirectamente por, o surjan o resulten de:

5.1.1. Actos de naturaleza fraudulenta o dolosa, o acto intencional, o negligencia inexcusable, del ASEGURADO o CONTRATANTE o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, o de los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad de cualquiera de ellos, o de la Gerencia General.

5.1.2. Guerra, conflictos armados, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra, sea que la guerra haya sido declarada o no; guerra civil, sublevación, insurgencia, insubordinación, rebelión, revolución, conspiración, insurrección, sedición, asonada, huelga, motín, conmoción civil, sabotaje, alboroto popular, cierre patronal (lock-out), levantamiento popular, levantamiento militar, y, en general, hechos de carácter político social que alteren el orden público o constitucional; confiscación, requisita, expropiación, o nacionalización; destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad; poder militar o usurpación del poder; o cualquier evento o causa que determine la proclamación de estado de sitio.

5.1.3. Cualquier Acto de Terrorismo.

5.1.4. Material para armas nucleares o material nuclear. Reacción nuclear o radiación nuclear o contaminación radioactiva o radiaciones ionizantes o contaminación por la radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible nuclear.

5.1.5. Vandalismo o daño malicioso, incluso el vandalismo o daño malicioso perpetrado por los autores del Robo o intento de Robo.

5.1.6. Extorsión o chantaje o secuestro.

5.2. El Convenio I no cubre las pérdidas que, en su origen o extensión, sean causados directa o indirectamente por, o surjan o resulten de:

5.2.1. Colusión del Trabajador con el ASEGURADO, o CONTRATANTE o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, o de los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad de cualquiera de ellos, o con los accionistas o directores o gerencia general del ASEGURADO.

5.2.2. Robo o intento de Robo.

5.2.3. Cualquier error, equivocación, incompetencia o falta de discreción del Trabajador.

5.2.4. Algún acto u omisión no dolosa del Trabajador.

5.3. Los Convenios II y VI no cubren:

5.3.1. Los bienes que se encuentren en patios, jardines, terrazas, azoteas, así como, en general, en lugares que no tengan más defensa que los muros perimétricos del inmueble.

No obstante, sí están amparados los bienes que forman parte de la Materia del Seguro amparados bajo el Convenio VI que, por su naturaleza, están instalados a la intemperie o en los sitios mencionados en el párrafo precedente dentro del inmueble señalado como Lugar del Seguro, pero siempre y cuando dicho inmueble esté cercado perimetralmente con un muro construido de ladrillo y cemento, y cuente con puertas debidamente protegidas con cerraduras.

5.3.2. Pérdidas o daños de cualquier tipo, ocurridos en locales que se encuentren desocupados o deshabitados por más de siete (7) días calendarios consecutivos.

5.4. Salvo acuerdo especial, el mismo que deberá constar en las Condiciones Particulares de la presente Póliza con indicación expresa de su respectiva Suma Asegurada, los siguientes bienes están excluidos de la cobertura señalada en el Inciso 2.6. del capítulo II de la presente Póliza:

5.4.1. Libros y registros contables y/o estadísticos y/o de cualquier naturaleza; manuscritos, planos, dibujos, croquis, modelos, moldes, patrones, sellos y otros objetos similares; software y licencias; fórmulas de cualquier tipo; chips y, en general, cualquier medio físico, magnético, o digital que contenga o almacene o administre información.

5.4.2. Bienes cuya propiedad no sea del ASEGURADO.

5.4.3. Relojes de uso personal, perlas, piedras preciosas (sueltas o engastadas), metales preciosos (en forma de joyas, monedas, lingotes, medallas u otros objetos de comercialización), platería, pieles, cuadros, pinturas, esculturas, dibujos; las obras de arte, muebles u objetos que tengan especial valor artístico, científico o histórico.

5.4.4. Bibliotecas, así como colecciones de cualquier tipo.

5.5. Los Convenios II, III, IV y V no cubren las pérdidas que, en su origen o extensión, sean causados directa o indirectamente por, o surjan o resulten de:

5.5.1. La participación de algún Trabajador sea actuando por sí solo o en colusión con otros.

No obstante, bajo los Convenios II y III, y a menos que no sea aplicable otra exclusión o condición de la Póliza, no se excluyen las pérdidas causadas directamente por Robo o intento de Robo en las cuales participe algún Trabajador, sea actuando por sí solo o en colusión con otros.

5.6. Esta Póliza no cubre:

5.6.1. Pérdidas por interrupción de la explotación comercial o industrial; pérdidas indirectas por falta de alquiler o uso; suspensión o cesación del negocio; incumplimiento o resoluciones de contratos, demora, multas, penalidades; pérdida de mercado y/o lucro cesante, intereses o costo de dinero, o pérdida de oportunidades: y, en general, cualquier daño o pérdida indirecta o consecencial.

5.6.2. Excepto por los costos amparados bajo los alcances del Convenio V, costos o gastos de defensa ante cualquier acción legal presentada contra el ASEGURADO.

5.6.3. El valor atribuido a los bienes por razones sentimentales, por afición, antigüedad u otro motivo similar.

5.6.4. Pérdidas o daños o deterioro gradual, causados por uso y desgaste; defectos; cambio de temperatura o de color o de textura; polillas, lombrices, termitas u otros insectos; moho húmedo o seco, hongos; humedad o sequedad; contaminación; pérdida de peso; corrosión, rasgaduras, o manchas.

5.7. Excepto cuando esté plenamente amparado bajo el Convenio I, la Póliza no cubre:

5.7.1. Pérdidas causadas por hurto simple o desaparición misteriosa de dinero o valores u otros bienes.

5.7.2. Pérdidas resultantes de la introducción o modificación o manipulación o destrucción, de información electrónica y/o software, o crímenes perpetrados a través de cualquier sistema de cómputo.

5.8. El Convenio I no cubre la pérdida, o aquella parte de la pérdida, cuya existencia o su importe, esté fundamentada en inventarios o estados financieros.

No obstante, esta exclusión queda sin efecto para la pérdida que el ASEGURADO demuestre fehacientemente, y con evidencias completamente distintas de los

documentos mencionados en el párrafo precedente, es resultado directo de un Acto, o series de Actos, de Deshonestidad cometido por uno o más Trabajadores.

5.9. Los Convenios II y III no cubren pérdidas o daños por:

5.9.1. Entrega de dinero y/o valores durante o como resultado de cualquier operación comercial o por cualquier pago indebido o por cualquier operación de cambio o compraventa o de un engaño.

5.9.2. Errores u omisiones aritméticas o contables o de cualquier otro tipo.

5.10. El Convenio VI no cubre dinero y/o valores.

Capítulo VI: Garantías a cargo del Asegurado.

6.1. La Póliza está sujeta al cumplimiento por parte del ASEGURADO, de las garantías y condiciones indicadas en las Condiciones Especiales y/o Condiciones Particulares y/o Cláusulas Adicionales. Estas condiciones y garantías rigen la fecha indicada en dichas Condiciones Especiales y/o Condiciones Particulares y/o Cláusulas Adicionales, y se mantienen en pleno vigor durante todo el periodo de vigencia de la Póliza y sus renovaciones.

6.2. La COMPAÑÍA queda liberada de toda responsabilidad por las pérdidas o destrucción o daños que, en su origen o extensión, sean causados o agravados por la inobservancia o incumplimiento de las garantías y condiciones indicadas en la Póliza.

Capítulo VII: Límite de responsabilidad de la Compañía.

7.1. Prescindiendo del número de años en que esta Póliza continúe en vigor y de la cantidad de primas pagadas o por pagar, el límite de la responsabilidad de la COMPAÑÍA, en ningún caso y bajo ningún Convenio, tendrá carácter acumulativo de año en año o de período en período; siendo dicho límite máximo únicamente el que, para el Convenio que corresponda, se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

7.2. Toda pérdida o pérdidas atribuidas al acto o serie de actos de una misma persona, o en el que dicha persona tenga participación o esté de algún modo involucrada, se considerará como un solo Siniestro.

7.3. La Suma Asegurada fijada para cada Convenio es Límite Agregado Anual, excepto para el Convenio VI "Robo de Bienes dentro de los locales", que será por toda y cada pérdida.

7.4. La responsabilidad máxima de la COMPAÑÍA por concepto de pérdidas sufridas por uno cualquiera, o por todos los Asegurados, no excederá la cantidad por la cual la COMPAÑÍA sería responsable, si todas esas pérdidas hubieran sido sufridas por uno de los asegurados.

7.5. Toda indemnización a pagar se liquidará conforme a la suma asegurada del período de seguro al que pueda corresponder el descubrimiento del siniestro aunque éste se hubiese desarrollado de manera continua durante varios períodos.

7.6. La responsabilidad máxima de la COMPAÑÍA por toda la póliza será el equivalente a la sumatoria de la suma asegurada de los convenios II y VI o el doble del Convenio I, el que sea mayor.

Capítulo VIII: Procedimiento en caso de un Siniestro.

8.1. Cuando ocurra un siniestro que afecte los bienes asegurados por la presente póliza y no obstante las cargas u obligaciones del ASEGURADO indicadas en el artículo 7° de las Clausulas Generales de Contratación que forman parte integrante de la presente póliza, el ASEGURADO tiene la obligación de:

a. Notificar a la COMPAÑÍA dentro de los dos (2) días laborables del Descubrimiento, o de ocurrido el Robo o intento de robo, o de descubierto el fraude o falsificación o adulteración o el delito.

b. Denunciar, según corresponda, el Robo o intento de Robo o al Trabajador y sus cómplices, o el fraude o falsificación o el delito, ante las autoridades policiales, lo más pronto posible, a más tardar dentro de los dos (2) días laborables de, según corresponda, ocurrido el Robo o intento de Robo, o pérdida, o daño, o descubierto el Acto de Deshonestidad o fraude o falsificación o adulteración o el delito, y solicitar a las autoridades la investigación correspondiente.

El incumplimiento total de cualquiera de estas obligaciones, dará lugar a la pérdida de los derechos de indemnización.

Si la notificación a la COMPAÑÍA o la denuncia ante las autoridades policiales es presentada fuera de plazo, se perderá el derecho de indemnización si la demora en el aviso impide o entorpece o dificulta la verificación oportuna de las pérdidas, y/o si dificulta o impide o entorpece la investigación o determinación de la causa de las pérdidas, y/o si dificulta o impide o entorpece la determinación de la cobertura de las pérdidas reclamadas, y/o si dificulta o impide o entorpece la prosecución de los autores y/o cómplices del Robo o intento de robo, o de la pérdida, o del daño, o del Acto de Deshonestidad, o del fraude, o de la falsificación, o del delito.

8.2. El ASEGURADO debe cumplir con conservar el inmueble, el contenido y las huellas de ingreso o salida de los delincuentes, en las condiciones en que quedaron al momento de ocurrir el daño, o pérdida, o Robo o intento de Robo; por tanto, no realizar cambios en las partes dañadas o afectadas, ni ordenar o permitir la remoción de los escombros o huellas dejados por el siniestro, sin autorización escrita de la COMPAÑÍA.

En caso de incumplimiento, se perderá el derecho a ser indemnizado si la remoción de esos escombros o huellas, o los cambios, impide o dificulta la identificación y/o determinación y/o cuantificación del siniestro, y/o si dificulta o impide la investigación o determinación de la causa del siniestro.

Sin embargo, no se perderá el derecho de indemnización en caso el ASEGURADO haya realizado los cambios o remoción con el objetivo de mitigar los daños cubiertos o en cumplimiento, sea de órdenes de las autoridades, o de normas específicas e imperativas,

o para proteger el local, o cuando lo autorice las autoridades policiales después de haber hecho la inspección correspondiente.

Si la COMPAÑÍA no realiza la inspección del inmueble afectado dentro de los cinco (5) días laborables siguientes de haber recibido la notificación del siniestro, el ASEGURADO queda facultado a iniciar los cambios que correspondan.

8.3. El ASEGURADO no debe celebrar ningún arreglo o transacción, sea en forma verbal y/o escrita con el Trabajador deshonesto, sin el consentimiento escrito de la COMPAÑÍA.

El incumplimiento total de esta obligación dará lugar a la pérdida de los derechos de indemnización.

No obstante, sólo se perderán esos derechos si ese incumplimiento impide y/o dificulta y/o entorpece:

a. La investigación y determinación de las circunstancias del Acto de Dishonestidad.

b. La determinación de los importes de pérdida reclamada.

c. La persecución del delito.

d. La real o potencial recuperación de las pérdidas frente a los responsables de los daños o frente a otros.

8.4. El ASEGURADO debe presentar a la COMPAÑÍA dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes del Descubrimiento o de ocurrido el daño o pérdida, una declaración detallada de todos los demás seguros vigentes que amparen al ASEGURADO contra los daños y pérdidas cubiertas por esta Póliza. El deliberado ocultamiento de la existencia de los otros seguros o pólizas que amparen al ASEGURADO contra los daños y las pérdidas que son materia de la reclamación bajo esta Póliza, constituirá Reclamación Fraudulenta y, por tanto, se perderá todo derecho de indemnización conforme con lo estipulado por las Condiciones Generales de Contratación.

8.5. Ningún siniestro podrá ser consentido por la COMPAÑÍA, si es que el ASEGURADO no cumple con las siguientes obligaciones:

8.5.1. Presentar una reclamación formal dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha del Descubrimiento o en cualquier otro plazo que la COMPAÑÍA le hubiere concedido por escrito.

8.5.2. Entregar todos los detalles, planos, proyectos, libros, registros, recibos, facturas, copias de facturas, documentos justificativos, actas, copias de documentos, presupuestos, copia de denuncias policiales y/o fiscales y/o judiciales, así como copia de partes policiales y/o atestados policiales y, en general, cualquier tipo de documento o informe que la COMPAÑÍA le solicite con referencia a la reclamación, sea con respecto de la causa del siniestro o de las circunstancias bajo las cuales la pérdida se produjo o que tengan relación con la responsabilidad de la COMPAÑÍA o con el importe de la indemnización.

8.6. Actuar como si no estuviera asegurado.

8.7. Sobreseguro: Si al tiempo del siniestro la suma asegurada excede al valor asegurable, la COMPAÑÍA sólo está obligada a resarcir el daño efectivamente sufrido. Si hubo intención manifiesta del ASEGURADO de enriquecerse a costa de la COMPAÑÍA, el contrato de seguro será nulo. La COMPAÑÍA que actuó de buena fe queda libre de cualquier obligación indemnizatoria y gana la prima entera.

8.8. Moneda: La indemnización de los siniestros se realizará en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas. **8.9. Trabajador no identificado – Convenio I.**

8.9.1. En toda reclamación que el ASEGURADO presente a la COMPAÑÍA bajo los alcances de la cobertura otorgada por el Convenio I, el ASEGURADO deberá identificar al Trabajador o Trabajadores que cometieron el Acto, o series de Actos, de Deshonestidad que produjo directamente la pérdida reclamada.

8.9.2. No obstante, en caso el ASEGURADO no pudiese identificar específicamente al Trabajador o Trabajadores que cometieron el Acto, o series de Actos, de Deshonestidad que produjo directamente la pérdida reclamada, el ASEGURADO, sujeto a todos los demás términos y condiciones de esta Póliza, tendrá derecho a continuar con su reclamación bajo el amparo del Convenio I, siempre y cuando la evidencia que presente el ASEGURADO, demuestre razonablemente que la pérdida reclamada de hecho ha sido producida directamente por el mismo Acto, o series de Actos, de Deshonestidad cometido por uno o más de sus Trabajadores.

Capítulo IX: Liquidación de un siniestro.

Queda entendido que la liquidación de pérdidas, se realizará determinando primero, el Monto Bruto de la Pérdida y, luego, el Monto Neto de la Pérdida:

9.1. Monto Bruto de la Pérdida: Dependiendo del tipo de bienes – sean de propiedad del ASEGURADO o por los cuales el ASEGURADO es legalmente responsable – que conforman la pérdida reclamada, el Monto Bruto de la Pérdida será:

- a. Para dinero (monedas y billetes), corresponderá a su valor nominal al tipo de cambio correspondiente a la moneda de la Póliza, a la fecha de cada apropiación o pérdida o destrucción.
- b. Para títulos valores, corresponderá al costo en el cual necesaria, razonable y efectivamente se incurra para la anulación y obtención de duplicados o para reposición de estos documentos.

En caso su reposición o recuperación no sea posible, el valor de éstos corresponderá al valor real efectivo del documento a la fecha:

1. Del Descubrimiento, en caso sea aplicable la cobertura otorgada por cualquiera de los Convenios, excepto el Convenio II, el Convenio III y el Convenio VI; o
 2. De ocurrencia de la pérdida o daño o destrucción, en caso sea aplicable la cobertura otorgada por el Convenio II o el Convenio III o el Convenio VI, neto de gastos o costos no incurridos.
- c. Para Existencias:

i. Para las existencias de materias primas, insumos así como mercancías y, en general, para existencias no fabricadas o que no han sido procesadas por el ASEGURADO, el Monto Bruto de la Pérdida

corresponderá a su valor de reposición en el momento y lugar de cada apropiación o pérdida o daño o destrucción.

ii. Para productos en proceso o productos terminados, el Monto Bruto de la Pérdida corresponderá a su costo de producción incurrido hasta el momento inmediatamente anterior a cada apropiación o pérdida o daño o destrucción.

No obstante, el Monto Bruto de la Pérdida para las existencias que, al momento de la apropiación o pérdida o daño o destrucción, estaban ya en mal estado, deterioradas, defectuosas, vencidas, dadas de baja, obsoletas o fuera de moda, corresponderá a su Valor Actual, el cual no podrá ser mayor que el valor comercial del bien al momento de la apropiación o pérdida o daño.

d. Para relojes de uso personal, perlas, piedras preciosas (sueltas o engastadas), metales preciosos (en forma de joyas, monedas, lingotes, medallas u otros objetos de comercialización), platería, pieles, cuadros, pinturas, esculturas, dibujos; las obras de arte, muebles u objetos que tengan especial valor artístico, científico o histórico; bibliotecas, así como colecciones de cualquier tipo, el Monto Bruto de la Pérdida será:

i. Su valor de tasación previamente aceptado por la COMPAÑÍA, para lo cual dicha tasación formará parte de la Póliza.

ii. Si no hubiera tasación, el Monto Bruto de la Pérdida corresponderá:

1. Para perlas, piedras preciosas, metales preciosos, joyas, monedas, lingotes y platería, el valor comercial del material que compone ese bien, a la fecha de la apropiación o pérdida o daño o destrucción, limitado a US\$ 500 por pieza, máximo US\$ 10,000 por siniestro.

2. Para los demás bienes, excepto bibliotecas y colecciones de cualquier tipo, el valor comercial de la apropiación o pérdida o daño o destrucción, limitado a US\$ 1,000 por cada bien máximo US\$ 10,000 por siniestro.

3. Para colecciones de cualquier tipo, excepto bibliotecas, el valor comercial de la apropiación o pérdida o daño o destrucción, limitado a US\$ 1,000 por cada colección, y US\$ 10,000 por siniestro.

4. Para bibliotecas, el valor comercial de la apropiación o pérdida o daño o destrucción, limitado a US\$ 100 por cada libro, y US\$ 10,000 por siniestro.

En caso el bien sea reparable o restaurable, el Monto Bruto de la Pérdida corresponderá al costo que represente esa reparación o restauración, limitado a los valores individuales indicados en el punto 1, 2, 3 o 4 que corresponda al tipo de bien dañado.

e. Libros y registros contables y/o estadísticos y/o de cualquier naturaleza; manuscritos, planos, dibujos, croquis, modelos, moldes, patrones, sellos y otros objetos similares; software y licencias; fórmulas de cualquier tipo; chips y, en general, cualquier medio físico, magnético, o digital que contenga o almacene o administre información:

i. Para los programas de cómputo (software), el costo necesaria, razonable y efectivamente incurrido para reponer el programa dañado o destruido o perdido físicamente, más el costo de las licencias correspondientes, pero limitado al costo original del programa.

ii. Para los demás bienes, corresponderá al costo necesaria, razonable y efectivamente incurrido en su reposición a nuevo, el cual constará del valor del material, más la mano de obra necesaria para su reproducción.

f. Para los bienes distintos de los señalados en los numerales a, b, c, d, y e, que estén amparados bajo los alcances del Artículo 2.6. Convenio VI, salvo pacto diferente que figure en las Condiciones Particulares, el Monto Bruto de la Pérdida será calculado como sigue:

1) Para los bienes de hasta dos de antigüedad a la fecha del Robo o intento de robo:

Para estos bienes, en caso de pérdida o destrucción, el Monto Bruto de la Pérdida será el Valor de Reemplazo. Este Valor de Reemplazo corresponderá al valor de reposición por otro bien nuevo, sin aplicación de depreciación alguna, considerando iguales características a las que tenía ese bien en el momento inmediatamente anterior a la ocurrencia del siniestro, incluyendo todos los costos de transporte, instalación, montaje, pruebas, comisionado, seguros, y cualquier otro importe que se requiera para poner el bien nuevo en el sitio del siniestro.

En caso de daños susceptibles de ser técnica y económicamente reparables, el Monto Bruto de la Pérdida corresponderá al costo necesaria, razonable, y efectivamente incurrido para reparar el bien, incluyendo todos los costos de desmontaje, desarmado, instalación, armado, montaje, pruebas, comisionado, transporte, seguros, y otros gastos que se requieran para dejarlo en las mismas o similares condiciones en las que se encontraba en el momento inmediatamente anterior a la ocurrencia del siniestro, sin aplicación de depreciación alguna. El Monto Bruto de la Pérdida estará limitado al Valor de Reemplazo calculado según lo estipulado en el párrafo precedente.

2) Para los bienes de más de dos de antigüedad a la fecha del Robo o intento de robo: Para estos bienes, en caso de pérdida o destrucción, el Monto Bruto de la Pérdida será el Valor Actual.

En caso de daños susceptibles de ser técnica y económicamente reparables, el Monto Bruto de la Pérdida corresponderá al costo necesaria, razonable, y efectivamente incurrido para reparar el bien y dejarlo en las mismas o similares condiciones en las que se encontraba en el momento inmediatamente anterior a la ocurrencia del siniestro, sin aplicación de depreciación alguna. El Monto Bruto de la Pérdida estará limitado al Valor Actual del bien dañado y, en ese caso, el bien será considerado destruido.

3) Estipulaciones Adicionales:

(1) No obstante a lo indicado en 1 y 2 de este numeral f., los bienes que formen parte de la Materia Asegurada que, al momento del Robo o intento de robo, estaban ya en mal estado, dados de baja, sin uso por obsolescencia, o en venta, el Monto Bruto de la Pérdida corresponderá a su Valor Actual, el cual no podrá ser mayor que el valor comercial del bien al momento del siniestro.

(2) La reposición a nuevo o reparación, debe ejecutarse con la debida diligencia y disposición dentro de un plazo de doce (12) meses contados desde la fecha de ocurrencia del siniestro. La COMPAÑÍA podrá extender ese plazo cuando, por la naturaleza o las características del bien a

ser repuesto o reparado, sea razonable establecer un plazo mayor. Todo incremento de costos de reposición a nuevo o reparación, debido a la falta de diligencia y/o disposición del ASEGURADO, o por no concluir su ejecución dentro del plazo, no formará parte del Monto Bruto de la Pérdida.

(3) Siempre y cuando la responsabilidad de la COMPAÑÍA no sea incrementada, la reposición a nuevo y los trabajos de reparación, según corresponda, pueden ejecutarse de la manera que sea conveniente a las necesidades del ASEGURADO. Así, el Monto Bruto de la Pérdida no será mayor al que hubiera

correspondido si esa reposición o los trabajos de reparación, según corresponda, se hubiese ejecutado de la manera que hubiera correspondido ejecutarla.

(4) Si por cualquier razón, el bien, después de repuesto, reparado o restaurado, resulta siendo de mejor calidad o de mayor capacidad que cuando el bien destruido o perdido era nuevo, se deducirá del Monto Bruto de la Pérdida, un monto razonable que, de acuerdo a las circunstancias, refleje esa mejora.

(5) Si un bien no pudiera ser reparado por inexistencia, carencia, o falta de disponibilidad de materiales o repuestos necesarios para la reparación, el Monto Bruto de la Pérdida por la reparación será calculado a Valor Actual.

(6) Si el ASEGURADO, por cualquier razón, no pudiese o esté impedido o decidiese no incurrir, según corresponda, en la reposición a nuevo o reparación o restauración, el Monto Bruto de la Pérdida por la reposición a nuevo o reparación o restauración, se calculará a Valor Actual a la fecha del siniestro. El monto resultante no podrá ser mayor que el valor comercial del bien destruido, perdido, o dañado al momento del siniestro.

g. Para los bienes distintos de los señalados en los numerales a, b, c, d, y e que estén amparados bajo los alcances de un Convenio de Seguro distinto del Convenio VI, el Monto Bruto de la Pérdida será calculado a Valor Actual a la fecha de la apropiación o pérdida o daño o destrucción.

h. Para las cajas fuertes, bóvedas, cajas de seguridad, y cajas de caudales amparados bajo los alcances de lo estipulado por el inciso b, del Artículo 2.2. Convenio II, del Capítulo II de las presentes Condiciones Generales, el Monto Bruto de la Pérdida corresponderá:

i. En caso de pérdida o destrucción, a su Valor Actual a la fecha de ocurrencia de la pérdida o destrucción.

ii. En caso de daño, al costo necesario, razonable y efectivamente incurrido para reparar los daños de cada bien, limitado al Valor Actual de dicho bien a la fecha de ocurrencia del daño.

i. Para daños o deterioro al Inmueble amparados bajo los alcances de lo estipulado ya sea por el inciso b, del Artículo 2.2. Convenio II o por el segundo párrafo del Artículo 2.6. Convenio VI, de las presentes Condiciones Generales, el Monto Bruto de la Pérdida corresponderá al costo necesaria, razonable y efectivamente incurrido para reparar los daños.

En caso el bien no se haya perdido totalmente, y sea reparable o restaurable, el Monto Bruto de la Pérdida corresponderá al costo que represente esa reparación o restauración, limitado a los valores indicados en los puntos del a. al g. que corresponda al tipo de bien dañado.

9.2. Monto Neto de la Pérdida: El Monto Neto de la Pérdida para pérdidas o daños amparados por cualquiera de los Convenios de Seguro, excepto por el Convenio I, corresponderá al Monto Bruto de la Pérdida.

Para el Convenio I, el Monto Neto de la Pérdida se obtendrá de descontar del Monto Bruto de la Pérdida, los importes correspondientes a los siguientes conceptos:

a. Todas las prendas, cauciones o garantías depositadas por el Trabajador o por cuenta de éste por terceras personas, así como todos los demás recursos del Trabajador que estén legalmente al alcance del ASEGURADO.

b. Las cantidades devengadas por el trabajador como sueldos, comisiones y gratificaciones que le correspondan.

No obstante, si de conformidad con las disposiciones legales vigentes, el ASEGURADO se viera impedido de descontar los conceptos señalados en a. y/o b., y debiera consignar en el Banco de la Nación las cantidades devengadas por el Trabajador para que queden a las resultas del juicio civil y/o penal que corresponda, los importes efectivamente consignados no serán descontados del Monto Bruto de la Pérdida, siempre y cuando, sujeto a lo estipulado en el Capítulo X de las presentes Condiciones Generales, el ASEGURADO formalice la documentación necesaria para que la COMPAÑÍA pueda ejercer su derecho de subrogación.

Capítulo X: Infraseguro.

Lo estipulado en este artículo es aplicable únicamente a los Convenios I y VI, de acuerdo con lo siguiente:

10.1. Convenio I. En concordancia con lo estipulado por el Capítulo III de estas Condiciones Generales, si el número de Trabajadores que correspondan a la Categoría afectada por el Siniestro a la fecha del Descubrimiento, es superior al número de Trabajadores que, para esa Categoría afectada por el Siniestro, figura como declarado en las Condiciones Particulares de la Póliza, la COMPAÑÍA considerará para el cálculo del Monto Indemnizable, la proporción que exista entre el número de Trabajadores que figuran como declarados para esa Categoría y el número de Trabajadores que realmente correspondan a esa Categoría a la fecha de Descubrimiento.

En caso en un mismo siniestro esté coludido o tenga participación o esté de algún modo involucrado, más de un Trabajador de diferentes Categorías, si la sumatoria de Trabajadores que correspondan a las Categorías afectadas por el Siniestro a la fecha del Descubrimiento, es superior a la sumatoria de Trabajadores que, para esas Categorías afectadas por el Siniestro, figura como declarado en las Condiciones Particulares de la Póliza, la COMPAÑÍA considerará para el cálculo del Monto Indemnizable, la proporción que exista entre la sumatoria de Trabajadores que figuran como declarados para esas Categorías y la sumatoria de Trabajadores que realmente correspondan a esas Categorías a la fecha de Descubrimiento.

10.2. Convenio VI. Si el Valor de Reemplazo de todos los bienes que conforman la Materia Asegurada a la fecha de ocurrencia del Robo o intento de Robo, es superior a la Suma

Asegurada, la COMPAÑÍA considerará para el cálculo del Monto Indemnizable, la proporción que exista entre la Suma Asegurada y ese Valor de Reemplazo.

En caso la modalidad de aseguramiento contratada fuese A PRIMER RIESGO RELATIVO, si el Valor de Reemplazo de todos los bienes que conforman la Materia Asegurada a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, era superior al Valor Declarado, la COMPAÑÍA considerará para el cálculo del Monto Indemnizable, la proporción que exista entre el Valor Declarado y ese Valor de Reemplazo a esa fecha. Si la Póliza hubiese sido renovada o modificada, esta verificación del Valor de Reemplazo de la Materia Asegurada corresponderá a la fecha de la renovación o modificación; la que sea más cercana a la fecha de ocurrencia del Robo o intento de robo.

Capítulo XI: La suma asegurada después de un siniestro.

La suma asegurada después de la ocurrencia de un siniestro tendrá el siguiente comportamiento según el Convenio afectado:

11.1. Para el caso de los Convenios I, II, III, IV y V, la suma asegurada quedará automáticamente reducida en el mismo importe total del siniestro, y así hasta alcanzar el límite agregado anual del Convenio afectado, a partir del día del siniestro y hasta el término de la vigencia de la Póliza.

11.2. Para el caso del Convenio VI “Robo de Bienes dentro de los locales” el pago de cualquier siniestro amparado por esta Póliza, no reduce la suma asegurada contratada, la misma que permanece igual durante todo el período de cobertura, sin perjuicio del pago correspondiente a la prima de rehabilitación de la misma, de ser el caso. Capítulo XII: Recuperación – Orden de prelación.

Si después de realizado el pago de la Indemnización de algún siniestro, se logra obtener alguna recuperación, el monto de esa recuperación, descontado el costo razonable y efectivamente incurrido para lograrla (importe neto recuperado), será distribuido siguiendo el siguiente orden de prelación:

12.1. Si el importe de la pérdida sufrida por el ASEGURADO excedió a la Suma Asegurada, entonces el importe neto recuperado servirá para cubrir primero, solo y hasta, ese importe en exceso no cubierto.

12.2. Si después de haber aplicado la regla señalada en el inciso 1 de este artículo, queda algún saldo del importe neto recuperado, ese importe servirá para rembolsar a la COMPAÑÍA hasta por el importe de la Indemnización pagada.

12.3. Finalmente, si después de aplicadas las reglas señaladas en los incisos 1 y 2 de este artículo, queda algún saldo del importe neto recuperado, el mismo servirá para cubrir el importe de seguro insuficiente y/o deducible asumido por el ASEGURADO.

Si la recuperación es lograda antes de indemnizarse el siniestro, el importe neto recuperado será aplicado siguiendo las reglas descritas.

Capítulo XIII: Medidas de seguridad a cargo del Asegurado.

13.1. Queda entendido y convenido que el riesgo ha sido aceptado y esta Póliza ha sido emitida por la COMPAÑÍA, en el entendido que el ASEGURADO tiene implementados procedimientos y sistemas de control para todas sus operaciones, por lo cual, el ASEGURADO está obligado a mantener y ejercer, efectiva y permanentemente, esos procedimientos y sistemas de control. En caso de incumplimiento de esta obligación, el ASEGURADO perderá todo derecho de indemnización bajo los alcances de esta Póliza. No obstante, si el incumplimiento no tiene, objetiva o subjetivamente, relación Directa o indirecta en la producción o agravación de la pérdida o daño materia del reclamo bajo la presente Póliza, no se perderá el derecho de indemnización.

13.2. Asimismo, y sin perjuicio de lo anterior, es condición de esta Póliza, que los procedimientos y sistemas de control del ASEGURADO contemplen las siguientes normas y procedimientos mínimos de control:

13.2.1. Los procedimientos del ASEGURADO deberán estar estructurados de forma tal, que una persona por si sola esté imposibilitada de controlar completamente una operación comercial o de negocio del ASEGURADO desde el comienzo hasta el final.

13.2.2. Todo Trabajador:

a) Al momento de ser incorporado en la presente Póliza, deberá haber sido evaluado por el ASEGURADO. La evaluación mínima que deberá realizar el ASEGURADO comprenderá:

i) La obtención de una Declaración Jurada de Domicilio suscrita por el Trabajador y la verificación del domicilio declarado.

ii) La presentación del Certificado de Antecedentes Policiales y Penales del Trabajador.

La documentación en la que conste el cumplimiento de esta obligación deberá estar en el expediente del Trabajador o en los archivos del ASEGURADO.

Se deja constancia que la evaluación mínima no es obligatoria para Trabajadores que, al momento de inicio de la primera vigencia de la Póliza, ya estaban laborando para el ASEGURADO.

b) Anualmente, deberá hacer uso efectivo de vacaciones por un periodo no menor de quince días (15) consecutivos.

Si por cualquier motivo, el Trabajador no hiciera, o no pudiera hacer, uso de vacaciones, su puesto y labor debe ser ejercido por otra persona durante el periodo de quince (15) días consecutivos.

Solo después de ello, el Trabajador puede continuar ejerciendo sus labores habituales.

Esta norma mínima es de cumplimiento obligatorio sólo cuando se trate de personal que tenga manejo de dinero y/o valores, incluyendo cobranzas; así como personal que labore en almacenes; los encargados de las nóminas, sea de sueldos o salarios; los que realicen o participen en compras o logística; y los vigilantes.

13.2.3. Para operaciones de cobranza, el ASEGURADO deberá cumplir con, y efectivamente ejercer, las siguientes normas mínimas de control:

a) Para:

i) Cualquier documento en cobranza, distinto de títulos valores, que esté pendiente de pago y que tenga más de noventa (90) días contados desde su fecha de emisión; y para ii) cualquier título valor que esté vencido por más de sesenta (60) días, una persona distinta del Trabajador, cobrador o encargado de esa cobranza de cualesquiera de estos documentos, deberá visitar al deudor para corroborar saldos.

Esta norma debe cumplirse incluso cuando se haya recibido algún pago a cuenta sobre ese documento en cobranza o título valor vencido.

b) Cada cuatro (4) meses, todos los Trabajadores, cobradores o personas encargadas de algún tipo de cobranza, deben ser auditados por personas distintas a los supervisores directos de esos Trabajadores, cobradores o personas encargadas de algún tipo de cobranza.

La auditoría consistirá en la comprobación física de saldos y cuentas por cobrar mediante la visita a, por lo menos, 20% de los clientes con cuentas vencidas y, además, 5% de los clientes con cuentas por vencer.

13.2.4. Para las operaciones de caja, el ASEGURADO deberá cumplir con, y efectivamente ejercer, las siguientes normas mínimas de control:

a) Arqueos trimestrales de caja tanto de dinero como de valores, incluyendo las chequeras.

b) Conciliación mensual de todas las Cuentas Bancarias Los arqueos de caja y las conciliaciones de las cuentas bancarias, deberán ser llevados a cabo por personas distintas a los que realizan o participan en las operaciones de caja.

13.2.5. Para operaciones de manejo de existencias, incluyendo pero no limitado a recepción o despacho o control o movimiento de existencias, el ASEGURADO deberá cumplir con, y efectivamente ejercer, las siguientes normas mínimas de control:

a) Utilización de sistemas de registro permanente del movimiento de existencias en general tales como, pero no limitado a, materias primas, insumos, productos en proceso, productos terminados, repuestos, y materiales.

Los movimientos de esas existencias deben documentarse con órdenes de ingresos y salidas de almacén y, además, con un sistema kárdex manual o mecanizado.

b) Ejecución de inventarios físicos completos una (1) vez al año en todos los locales, almacenes y depósitos, incluyendo locales descentralizados en los cuales se deposite o almacenen existencias en general.

Adicionalmente, en forma semestral, ejecución de inventarios físicos parciales de manera aleatoria.

Los inventarios deberán ser llevados a cabo y controlados por personas distintas de los encargados del manipuleo y control de movimiento de existencias.

13.2.6. Para sucursales, agencias, oficinas zonales y regionales, o, en general, en oficinas descentralizadas, adicionalmente se deberá realizar auditorías o revisiones semestrales que

abarquen, por lo menos, las cuentas por cobrar, comprobación de saldos con clientes de manera aleatoria, inventario físico parcial de existencias de manera aleatoria, y arqueo de caja.

13.2.7. Los ingresos de dinero en efectivo, sea de las cobranzas o de cualquier otra operación, deben ser depositados en el Banco diariamente, a más tardar, en el primer día útil siguiente de recibido el ingreso.

13.2.8. Cuando los pagos al ASEGURADO hayan sido hechos con:

a) Depósitos en efectivo en las cuentas que el ASEGURADO mantiene en los Bancos, antes de culminar total o parcialmente cualquier operación comercial superior a US\$ 5,000, se debe verificar que dicho depósito en efectivo haya sido efectivamente realizado.

La verificación puede hacerse en línea con el Banco vía Internet o por vía telefónica. En caso se realice por vía telefónica, el empleado encargado de la verificación debe registrar la fecha y hora de la conversación telefónica, así como el nombre del funcionario del Banco que proporcionó la información.

Durante la consulta por vía telefónica o por Internet, se debe verificar también, que el depósito realmente haya sido hecho con dinero en efectivo y que figure como disponible.

b) Tarjetas de crédito, antes de culminar total o parcialmente cualquier operación comercial, deberá solicitar un documento de identidad a quien presenta esa tarjeta de crédito.

13.2.9. Los cheques u órdenes de pago o documentos de transferencia de fondos girados por el ASEGURADO, deben tener necesariamente doble firma. Los cheques u órdenes de pago o documentos de transferencia de fondos, no pueden llevar ninguna firma en blanco y deben ser firmados por las dos personas con firma autorizada sólo después de ser girados o emitidos.

En caso de incumplimiento de alguna de las obligaciones contempladas en este inciso 13.2. el ASEGURADO perderá todo derecho de indemnización bajo los alcances de esta Póliza. No obstante, si el incumplimiento de alguna de estas obligaciones no tiene, objetiva o subjetivamente, relación directa o

indirecta en la producción o agravación de la pérdida materia del reclamo bajo la presente Póliza, no se perderá el derecho de indemnización.

Si el ASEGURADO considera que está imposibilitado de cumplir con alguna de las condiciones y obligaciones aquí estipuladas, deberá comunicarlo a la COMPAÑÍA por escrito, explicando las razones de dicha imposibilidad. Se entenderá por eliminada o reemplazada alguna de estas obligaciones o condiciones o requerimientos, sólo cuando ello conste por endoso en la PÓLIZA y, en ese caso, dicha modificación surtirá efecto a partir de la fecha indicada en ese endoso modificadorio.

13.3. Adicionalmente, para efectos de la cobertura otorgada por el Convenio II Dinero y/o Valores Dentro de los Locales, el ASEGURADO está obligado a cumplir con las siguientes medidas de seguridad:

13.3.1. Excepto por el dinero y/o valores hasta por el importe total de US\$ 10,000 que, durante las horas normales de trabajado del ASEGURADO, esté en cajas registradoras y/o cajas metálicas y/o cajas chicas y/o ventanillas, el dinero y/o valores deberá permanecer en las cajas

de seguridad, cajas fuertes, cajas de caudales y/o bóvedas, las cuales deberán estar cerradas con llave y cerradura de combinación.

En caso de incumplimiento de esta obligación, se perderá el derecho de indemnización por cualquier importe de daños o pérdida de dinero y/o valores en exceso de US\$ 10,000.

No obstante, no se perderá el derecho de indemnización cuando, exclusivamente durante las horas normales de trabajo, el dinero y/o valores esté fuera de las cajas de seguridad, cajas fuertes, cajas de caudales y/o bóvedas, sólo y efectivamente, durante su conteo y/o ensobrado y/o recepción y/o despacho y/o arqueo.

13.3.2. Al finalizar las horas de trabajo del ASEGURADO:

a. Todo el dinero y/o valores deberá ser guardado en las cajas de seguridad, cajas fuertes, cajas de caudales y/o bóvedas, las cuales deberán estar cerradas con llave y cerradura de combinación.

b. Asimismo, los cajones de las cajas registradoras, cajas metálicas y/o cajas chicas de ventanillas, deberán quedar abiertos.

En caso de incumplimiento de la obligación 13.3.2. a., se perderá el derecho de indemnización por las pérdidas de dinero y/o valores que:

(a) esté fuera de las cajas de seguridad, cajas fuertes, cajas de caudales y/o bóvedas, y/o

(b) que estando guardado dentro de las cajas de seguridad, cajas fuertes, cajas de caudales y/o bóvedas, éstas no estén debidamente cerradas con llave y cerradura de combinación.

13.3.3. Las cajas de seguridad, cajas fuertes, cajas de caudales y/o bóvedas, permanecerán cerradas con llave y cerradura de combinación. Sólo podrán ser abiertas para proceder con el depósito y/o retiro físico de dinero efectivo y/o valores, o para arqueos de caja o auditorias.

En caso de incumplimiento de esta obligación, se perderá todo derecho de indemnización. No obstante, si el incumplimiento no tiene, objetiva o subjetivamente, relación directa o indirecta en la producción o agravación de la pérdida o daños materia del reclamo bajo la presente Póliza, no se perderá el derecho de indemnización.

13.3.4. Mantener en perfecto estado operativo las cajas de seguridad, las cajas fuertes, cajas de caudales y/o bóvedas.

En caso de incumplimiento de esta obligación, se perderá todo derecho de indemnización. No obstante, si el incumplimiento no tiene, objetiva o subjetivamente, relación directa o indirecta en la producción o agravación de la pérdida o daños materia del reclamo bajo la presente Póliza, no se perderá el derecho de indemnización.

13.4. Salvo pacto distinto que conste en las Condiciones Particulares, la cobertura otorgada por el Convenio II sólo será efectiva si las cajas de seguridad, las cajas fuertes, cajas de caudales y/o bóvedas tienen cerradura con llave y combinación, y si reúnen las siguientes características mínimas:

13.4.1. Caja de Seguridad:

Si la Caja de Seguridad fuera diseñada para ser empotrada, necesariamente deberá estar empotrada en una pared o en el suelo del Lugar del Seguro. Si la Caja de Seguridad no estuviese diseñada para ser empotrada, deberá tener un peso mínimo de 30 kilos y estar anclada a una estructura de hierro y concreto instalada en el piso del inmueble.

13.4.2. Caja Fuerte:

Deberá ser blindada, resistente al fuego y a prueba de corte con oxiacetileno. Asimismo, deberá tener un peso mínimo de 100 kilos y estar anclada a una estructura de hierro y concreto instalada en el piso del inmueble.

13.4.3. Caja de Caudales:

Deberá ser blindada, resistente al fuego y a prueba de corte con oxiacetileno. Asimismo, deberá tener un peso mínimo de 300 kilos.

13.4.4. Bóveda:

Recinto acorazado diseñado y construido exclusiva y específicamente para guardar dinero y/o valores. Debe tener una puerta blindada de acero protegida con barras transversales y verticales que se insertan en el marco de la dicha puerta. Además de la cerradura debe contar con temporizador de retardo de apertura. Debe ser resistente al fuego y a prueba de corte con oxiacetileno. Adicionalmente, a continuación de la puerta blindada, el acceso de la puerta debe contar con reja de acero con cerradura con llave.

13.5. Para efectos del amparo otorgado por el Convenio III Dinero y/o Valores Fuera de los Locales, es obligación del ASEGURADO cumplir y hacer cumplir lo dispuesto en la Cláusula de Garantía para Dinero y/o Valores en Tránsito, que forma parte integrante de la presente.

En caso de incumplimiento de alguna de las obligaciones o condiciones contempladas en dicha Cláusula, se perderá todo derecho de indemnización bajo los alcances de la cobertura otorgada por el Convenio III. Deshonestidad, Desaparición, Destrucción – 3D

Marzo 2017

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias.

PÓLIZA DE SEGURO DE DESHONESTIDAD, DESAPARICIÓN Y DESTRUCCIÓN - 3 D

Condición Especial para Deshonestidad, Destrucción, Desaparición- 3D

CLÁUSULA DE GARANTÍA PARA DINERO Y/O VALORES EN TRÁNSITO

Queda entendido y convenido que, el ASEGURADO debe cumplir las siguientes garantías:

1. Todos los tránsitos deberán efectuarse únicamente en vehículos de propiedad del ASEGURADO y/o de sus dependientes y/o alquilados exclusivamente para el efecto, estando prohibida la utilización de vehículos de servicio público y vehículos menores para tal fin. 2. Los traslados deberán realizarse de acuerdo con las medidas de seguridad y límites siguientes:

LÍMITES EXPRESADOS EN DÓLARES AMERICANOS (US\$) APLICABLE A SU EQUIVALENTE EN MONEDA NACIONAL

DINERO EFECTIVO Y/O VALORES TRASLADADOS POR CADA REMESA TRASLADADOS	N. DE PERSONAS	CONDICIONES
1) Hasta 5.000	01	Un servidor del ASEGURADO
2) De 5.001 a 10.000	02	Un servidor del ASEGURADO con un vigilante portando arma de fuego y perteneciente a una compañía de vigilancia.
3) De 10.001 a 25.000	03	Los tránsitos deberán efectuarse por un servidor del ASEGURADO y dos (02) policías y/o vigilantes particulares portando armas de fuego.
4) De 25.001 a mas		Sólo en vehículos blindado cuyas características sean las dispuestas por la norma legal vigente sobre la materia.

Cuando las remesas se efectúen dentro de un recorrido no mayor a los 400 metros, éstas podrán ser a pie, sujetándose a las condiciones de seguridad señaladas en los incisos precedentes 1 y 2. Esta posibilidad no alcanza en ningún caso a las remesas mayores a

US\$ 10,000. En el caso se efectúen dos ó más remesas simultáneas a un mismo destino, las condiciones y limitaciones indicadas anteriormente, se aplicarán de acuerdo al monto total transportado (la suma de las remesas simultáneas). Para efectos de la aplicación de esta Cláusula, se entiende como Vigilantes y Compañías de Vigilancia, única y exclusivamente, a aquellos autorizadas por los organismos pertinentes y que estén debidamente registrados en la DISCAMEC.

Deshonestidad, Desaparición, Destrucción – 3D Marzo 2017 Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias.