



Responsabilidad Civil para Directores y Administradores

Estimado Cliente:

Le agradecemos que nos haya elegido como su Aseguradora.

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

Le pedimos que lea detenidamente estas **Cláusulas Generales de Contratación y Condiciones Generales de Responsabilidad Civil para Directores y Administradores**, 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

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO a solicitud de LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA 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 ASEGURADORA. 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 ASEGURADORA 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 ASEGURADORA 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 empresas 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, suscrito por el CONTRATANTE, en el que consta su compromiso de pagar la prima en la forma y plazos convenidos con LA ASEGURADORA. La formalidad de su emisión corresponde a LA ASEGURADORA.

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 ASEGURADORA. 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.

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 ASEGURADORA.

LA ASEGURADORA: LIBERTY SEGUROS S.A.

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

LÍMITE ÚNICO COMBINADO: Es la máxima responsabilidad de LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA, 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 con 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: OBJETO

2.1. PRESTACIONES

La póliza de seguros obliga al ASEGURADO al pago de la prima convenida y a LA ASEGURADORA a indemnizar al ASEGURADO o a sus beneficiarios y/o endosatarios, las pérdidas y daños conforme a lo pactado en las condiciones generales y particulares de la póliza de seguro.

2.2. LÍMITES

La obligación de LA ASEGURADORA 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.

2.3. 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 3: BASES Y FORMALIDADES

3.1. DECLARACIONES

El ASEGURADO está obligado a declarar a LA ASEGURADORA, 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 ASEGURADORA 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.

3.2. 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. Esto no es aplicable a la Solicitud de Seguro que, de conformidad con lo estipulado en el artículo 5º de la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro, no obliga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

3.3. INICIO DE LA COBERTURA

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4º 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.

ARTÍCULO 4: EMISIÓN Y OBSERVACIÓN DE LA PÓLIZA

4.1. 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 ASEGURADORA 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 ASEGURADORA, 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.

4.2. CAMBIOS EN CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato el asegurador no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada.

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.

ARTÍCULO 5: PAGO DE LA PRIMA

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

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

5.1. EFECTO CANCELATORIO

El pago de la prima surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que LA ASEGURADORA o la entidad financiera autorizada reciban el íntegro del importe correspondiente a la prima pactada, cancelando el recibo o el documento de fraccionamiento.

5.2. 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 CONTRATANTE.

5.3. 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 ASEGURADORA 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.

LA ASEGURADORA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida.

5.4. REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA

En caso de que la cobertura se encuentre suspendida, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda a un seguro individual o un seguro de grupo o colectivo respectivamente, podrán rehabilitar la misma, previo 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 ASEGURADORA no haya expresado por escrito su decisión de resolver el contrato.

5.5. EXTINCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Si LA ASEGURADORA 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.

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 ASEGURADORA.

5.6. 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.

5.7. COMPENSACIÓN

LA ASEGURADORA 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 6: CARGAS Y OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

6.1. DECLARACIÓN DE OTROS SEGUROS

EL ASEGURADO se obliga a declarar a LA ASEGURADORA los otros seguros que tuviese contratados al tiempo de presentar su solicitud de seguro sobre el mismo interés y 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 riesgo faculta al ASEGURADO a solicitar a LA ASEGURADORA 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.

6.2. CARGA DE MANTENER EL ESTADO DE RIESGO

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

6.3. AGRAVACION DEL RIESGO

EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO deben notificar por escrito a LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA 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, modificarlas o resolverlo.

LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA o si LA ASEGURADORA conoce la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia, o si LA ASEGURADORA no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato en el plazo de 15 (quince) días antes indicado.

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

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

6.4. DEBER DE PERMITIR LA INSPECCIÓN DEL RIESGO

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

6.5. 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 ASEGURADORA, ésta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.

6.6. GASTOS ORDINARIOS

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

ARTÍCULO 7: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

7.1. 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:

7.1.1. Ausencia de interés asegurable.

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

7.1.2. 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.

7.1.3. Reticencia y/o declaración inexacta dolosa.

La reticencia y/o declaración inexacta, con dolo o culpa inexcusable, de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA conoce la reticencia o declaración inexacta. A tal efecto, el pronunciamiento de LA ASEGURADORA debe ser notificado por medio fehaciente.

La carga de la prueba de la reticencia y/o declaración inexacta corresponde a LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA para invocar la nulidad, ésta se encuentra liberada del pago del siniestro.

7.1.4. Sobreseguro de mala fe.

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

7.2. EFECTOS SOBRE LA PRIMA

En el caso de reticencia y/o declaración inexacta dolosa, las primas pagadas quedan adquiridas por LA ASEGURADORA, 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 7.1.1, 7.1.2 y 7.1.4. la prima pagada se reembolsará en el siguiente recibo del cliente o en su defecto dentro de los 30 días siguientes contados a partir de la fecha en la que LA ASEGURADORA toma conocimiento de la causal de nulidad, independientemente de la acción judicial para lograr el resarcimiento de los daños y perjuicios causados en caso corresponda. El reembolso de la prima procederá en función al plazo no transcurrido, dentro del plazo pactado con el usuario, el cual se computará desde la fecha en la que LA ASEGURADORA toma conocimiento de la causal de nulidad, sin que resulte un requisito previo la solicitud de devolución de la misma. Lo mismo aplica respecto al numeral 7.1.3, en caso hubiera un excedente por primas en seguros de más de un año.

7.3. 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 ASEGURADORA a la devolución correspondiente, conjuntamente con los intereses legales y tributos a que hubiera lugar.

7.4. SUBSISTENCIA DEL CONTRATO SE SEGURO

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

- 7.4.1. Al tiempo del perfeccionamiento del contrato (inicio del seguro), LA ASEGURADORA conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.**
- 7.4.2. 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.**
- 7.4.3. Las circunstancias omitidas fueron con tenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario, y LA ASEGURADORA igualmente celebró el contrato.**
- 7.4.4. Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.**

Las causales indicadas a continuación traen como consecuencia la resolución de la póliza en el caso de seguros individuales o del certificado de seguro en el caso de seguros grupales, según corresponda.

8.1. 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 ASEGURADORA tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

8.2. POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida, LA ASEGURADORA puede optar por la resolución del contrato, mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación enviada al CONTRATANTE.

8.3. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO O ENGAÑOSA

Cuando el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO hayan efectuado una solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. LA ASEGURADORA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La comunicación de resolución se efectuará a los datos de contacto y bajo la modalidad escogida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. La aplicación de esta causal de resolución será independiente del cumplimiento de los plazos previstos para la evaluación del siniestro, a que se refiere el artículo 74 de la Ley de Contrato de Seguro.

8.4. POR SINIESTRO CAUSADO POR ACTO U OMISION INTENCIONAL

Si el siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional proveniente de dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO. LA ASEGURADORA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

8.5. POR AGRAVACION DEL RIESGO

Habiendo tomado conocimiento de la agravación del riesgo, LA ASEGURADORA puede resolver el contrato de Seguro, debiendo comunicar su decisión al CONTRATANTE a través de los medios de comunicación previamente pactados.

Asimismo, el contrato de seguro quedará resuelto, cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO omitan informar a LA ASEGURADORA una agravación del riesgo oportunamente. LA ASEGURADORA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

8.5.1. Efectos en caso de siniestros.

Si el ASEGURADO omite denunciar la agravación, LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA;

c) Si LA ASEGURADORA no ejerce el derecho a resolver o posponer la modificación del contrato en el plazo de quince (15) días calendarios.

d) LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

8.5.2. 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.

8.6. POR OCULTAMIENTO INTENCIONAL DE INFORMACIÓN

Por ocultamiento intencional por parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO de información necesaria para la evaluación y valorización de los daños, así como de las causas y consecuencias del siniestro. LA ASEGURADORA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La comunicación de resolución se efectuará a los datos de contacto y bajo la modalidad escogida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

8.7. POR RETICENCIA Y/O DECLARACIONÓN INEXACTA NO DOLOSA

Cuando EL CONTRATANTE no acepte la propuesta de ajuste de primas y/o coberturas presentada por LA ASEGURADORA en caso de reticencia y/o declaración inexacta que no obedezca a dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

En dicho supuesto, LA ASEGURADORA puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días con que cuentan para aceptar o rechazar la propuesta indicada de forma precedente. Corresponde a LA ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que efectuó la resolución.

8.8. POR OBSTACULIZAR EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LA ASEGURADORA

En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, o quién actúe en su representación, con su conocimiento, obstaculice el ejercicio de los derechos de investigación de LA ASEGURADORA, no permitiendo el acceso a información o documentación necesaria para la evaluación del siniestro, el contrato de seguro.

En los supuestos en que corresponda, a consecuencia de la resolución, la devolución de la prima pagada en exceso a LA ASEGURADORA, esta será cancelada al CONTRATANTE y/o 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 ASEGURADORA, 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.

8.9. LUEGO DE PRODUCIDO EL SINIESTRO

LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA procederá a la devolución de la prima pagada en exceso la cual se reembolsará al medio de pago escogido por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO al momento de la contratación del seguro.

ARTÍCULO 9: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la póliza hubiera sido ofertada a través de comercializadores, incluido bancaseguros y/o sistemas de distancia, El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá derecho a arrepentirse de la contratación del Seguro, pudiendo para ello resolver el mismo, sin expresión de causa, ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días siguientes de haber recibido la póliza de Seguro, nota de cobertura provisional o certificado de seguro, según corresponda.

En estos casos se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado dentro de los 30 días de efectuada la resolución. Este derecho se ejerce solicitando la cancelación del servicio de acuerdo con 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 celebró el presente contrato.

El derecho de arrepentimiento no será exigible cuando el Asegurado hubiera hecho uso de las coberturas y/o beneficios contenidos en la póliza.

ARTÍCULO 10: PROCEDIMIENTO Y ATENCIÓN DE SINIESTROS

10.1. PRINCIPIO DE INDEMNIZACION

LA ASEGURADORA 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 iniciará 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 y siempre bajo los términos de la póliza, la indemnización dará lugar a menoscabo en el resarcimiento de la pérdida ni 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 ASEGURADORA 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 ASEGURADORA 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 ASEGURADORA sólo está obligada a resarcir el daño efectivamente sufrido.

Si hubo intención manifiesta del ASEGURADO de enriquecerse a costa de LA ASEGURADORA, el contrato de seguro será nulo. LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA la carga de demostrar las causas que lo liberan de su prestación indemnizatoria.

10.4. MODALIDADES DE INDEMNIZACIÓN

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

- 10.4.1.** Reembolsando, en el importe que corresponda según los términos y condiciones de la Póliza, los gastos efectivamente sufragados por el ASEGURADO;
- 10.4.2.** Pagando el monto correspondiente hasta el límite de la suma asegurada, según la magnitud del daño y/o pérdida;
- 10.4.3.** Disponiendo la reparación de los daños ocasionados por el siniestro; o
- 10.4.4.** Reponiendo el bien asegurado por otro de similares características, siempre dentro de los límites de la suma asegurada nominalmente expresada.

10.5. 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 ASEGURADORA, quedando esta 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 ASEGURADORA correspondiente a la misma Póliza.

10.6. AVISO DEL SINIESTRO

El ASEGURADO dará aviso del evento materia del siniestro y demás circunstancias vinculadas, ante la autoridad competente y a LA ASEGURADORA en un plazo no mayor a tres (3) días calendarios o en su defecto en el plazo que para tal efecto se disponga en las condiciones generales de la póliza.

10.7. INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO

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 ASEGURADORA, 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.

Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del sujeto gravado con la carga, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Esta sanción no se producirá si se prueba que LA ASEGURADORA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. Si el incumplimiento obedece a dolo del sujeto gravado con la carga, pierde el derecho a ser indemnizado.

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

10.8. SUBSISTENCIA DE LA COBERTURA

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

10.9. DESIGNACION DE AJUSTADOR

Cuando corresponda, la designación del ajustador deberá efectuarse en el plazo máximo de tres (3) días posteriores (i) al aviso del siniestro o (ii) a la fecha en que LA ASEGURADORA tome conocimiento del siniestro.

Cuando LA ASEGURADORA reciba el aviso de siniestro, ésta debe proponer al ASEGURADO, por lo menos dos (2) días antes del vencimiento del plazo señalado, una terna de ajustadores de siniestros al ASEGURADO para que manifieste su conformidad con la designación de alguno de los ajustadores propuestos. En caso de que el ASEGURADO no designe un ajustador de siniestros, LA ASEGURADORA procederá con la designación antes del vencimiento del plazo indicado a efectos de iniciar el proceso de liquidación.

10.10. SOLICITUD DE COBERTURA

El ASEGURADO deberá presentar a LA ASEGURADORA o al Ajustador de siniestros designado, según corresponda, la información o documentación mínima vinculada al siniestro conforme a lo señalado en las condiciones generales de la póliza, a efectos de que se pueda dar inicio a la liquidación y/o ajuste del siniestro.

El plazo para proceder con la liquidación y/o ajuste del siniestro no se computará hasta que se presente toda la información y/o documentación requerida para tal efecto.

10.11. PRUEBA DEL SINIESTRO Y REMISIÓN DE NOTIFICACIONES RECIBIDAS

Es de cargo del ASEGURADO la obligación de acreditar ante LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA y absteniéndose de allanamientos, reconocimientos, desistimientos, compromisos o transacciones, sin previo consentimiento por escrito de LA ASEGURADORA.

10.12. PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO

El procedimiento de liquidación de siniestros puede realizarse de forma directa por LA ASEGURADORA o con la participación de un Ajustador de Siniestros.

El Ajustador de Siniestros cuando corresponda, cuenta con un plazo de veinte (20) días contados desde que recibió la totalidad de la información y documentación requerida en la póliza para la liquidación del siniestro para elaborar y remitir a LA ASEGURADORA el informe que sustente la cobertura y liquidación del siniestro o el rechazo del mismo.

Cuando LA ASEGURADORA o el Ajustador de Siniestros requieran aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada para la liquidación del siniestro, deberán solicitarlas antes del vencimiento del plazo de veinte (20) días mencionado en el párrafo precedente; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente. El ajustador de siniestros deberá informar a LA ASEGURADORA, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, cuando se haya completado la documentación e información requerida para el proceso de liquidación del siniestro.

Transcurridos los plazos indicados de forma previa, el Ajustador de Siniestros deberá elaborar un convenio de ajuste que contenga el importe de indemnización o prestación a cargo de LA ASEGURADORA, de acuerdo con el informe emitido, que deberá ser enviado al Asegurado para su firma en señal de conformidad.

10.13. CONSENTIMIENTO DEL SINIESTRO

Se entiende consentido el siniestro, cuando LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA.

En el caso de que LA ASEGURADORA no esté de acuerdo con el ajuste señalado en el convenio, puede exigir un nuevo ajuste, para que en un plazo no mayor de treinta (30) días, proceda a consentir o rechazar el siniestro, determinar un nuevo monto o proponer acudir a la vía judicial o al arbitraje, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente. 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.

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 ASEGURADORA 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 mencionado en los párrafos siguientes.

Cuando el ajustador de siniestros requiera 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.

Asimismo, cuando LA ASEGURADORA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, y el ASEGURADO no apruebe, en el caso específico, la ampliación de dicho plazo, LA ASEGURADORA 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.

10.14. 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.

10.15. ADELANTO DE LA INDEMNIZACION

LA ASEGURADORA 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 CONTRATANTE y/o ASEGURADO devolverá a LA ASEGURADORA el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar.

Sin embargo, cuando LA ASEGURADORA se pronuncie favorablemente frente a la pérdida estimada, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho a solicitar un pago a cuenta si el procedimiento para determinar la prestación debida aún no se encuentra terminado, de acuerdo con 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.

10.16. GASTOS CON CARGO A LA PÓLIZA

Sin la autorización escrita de LA ASEGURADORA, 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 ASEGURADORA de toda responsabilidad respecto del siniestro. En el caso de los gastos, de ser el caso, se informará a los datos de contacto y bajo la modalidad escogida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO el monto al cual ascienden.

10.17. RESERVA DE INVESTIGACIÓN ULTERIOR

LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA, 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.

10.18. 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 ASEGURADORA sólo estará obligada a pagar los daños y pérdidas proporcionalmente a la suma asegurada por ella. En el caso de los gastos, de ser el caso, se informará a los datos de contacto y bajo la modalidad escogida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO el monto al cual ascienden.

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.

10.19. CONCURRENCIA DE COBERTURAS

En caso de concurrencia de coberturas emanadas de una o varias Pólizas emitidas por LA ASEGURADORA, 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.

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

10.21. 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.

10.22. 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.

10.23. 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 ASEGURADORA 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.

10.24. CARGA DE INFORMACIÓN Y COOPERACIÓN

El ASEGURADO procurará a LA ASEGURADORA 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.

10.25. PLAZOS ESPECIALES

No están incluidos en los plazos referidos en los numerales 10.12 y 10.13 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 ASEGURADORA.

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 ASEGURADORA, al décimo día siguiente de la transferencia, a menos que EL CONTRATANTE ceda también el contrato de seguro al tercero con aprobación de LA ASEGURADORA, 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 ASEGURADORA 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 ASEGURADORA 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 ASEGURADORA 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 ASEGURADORA pagará al endosatario la indemnización que corresponda hasta donde alcancen sus derechos. Si son varios los Endosarios el pago se efectuará en orden de prelación establecido en la Póliza. Si no hay orden de prelación estipulado LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA, 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 ASEGURADORA la restitución o ajuste de la suma asegurada, para lo cual se requerirá el consentimiento expreso de LA ASEGURADORA y el pago de la prima adicional correspondiente.

ARTÍCULO 13: SUBROGACIÓN Y SALVAMENTO

13.1. SUBROGACIÓN

Desde el momento que LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA, 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 ASEGURADORA 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 este último.

Se entiende por salvamento neto el valor resultante de descontar del valor de venta del mismo los gastos realizados por LA ASEGURADORA, 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 ASEGURADORA 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 ASEGURADORA de cualquier omisión o acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos de subrogación y salvamento de LA ASEGURADORA 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. En el caso de los gastos, si los hubiera, se informará a los datos de contacto y bajo la modalidad escogida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO el monto al cual ascienden de acuerdo con la liquidación del siniestro.

13.5. CONCURRENCIA DE LA ASEGURADORA Y EL ASEGURADO

En caso de concurrencia de LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA 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 ASEGURADORA 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.

En las coberturas de fallecimiento, aun tratándose de pólizas cuya cobertura principal sea patrimonial, el plazo de prescripción comienza a computarse desde conocida la existencia del beneficio.

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 de 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, LA ASEGURADORA comunicará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO dicha modificación y será responsabilidad exclusiva del CONTRATANTE y/o 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 ASEGURADORA y no puedan ser trasladadas

ARTÍCULO 18: CLÁUSULA DE DEFENSORÍA 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 ASEGURADORA, de acuerdo con los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado.

El ASEGURADO, CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO podrá hacer uso de ella en caso de 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 ASEGURADORA.
- 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 ASEGURADORA.
- 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 19: PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS

La atención de consultas y reclamos se realizará a través de nuestra oficina ubicada en Av. Rivera Navarrete 475 Oficina 1302 San Isidro, por teléfono llamando al (511) 321- 3450, por correo electrónico a ReclamosPeru@LibertyMutual.com ó a través de nuestra página web www.libertyseguros.com.pe. 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 ASEGURADORA. Dicho plazo puede extenderse, excepcionalmente, siempre que la complejidad del reclamo lo justifique.

ARTÍCULO 20: 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 con 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 ASEGURADORA 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 ASEGURADORA, o por cualquier otra causa.

ARTÍCULO 21: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA POR EL USO DE COMERCIALIZADORES

LA ASEGURADORA es responsable frente al Contratante y/o Asegurado por la cobertura contratada.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado o sus beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con la presente póliza de seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido dirigidos a LA ASEGURADORA. Asimismo, los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al Comercializador se considerarán abonados a LA ASEGURADORA el mismo día de efectuado.

ARTÍCULO 22: 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 ASEGURADORA 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 23: DATOS PERSONALES

La información proporcionada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, 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 "ASEGURADORA"), 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 ASEGURADORA, 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 ASEGURADORA.

Los Datos Personales proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las Bases de Datos de LA ASEGURADORA y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece LA ASEGURADORA 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 ASEGURADORA. 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 ASEGURADORA.

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

Seguro de Responsabilidad Civil para Directores y Administradores

Condiciones Generales

INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la **Solicitud de Seguro** o en la comunicación escrita presentada por el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** y/o por su **Corredor de Seguros**, la cual se adhiere y forma parte integrante de la presente **Póliza**, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y, asimismo, de acuerdo a lo estipulado en el presente seguro, **Cláusulas Generales de Contratación, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales** y en los **Endosos** y **Anexos** que se adhieran a esta **Póliza**; **LIBERTY SEGUROS SA** (en adelante, LA ASEGURADORA) conviene en amparar al **ASEGURADO** contra los riesgos expresamente contemplados en la **Póliza**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: COBERTURA Y EXCLUSIONES

COBERTURA PRINCIPAL MATERIAL DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO:

1.1. RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS MIEMBROS DEL DIRECTORIO Y DEMÁS ADMINISTRADORES

LA ASEGURADORA indemnizará en nombre de los ASEGURADOS, aquellos Siniestros que se deriven de cualquier Reclamo en contra de los Administradores y/o Directores, de la que resulten civilmente responsables por razón de cualquier Acto Incorrecto cometido o presuntamente cometido en el ejercicio de sus funciones, que sea interpuesta por primera vez contra los mismos, durante el período de vigencia de la presente póliza. **Los Reclamos conocidos con anterioridad a la vigencia de la presente póliza no tienen cobertura.**

COBERTURAS ACCESORIAS Y SUJETAS A LA ACEPTACION O CONSENTIMIENTO DE LA COBERTURA PRINCIPAL MATERIAL DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO:

1.2. REEMBOLSO AL CONTRATANTE POR MONTOS PAGADOS COMO INDEMNIZACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS MIEMBROS DEL DIRECTORIO Y DEMÁS ADMINISTRADORES

LA ASEGURADORA reembolsará al CONTRATANTE por los pagos que este efectúe por concepto de SINIESTROS que se deriven de cualquier RECLAMO en contra de los ASEGURADOS, siempre que estos hayan resultado civilmente responsable de la comisión y/u omisión no dolosa de cualquier ACTO INCORRECTO en el ejercicio de sus funciones como ADMINISTRADORES Y/O DIRECTORES, en caso tal RECLAMO se haya interpuesto por primera vez durante el período de VIGENCIA de la presente póliza y no haya sido conocido con anterioridad a la misma.

La presente cobertura se otorgará únicamente hasta por el monto en que dichos RECLAMOS hayan sido efectivamente pagados por el CONTRATANTE por concepto de indemnización por responsabilidad civil de los ADMINISTRADORES Y/O DIRECTORES en tanto ASEGURADOS contra ese SINIESTRO; ya sea por disposición prevista en la Ley, los estatutos sociales del CONTRATANTE

o una decisión válida de la Junta General de Accionistas o del Directorio (siempre que en la sesión de la Junta General de Accionistas o sesión de Directorio no participe el ASEGURADO cuya responsabilidad civil se ordenó pagar).

1.3. GASTOS DE DEFENSA EN PROCESOS JUDICIALES

La cobertura objeto de la presente póliza se extenderá a los gastos de defensa y en general a las costas y costos de cualquier Proceso Judicial en contra de los ASEGURADOS o en el que estos se vean incluidos, por la comisión o presunta comisión de cualquier ACTO INCORRECTO no doloso en el ejercicio de sus funciones como ADMINISTRADORES Y/O DIRECTORES, siempre y cuando LA ASEGURADORA haya aprobado previamente y por escrito la incursión en tales gastos.

En caso LA ASEGURADORA apruebe esta cobertura, deberá de anticipar en nombre del ASEGURADO los gastos previstos en la solicitud de cobertura aprobada.

De ocurrir este supuesto y que la sentencia final condene al ASEGURADO por un acto doloso, una omisión dolosa o un RECLAMO no cubierto por la Póliza, el CONTRATANTE y el ASEGURADO serán solidariamente responsables de reembolsar a LA ASEGURADORA por todos los anticipos pagados en virtud de esta cobertura. A estos efectos, LA ASEGURADORA podrá requerir el otorgamiento de una garantía financiera que avale el cumplimiento de dicha obligación.

Por el contrario, en caso LA ASEGURADORA rechace la solicitud de esta cobertura, deberá de reembolsar los gastos que haya pagado el ASEGURADO o el CONTRATANTE, según sea el caso, siempre y cuando el ASEGURADO no haya sido sentenciado por la comisión u omisión dolosa del ACTO INCORRECTO en que se basa el RECLAMO.

Para solicitar esta cobertura, el ASEGURADO y/o CONTRATANTE deberá suministrar la información suficiente que permita a LA ASEGURADORA establecer que la investigación tiene como fundamento la comisión o presunta comisión de un ACTO INCORRECTO amparado por la póliza. De igual manera, deberá presentar las propuestas de honorarios de los proveedores de servicios que desee contratar para la asunción de su defensa o las constancias de pago de dichos profesionales, según sea el caso.

1.4. GASTOS DE INVESTIGACIÓN DE UNA ENTIDAD OFICIAL

Se extiende la cobertura al pago de los honorarios de terceros en que incurra el ASEGURADO por concepto de la asesoría jurídica que requiera para hacer frente a cualquier INVESTIGACIÓN DE ENTIDAD OFICIAL en su contra iniciada o llevada a cabo por una entidad oficial de la administración pública del Perú por la comisión o presunta comisión de algún ACTO INCORRECTO.

1.5. RECLAMOS DE CARÁCTER LABORAL

Se extiende la cobertura a los RECLAMOS de carácter laboral que se interpongan contra los ASEGURADOS durante la VIGENCIA de la póliza por la comisión o presunta comisión de un ACTO INCORRECTO en el ejercicio de sus funciones como ADMINISTRADORES Y/O DIRECTORES.

En este sentido, no constituyen RECLAMOS de carácter laboral amparados bajo la presente póliza aquellos que tengan por objeto el reconocimiento de salarios, prestaciones, indemnizaciones y demás retribuciones o compensaciones de carácter económico, emanadas de un contrato de trabajo o cualquier otro régimen laboral previsto en el ordenamiento peruano.

1.6. PARTICIPACIÓN COMO MIEMBRO DEL DIRECTORIO DE ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO

La cobertura se extiende automáticamente, con sujeción a los términos y condiciones de la misma, a cubrir a los ASEGURADOS por razón de ACTOS INCORRECTOS en que llegaren a incurrir como consecuencia directa de su participación en el Consejo Directivo de cualquier entidad sin fines de lucro, por designación y encargo del CONTRATANTE o con motivo de su labor como ADMINISTRADOR Y/O DIRECTOR de éste. Esta cobertura operará en exceso de cualesquiera otras coberturas bajo las cuales los ACTOS INCORRECTOS fueren indemnizables.

La presente cobertura no se hace extensiva a los miembros del Consejo Directivo de entidades sin ánimo de lucro cuya participación en la misma no se realice por encargo y designación del CONTRATANTE, ni tampoco es extensiva a los demás miembros del Consejo Directivo y/o Administradores de tales entidades.

1.7. GASTOS DE IMAGEN CORPORATIVA

La cobertura se extiende a amparar los gastos por concepto de costos y honorarios para la realización de una campaña de imagen corporativa en favor del CONTRATANTE que resulte necesaria o conveniente para mitigar el daño reputacional que le pudiese generar un RECLAMO amparado bajo la presente póliza, siempre y cuando LA ASEGURADORA haya aprobado previamente y prescrito la incursión en tales gastos.

Para solicitar esta cobertura, el CONTRATANTE deberá suministrar las propuestas de honorarios de los proveedores de servicios que desee contratar para que realice la campaña de imagen corporativa.

Los gastos en que incurra el CONTRATANTE serán cubiertos hasta por la suma límite establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

1.8. COSTOS DE DEFENSA POR CONTAMINACIÓN

La póliza se extiende a cubrir los gastos de defensa y en general a las costas y costos de cualquier proceso en contra de los ASEGURADOS o en el que estos se vean incluidos, por razón de un RECLAMO presentado por cualquier tercero como consecuencia de lesiones corporales o daños materiales sufridos por CONTAMINACION accidental, súbita e imprevista. Para que opere esta cobertura, LA ASEGURADORA deberá aprobar previamente y por escrito la incursión en tales gastos.

En caso LA ASEGURADORA apruebe esta cobertura, deberá de anticipar en nombre del ASEGURADO los gastos previstos en la solicitud de cobertura aprobada. **De ocurrir este supuesto y que la sentencia final condene al ASEGURADO por un acto doloso, una omisión dolosa o un RECLAMO no cubierto por la Póliza, el CONTRATANTE y el ASEGURADO serán solidariamente responsables de reembolsar a LA ASEGURADORA por todos los anticipos pagados en virtud de esta cobertura.**

Por el contrario, en caso LA ASEGURADORA rechace la solicitud de esta cobertura, deberá de reembolsar los gastos que haya pagado el ASEGURADO o el CONTRATANTE, según sea el caso, siempre y cuando el ASEGURADO no haya sido sentenciado por la comisión u omisión dolosa del ACTO INCORRECTO en que se basa el RECLAMO.

Para solicitar esta cobertura, el ASEGURADO y/o CONTRATANTE deberá suministrar la información suficiente que permita a LA ASEGURADORA establecer que la investigación tiene como fundamento la comisión o presunta comisión de un ACTO INCORRECTO amparado por la póliza. De igual manera, deberá presentar las propuestas de honorarios de los proveedores de servicios que desee contratar para la asunción de su defensa o las constancias de pago de dichos profesionales, según sea el caso.

Los gastos en que incurra el ASEGURADO serán cubiertos hasta por la suma límite establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

1.9. EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Queda expresamente convenido, salvo estipulación escrita en contrario, que en ningún caso estarán cubiertos los eventos resultantes de, o generados por, o como consecuencia de:

a) ACTUACIONES INICIADAS O ACTOS INCORRECTOS CONOCIDOS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Es: (i) Cualquier actuación administrativa, judicial o extrajudicial instaurada contra el CONTRATANTE o los ASEGURADOS con anterioridad a la fecha de iniciación de la VIGENCIA de la presente póliza; (ii) cualquier hecho, circunstancia, situación, transacción o evento, relacionado, subyacente o alegado en dicha actuación; y/o (iii) cualquier ACTO INCORRECTO de cuyas consecuencias perjudiciales para terceros hayan tenido conocimiento los ASEGURADOS antes del inicio de la VIGENCIA de la presente póliza.

b) ACTOS INCORRECTOS DE PERSONAS NO AMPARADAS

ACTOS INCORRECTOS de terceras personas que no tengan el carácter de ADMINISTRADORES Y/O DIRECTORES del CONTRATANTE y por lo tanto de ASEGURADOS frente a un SINIESTRO.

c) ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMOS presentados por ASEGURADOS en virtud de, o derivados de, uno o varios ACTOS INCORRECTOS de otros ASEGURADOS, o en nombre de o en ejercicio de los derechos del CONTRATANTE. La presente exclusión no se aplicará cuando: (i) se trate de Reclamos de carácter laboral y/o (ii) cuando sean presentados por terceros con independencia y, por lo tanto, sin la participación activa del CONTRATANTE o de cualquier ASEGURADO.

d) BENEFICIOS NO AUTORIZADOS

RECLAMOS que tengan su causa en ventajas, retribuciones o beneficios otorgados a los ASEGURADOS sin la aprobación de los accionistas del CONTRATANTE, siendo estos de su competencia, u obtenidos por los ASEGURADOS sin fundamento legal o contra lo dispuesto en la ley, lo cual se constatará con una resolución judicial que declare la improcedencia del beneficio, remuneración o ventaja.

e) CONTAMINACIÓN

Daños originados directa o indirectamente o en cualquier forma, relacionados con el deterioro del medio ambiente u otras variaciones perjudiciales en el agua, aire, suelo, subsuelo, o bien por ruido, filtración y en general los causados por contaminación de cualquier índole, ya sea real o supuesta. Igualmente, daños causados por el asbesto en su estado natural o por sus subproductos, así como daños relacionados con operaciones y actividades que conlleven exposición a polvo que contenga fibras de amianto. Se exceptúan de esta exclusión los costos de defensa por contaminación accidental, súbita e imprevista, al tenor de lo dispuesto en el Numeral 1.8 de la póliza.

f) CONTRATISTAS INDEPENDIENTES

Daños causados por contratistas o subcontratistas independientes que laboren al servicio

de los ASEGURADOS o del CONTRATANTE o que se encuentren vinculados a estos en virtud de contratos o convenios de cualquier naturaleza distinta a la laboral.

g) DAÑOS A PROPIEDADES

Daño físico, deterioro, destrucción o pérdida de bienes tangibles que sean propiedad o estén bajo el dominio, posesión, tenencia o control de terceros o de los ASEGURADOS o del CONTRATANTE.

h) DELIMITACIÓN TERRITORIAL

Daños o perjuicios derivados de RECLAMOS o acciones legales iniciadas ante tribunales o autoridades diferentes de los ubicados dentro de, y que por tanto no tengan jurisdicción, la delimitación territorial establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

i) DOLO O MALA FE

Basado en, relacionado con, o como consecuencia directa o indirecta de, cualquier acto, omisión o incumplimiento intencionado de cualquier ley, norma vigente o disposición aplicable, en que haya intervenido dolo o mala fe del ASEGURADO, si una sentencia definitiva establece que existió dolo o mala fe en dicho acto, omisión, o incumplimiento, por parte del ASEGURADO.

j) EMISIÓN DE VALORES

Oferta o venta pública o privada de valores emitidos por el CONTRATANTE sea que hubiese sido precedida o no de la elaboración y entrega de un reglamento, prospecto u otro documento informativo.

k) EXCLUSIÓN DE CARÁCTER LABORAL

RECLAMOS que tengan por objeto el reconocimiento de salarios, prestaciones, indemnizaciones y demás retribuciones o compensaciones de carácter económico emanadas de un contrato de trabajo.

l) EXCLUSIÓN DE ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO

Se excluyen los miembros del Consejo Directivo de Entidades sin Ánimo de Lucro cuya participación en la misma no se realice por designación y encargo del CONTRATANTE, ni los demás miembros del Consejo Directivo o Administradores de tales entidades.

m) GARANTÍAS O AVALES

Las garantías o avales personales otorgados por los ASEGURADOS.

n) GUERRA, REBELIÓN, INSURRECCIÓN

RECLAMOS directa o indirectamente ocasionados por, relacionados con o presentados como consecuencia de: guerra internacional (declarada o no), invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra internacional, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, poder militar o usurpado, confiscación, nacionalización, requisa, destrucción de o daños a propiedades, por o bajo las órdenes de cualquier gobierno o autoridad pública nacional o local.

o) INSUFICIENCIA DE SEGUROS

RECLAMOS generados por o resultantes de la falta de contratación o contratación

deficiente o insuficiente de seguros.

p) LESIONES A PERSONAS

Lesiones corporales, enfermedades, perjuicios en la salud, daños morales, y trastornos emocionales o muerte de terceros o de los ASEGURADOS. Esta exclusión no aplica a los daños morales y trastornos emocionales que son objeto de cobertura por Reclamos de carácter laboral.

q) MULTAS O SANCIONES

El importe de las multas o sanciones pecuniarias o administrativas de cualquier naturaleza impuestas a los ASEGURADOS, ni los gastos de defensa directa y exclusivamente relacionados con las mismas, al igual que cualquier indemnización que deban pagar los ASEGURADOS por razón de accidente de trabajo o una enfermedad profesional.

r) PROPIEDAD INTELECTUAL

Violación de patentes de invención, marcas registradas y en general de cualquier clase de derecho de propiedad intelectual, incluyendo, pero no limitado a todo tipo de infracciones de derechos de autor.

s) REACCIÓN NUCLEAR

Daños a consecuencia de reacción nuclear, radiación nuclear, explosiones nucleares, radiación ionizante o contaminación radioactiva, causada por materiales nucleares o residuos nucleares provenientes de la combustión de materiales nucleares.

t) RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL

Reclamos generados por o resultantes del incumplimiento de cualquier obligación de carácter contractual pactada por los ASEGURADOS, distintas a las inherentes a sus responsabilidades como Administradores y/o Directores del CONTRATANTE.

u) RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Reclamos que tengan su causa, sean consecuencia de, o de cualquier forma estén relacionados directa o indirectamente con la prestación de un servicio de carácter profesional o con cualquier acto, error u omisión en que incurriesen los ASEGURADOS en el desarrollo de las actividades propias del objeto social principal del CONTRATANTE, de manera independiente y ajena a sus funciones de ADMINISTRADORES Y/O DIRECTORES.

CLÁUSULA SEGUNDA: ALCANCE DEL SEGURO

2.1. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

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

2.2. GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL

Igualmente, LA ASEGURADORA se obliga al pago de gastos de defensa en procesos judiciales que tenga que efectuar el ASEGURADO destinados a liberarlo de alguna responsabilidad de carácter civil, siempre y cuando tales procesos hubiesen sido comunicados a LA ASEGURADORA dentro de los plazos previstos en la normativa vigente y sujeto a las sanciones que el incumplimiento de ello acarrea.

Los gastos judiciales serán reconocidos siempre y cuando el proceso judicial contra el ASEGURADO verse sobre ACTOS INCORRECTOS que haya cometido, presuntamente cometido u omitido, en el ejercicio de sus funciones como ADMINISTRADOR Y/O DIRECTOR y se encuentren bajo el amparo de cobertura de la presente póliza, aun en el supuesto que la acción contra el ASEGURADO resulte infundada, falsa o fraudulenta por parte del demandante.

La presente cobertura podrá operar vía el pago directo de los honorarios de terceros o vía el reembolso de tales pagos, de conformidad con lo previsto en la Cláusula Primera, y siempre bajo parámetros de razonabilidad.

2.3. COSTOS DEL PROCESO

LA ASEGURADORA responderá por los costos del proceso que el TERCERO o sus causahabientes promuevan en contra del ASEGURADO, con las salvedades siguientes:

- 1. Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida del contrato de seguro.**
- 2. Si la condena por los perjuicios ocasionados al TERCERO excede el LÍMITE ASEGURADO, entonces la póliza sólo responderá por los gastos del proceso, de manera proporcional al monto que le corresponda indemnizar a LA ASEGURADORA.**

CLÁUSULA TERCERA: LIMITE DE INDEMNIZACIÓN Y DEDUCIBLE

3.1. LIMITE MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN

La responsabilidad máxima de LA ASEGURADORA de indemnizar los daños y perjuicios causados por los ASEGURADOS y cuya causa sea un mismo SINIESTRO, incluyendo los gastos de defensa en procesos judiciales y cualquier otro gasto o costo indemnizable bajo la presente póliza, no excederá el límite de cobertura establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asimismo, la responsabilidad máxima de LA ASEGURADORA respecto de los daños y perjuicios generados por todos los eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza, incluido el Período Adicional para Notificaciones, si éste ha sido pactado, será el monto fijado en las Condiciones Particulares de la póliza con carácter de Límite de la Cobertura menos los deducibles pactados.

De presentarse más de un Reclamo que involucre el mismo ACTO INCORRECTO o ACTOS INCORRECTOS interrelacionados, se considerará que todos ellos constituyen un solo RECLAMO y que el ACTO INCORRECTO o ACTOS INCORRECTOS reclamados han tenido lugar en el primero de los siguientes momentos:

- El momento en que se interpone por primera vez un RECLAMO que involucre el mismo ACTO INCORRECTO o ACTOS INCORRECTOS interrelacionados, o**

- **El momento en que el RECLAMO que involucre un mismo ACTO INCORRECTO o ACTOS INCORRECTOS interrelacionados deba considerarse realizado, según los términos de la presente póliza.**

3.2. DEDUCIBLE

En el caso de que un RECLAMO se encuentre amparado bajo más de una de las coberturas establecidas en la Cláusula Primera, los Deducibles estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza se aplicarán separadamente a la parte de la Pérdida resultante del RECLAMO amparado bajo cada una de las coberturas. La suma de los Deducibles así aplicados constituirá el Deducible descontable de tal RECLAMO.

El deducible establecido para el amparo de la Cláusula 1.2 se aplicará a la Pérdida resultante de cualquier RECLAMO, salvo que el CONTRATANTE esté en imposibilidad de pagar tal indemnización real en razón de su insolvencia.

CLÁUSULA CUARTA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

4.1. COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO Y DERECHO DE DEFENSA

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

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

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

- a) El importe de las sumas a que se encuentra obligado el ASEGURADO por concepto de indemnización de daños y perjuicios ocasionados al tercero, más las costas y costos del proceso, hasta el límite de la suma asegurada.**
- b) La obligación de sufragar los gastos que demanda la defensa del ASEGURADO en el proceso judicial, aun cuando no fuera hallado responsable, siendo potestad de LA ASEGURADORA la aprobación del contrato de servicios profesionales correspondiente. Si el ASEGURADO debe soportar parte del daño causado al tercero, LA ASEGURADORA cubrirá los gastos, costas y costos del proceso sólo en forma proporcional. El ASEGURADO se encuentra obligado a cooperar con LA ASEGURADORA en la defensa de sus intereses, bajo sanción de repetir contra este.**

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

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

4.2. OBLIGACIONES ADICIONALES EN CASO DE SINIESTRO

Además de las obligaciones que con carácter general se establecen en la ley o en el presente contrato, serán obligaciones de los ASEGURADOS en caso de SINIESTRO:

- a) Adoptar todas las medidas que favorezcan su defensa frente a cualquier RECLAMO, debiendo mostrarse tan diligente como si no existiera seguro.
- b) Cooperar con LA ASEGURADORA en lo que esta requiera para la defensa de los ASEGURADOS, y en la medida de sus posibilidades.
- c) Suministrar a LA ASEGURADORA con toda información, documentos y pruebas que conforme con la ley, la póliza y los posteriores requerimientos de LA ASEGURADORA sean procedentes e idóneas para demostrar la ocurrencia del SINIESTRO y la cuantía de la pérdida objeto de RECLAMO.
- d) Suministrar a LA ASEGURADORA copia de los documentos y medios probatorios que le hayan sido notificados.
- e) No divulgar la existencia de la presente póliza a terceros sin el consentimiento expreso de LA ASEGURADORA.
- f) Informar a LA ASEGURADORA, al dar noticia del Siniestro, sobre los seguros coexistentes, con indicación de los otros aseguradores y de la suma asegurada en cada póliza.
- g) En caso de que el Tercero damnificado exija directamente a LA ASEGURADORA la indemnización por los daños que le ocasionen los ASEGURADOS, el ASEGURADO cuya responsabilidad presunta haya originado el RECLAMO deberá proporcionar todas las informaciones y pruebas pertinentes que LA ASEGURADORA solicite con relación a la ocurrencia del hecho que motiva la acción del Tercero damnificado.

Las obligaciones que en este numeral se imponen al ASEGURADO, se entenderán a cargo del TOMADOR cuando sea esta persona la que esté en posibilidad de cumplirlas.

4.3. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El CONTRATANTE y el ASEGURADO quedan obligados a tomar todas las precauciones tendientes a evitar la agravación del estado del riesgo asegurado por esta póliza. Asimismo, deberán notificar por escrito a LA ASEGURADORA sobre todos los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si fuesen conocidos por este al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebrarían o lo harían en condiciones más gravosas.

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

tiempo transcurrido.

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

Si el CONTRATANTE y el ASEGURADO omiten denunciar la agravación del estado del riesgo, LA ASEGURADORA quedará automáticamente liberada de su obligación de cubrir un SINIESTRO si es que este ocurre mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto cuando:

- a) El ASEGURADO incurra en la omisión o demora sin culpa inexcusable;
- b) La agravación del riesgo no influya en la ocurrencia del SINIESTRO ni sobre la medida de la prestación a cargo de LA ASEGURADORA;
- c) No se ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato en el plazo previsto;
- d) LA ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

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

CLÁUSULA QUINTA: GARANTÍAS

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

- 5.1. El ASEGURADO no puede sin consentimiento previo y por escrito de LA ASEGURADORA aceptar responsabilidades, desistir o transigir un reclamo en su contra, bajo pena de perder todo derecho bajo este contrato de seguro. Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia con excepción de los gastos necesarios para prestar auxilios médicos, de ambulancia y hospitalización inmediatas ante la ocurrencia de un SINIESTRO y de aquellos realizados con el objeto de evitar la agravación de un daño. Le son aplicables al TERCERO reclamante todas las prohibiciones del ASEGURADO que por su naturaleza procedan.
- 5.2. El presunto TERCERO afectado reclamante y/o el ASEGURADO reclamante, pierden todo derecho derivado de esta póliza cuando formula reclamación en alguna manera fraudulenta.
- 5.3. El ASEGURADO debe mantener válidos todos los documentos exigidos por la autoridad competente, para el ejercicio de su actividad empresarial según está descrita en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 5.4. El ASEGURADO observará todas las disposiciones legales y reglamentarias vigentes para el desarrollo de la actividad empresarial descrita en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA SEXTA: ESTIPULACIONES SOBRE LAS RECLAMACIONES

- 6.1.** Si el monto de los RECLAMOS excede el LIMITE ASEGURADO, **LA ASEGURADORA** solo responderá hasta por el LÍMITE ASEGURADO y respecto de los costos de defensa en la proporción que resulte entre el LIMITE ASEGURADO y el importe total de los RECLAMOS, aun cuando se trate de varios juicios resultantes de un mismo acontecimiento. En tales casos LA ASEGURADORA podrá eximirse de otros RECLAMOS mediante el pago del total del LÍMITE ASEGURADO y de su participación proporcional en los costos de defensa hasta entonces causados.
- 6.2.** Toda indemnización o pago que se haga al amparo de esta póliza causará una disminución del LIMITE ASEGURADO por un valor igual a la suma indemnizada. Esta póliza no gozará de restitución automática de la suma asegurada. Cualquier restitución de la misma debe ser aprobada previamente y por escrito por **LA ASEGURADORA**, una vez que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según sea el caso, cumpla los requisitos exigidos por **LA ASEGURADORA** para tales efectos.

CLÁUSULA SETIMA: PLURALIDAD DE SEGUROS

El CONTRATANTE debe informar a **LA ASEGURADORA** de todos los seguros vigentes a la fecha de celebración de la presente póliza y de los contratados durante la VIGENCIA de ésta, que ampare el mismo interés y/o el mismo riesgo o materia del presente seguro. Asimismo, debe informar sobre toda modificación, cancelación, suspensión, resolución, o anulación de éstos durante la VIGENCIA de la presente póliza.

Salvo pacto por escrito en sentido contrario, cuando ocurra un SINIESTRO debidamente cubierto al amparo de la presente Póliza y también existan otros seguros contratados por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO y/o BENEFICIARIO que también ampare la indemnización del mismo SINIESTRO, LA ASEGURADORA solo estará obligada a pagar los daños y/o las pérdidas proporcionalmente a la cantidad asegurada por la presente Póliza hasta la concurrencia de la indemnización debida, sea que la existencia de las otras pólizas haya sido declarada o no por el ASEGURADO y/o el CONTRATANTE y/o el BENEFICIARIO.

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

CLÁUSULA OCTAVA: DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza, bien en singular o en plural, los términos que se listan a continuación tendrán el alcance y significado que se les asigna en esta Sección, así:

a) ACTO INCORRECTO

Significa cualquier incumplimiento de una obligación, negligencia – incluida culpa grave y culpa leve-, declaración errónea, infracción de disposiciones legales o estatutarias, incumplimiento de deberes u otra acción u omisión de carácter no doloso, realizada o supuestamente realizada, intentada o supuestamente intentada, por uno o varios ASEGURADOS, contraria a la debida diligencia y demás normas de conducta que los estatutos y las leyes imponen a los ADMINISTRADORES y/o DIRECTORES en el ejercicio de sus funciones, siempre y cuando tales conductas generen un daño y den lugar a responsabilidad civil imputable a

los ASEGURADOS.

b) ADMINISTRADOR Y/O DIRECTOR

Son las personas naturales miembros del Directorio, la Gerencia, representantes legales, gestores y demás trabajadores que desempeñen funciones de dirección, confianza y/o gestión en el CONTRATANTE o en las Sociedades Subordinadas. Para los efectos de la cobertura otorgada bajo la presente póliza, salvo estipulación expresa en contrario, no se considerará como ADMINISTRADOR Y/O DIRECTOR a los liquidadores.

c) ASEGURADO

Es el ADMINISTRADOR Y/O DIRECTOR que enfrenta o enfrentaría un proceso por la comisión o presunta comisión de un ACTO INCORRECTO amparado bajo la cobertura de la póliza en calidad de SINIESTRO. Adicionalmente, tendrá el carácter de ASEGURADO el cónyuge de éste pero únicamente respecto de RECLAMOS de los que sea objeto en su condición de tal.

d) CAMPAÑA DE IMAGEN CORPORATIVA

Campaña publicitaria realizada por el CONTRATANTE, previa autorización por escrito de LA ASEGURADORA, con el objeto de contrarrestar el efecto negativo que sobre la imagen y/o reputación del CONTRATANTE pueda generar un SINIESTRO amparado bajo la póliza.

e) CONTAMINACIÓN

La filtración, derrame, escape o fuga de elementos sólidos, líquidos o gaseosos sobre bienes muebles, inmuebles, semovientes, la atmósfera o el agua, susceptibles de causar y que en efecto causen daño real al medio ambiente.

f) CONTRATANTE

Es la persona jurídica que se designa con carácter de TOMADOR en las Condiciones Particulares de esta póliza y en cuyos órganos de administración o gestión participan los ASEGURADOS.

Asimismo, se incluye dentro de dicho concepto a todas las Sociedades Subordinadas del CONTRATANTE existentes antes del inicio de la VIGENCIA de la presente póliza, así como a las adquiridas, fusionadas o creadas con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente póliza, siempre que sus activos no excedan en más de un 10% los activos consolidados de la sociedad matriz. La indemnización otorgada bajo esta extensión se aplica únicamente a los RECLAMOS que tengan su causa en uno o varios ACTOS INCORRECTOS cometidos o supuestamente cometidos por los ADMINISTRADORES y/o DIRECTORES de dichas sociedades subordinadas después de la fecha de adquisición, fusión, escisión o de creación.

Las entidades que durante la vigencia de la presente pierdan el carácter de Sociedades Subordinadas quedarán en virtud de tal hecho y desde la fecha en que éste tenga ocurrencia, excluidas de la definición de CONTRATANTE y por lo tanto, se extinguirá a partir de tal fecha la cobertura para los ADMINISTRADORES y/o DIRECTORES de las mismas.

g) DEDUCIBLE

Es la suma o porcentaje que se deduce del monto de cada indemnización por cada SINIESTRO, que deberá asumir el ASEGURADO para gozar de la cobertura solicitada.

h) INVESTIGACIÓN DE ENTIDAD OFICIAL

Toda investigación formal iniciada contra el ASEGURADO, por primera vez durante la vigencia de la póliza, por una autoridad oficial de la Administración Pública del Perú que sea legalmente competente para investigar las actividades de la misma.

i) PROCESO JUDICIAL

Cualquier proceso judicial o arbitral iniciado contra los ASEGURADOS.

j) RECLAMO

- i. Toda demanda o proceso por la comisión o presunta comisión de un ACTO INCORRECTO, iniciado en contra del ASEGURADO en la jurisdicción civil o arbitral, para obtener la reparación de un daño de carácter exclusivamente patrimonial, salvo por la excepción aplicable a los RECLAMOS de Carácter Laboral;
- ii. Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del ASEGURADO que pretenda la declaración de que el mismo es responsable de un daño como resultado de o derivado de un ACTO INCORRECTO;
- iii. Cualquier proceso penal iniciado en contra del ASEGURADO o al que éste sea vinculado, sujeto a las limitaciones que se establecen en estas condiciones generales, en especial en las Exclusiones de esta póliza y en las Condiciones Particulares de la misma;
- iv. Cualquier procedimiento administrativo o investigación de entidad oficial relacionado con algún ACTO INCORRECTO de un ASEGURADO.

Al respecto, todo RECLAMO derivado de, basado en, al que se atribuya, o que pueda interpretarse como derivado de un mismo ACTO INCORRECTO será considerado como un solo RECLAMO para los efectos de esta póliza.

Los SINIESTROS ocurridos con posterioridad a la VIGENCIA de la póliza pero que fueron el resultado de hechos que los ASEGURADOS o el CONTRATANTE hubiesen conocido e informado a **LA ASEGURADORA** durante la VIGENCIA de la póliza o del Período Adicional para Notificaciones, se considerarán como SINIESTROS reclamados en el momento en que tales hechos hayan sido informados por primera vez a **LA ASEGURADORA**, siempre y cuando la información suministrada a **LA ASEGURADORA** al momento de notificar los hechos que podían resultar en un SINIESTRO especifiquen con claridad los motivos para prever el futuro RECLAMO, indicando detalladamente las razones para ello, así como las fechas, circunstancias y personas involucradas.

k) RECLAMACIÓN DE CARÁCTER LABORAL

Reclamo presentado directamente contra cualquier ASEGURADO por o en nombre de cualquier trabajador al servicio del CONTRATANTE como consecuencia real o supuesta de despido legal o ilegal, acoso, discriminación o maltrato por razones de raza, sexo o religión.

l) SINIESTRO

La deuda de responsabilidad civil del ASEGURADO que surge con la imputación de responsabilidad civil a éste derivada de un RECLAMO presentado durante la vigencia de la póliza y fundamentado en un ACTO INCORRECTO del ASEGURADO en el ejercicio de sus funciones como ADMINISTRADOR y/o DIRECTOR, como consecuencia de una sentencia firme o de una transacción previamente autorizada por **LA ASEGURADORA**.

En consecuencia, no constituirán SINIESTROS y como tales no darán derecho a indemnización alguna, las multas, las sanciones de cualquier otra índole, los daños punitivos y/o daños no compensatorios (“punitive or exemplary damages”), los impuestos o gravámenes de cualquier clase, , ni las que se deriven de actos o hechos no asegurables con arreglo a lo dispuesto en las leyes aplicables y/o a la presente póliza.

m) SOCIEDAD SUBORDINADA

Se considerarán como tales, bajo la calidad de filiales o subsidiarias, aquellas entidades sobre las cuales el CONTRATANTE ejerza control en su carácter de sociedad matriz o controlante, según lo estipulado en el artículo 9 de la Resolución SBS 5780-2015.

n) TERCERO

Es cualquier persona o entidad distinta al CONTRATANTE y/o ASEGURADO que sufra daños y perjuicios indemnizables de acuerdo con los amparos de la presente póliza, incluyendo a cualquier persona en el ámbito individual, incluyendo a los socios, accionistas y/o los acreedores sociales.

El CONTRATANTE puede también actuar como reclamante perjudicado, cuando el RECLAMO sea formulado a través de la pretensión social de responsabilidad, en los términos previstos en el artículo 181 de la Ley General de Sociedades – Ley No. 26887.

o) VIGENCIA

El período durante el cual el presente contrato surtirá efectos subsistiendo en sus obligaciones y estipulaciones, el cual se precisa en las Condiciones Particulares de la póliza.

p) PERIODO DE COBERTURA PROVISIONAL

Es el período de máximo treinta (30) días entre que **LA ASEGURADORA** emite la nota de cobertura provisional y la Póliza. Para que se otorgue cobertura, en este período o en la VIGENCIA de la póliza deben presentarse los hechos que den origen al RECLAMO, de acuerdo con lo que se haya establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA NOVENA: RENOVACIÓN

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA: PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN

El ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO deben acreditar la ocurrencia del SINIESTRO, así como la cuantía de la pérdida, bajo cualquiera de los medios probatorios y procedimientos permitidos por la ley. No obstante, de manera enunciativa se señalan los siguientes medios probatorios:

- a) Carta de presentación formal y explicativa del RECLAMO, con informe escrito sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrió el SINIESTRO o tuvieron lugar los daños motivo del RECLAMO del o de los terceros.
- b) Facturas de compra de los bienes de los terceros afectados, si es procedente.
- c) Valoración de los daños de los bienes de los terceros, si es procedente, con presupuesto o cotizaciones para la reconstrucción, reparación o reemplazo de los bienes afectados, reservándose LA ASEGURADORA la facultad de revisar, verificar las cifras correspondientes.
- d) Comprobantes de pago, recibos o facturas de los gastos necesarios y razonables en que incurrió el ASEGURADO para evitar la extensión y propagación de las pérdidas.
- e) Informe técnico o médico, si es procedente, indicando causas y daños.
- f) Denuncia ante las autoridades en caso de que las circunstancias lo requieran.
- g) Sentencia judicial consentida y ejecutoriada o laudo arbitral que impute responsabilidad al ASEGURADO y cuantifique los daños que hubiera; aunque dicha cuantificación es prescindible.
- h) En caso de fallecimiento, copia del certificado de defunción y de la autopsia de ley.
- i) Copias de las partidas de registro civil para probar la calidad de causahabientes.
- j) Certificaciones de atención de lesiones corporales, o de incapacidad parcial o permanente, expedidas por instituciones médicas debidamente autorizadas para funcionar.
- k) Copia auténtica de escritura pública en caso de bienes inmuebles, certificado de propiedad en caso de automotores, factura de compra si se trata de bienes muebles o la declaración juramentada de dos testigos.

Los documentos requeridos deberán ser presentados en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), en caso no se haga mención a la formalidad.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: PERDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN

Los ASEGURADOS perderán todo derecho a la indemnización derivada de la presente póliza cuando:

- a) El ASEGURADO o el BENEFICIARIO provoquen dolosamente el SINIESTRO.
- b) Por sí o a través de una tercera persona, empleen medios o documentos engañosos o pruebas falsas para sustentar un RECLAMO o para derivar algún beneficio de la misma.
- c) Omitan dolosamente dar aviso del Siniestro.

- d) Omitan por culpa inexcusable dar aviso del SINIESTRO, y siempre que dicha omisión influya en la verificación o determinación del mismo.
- e) Renuncien a sus derechos contra terceros responsables del SINIESTRO sin previa autorización de LA ASEGURADORA.
- f) Cuando concilien o trancen un RECLAMO sin la autorización previa y por escrito de LA ASEGURADORA.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: NOTIFICACIONES Y DOMICILIO

12.1. NOTIFICACIONES

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

12.2. DOMICILIO

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: GENERALIDADES

13.1. SUBROGACIÓN

En virtud del pago de la indemnización, **LA ASEGURADORA** se subroga conforme a ley y hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos de los ASEGURADOS contra TERCEROS responsables del SINIESTRO. **Los ASEGURADOS, a petición de LA ASEGURADORA, deberán hacer todo lo que está a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación y serán responsables de los perjuicios que acarreen a LA ASEGURADORA su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación.**

LA ASEGURADORA podrá repetir contra los ASEGURADOS por el importe de la indemnización que haya debido satisfacer como consecuencia del ejercicio de la acción directa ejercida por el perjudicado o sus causahabientes, cuando con posterioridad al pago de la indemnización se descubra que el daño o perjuicio causado se haya debido a conductas dolosas o de mala fe de los ASEGURADOS.

13.2. CAMBIO EN EL CONTRATANTE

El cambio de control en el CONTRATANTE al ser adquirida, absorbida, fusionada o escindida de otra sociedad producirá la terminación del seguro. Por ello, las coberturas otorgadas por esta póliza cubrirán únicamente a aquellos RECLAMOS que hayan sido previamente reportados durante la vigencia del seguro, o su período de extensión, si este fuera pactado, por ACTOS INCORRECTOS cometidos

por los ASEGURADOS con anterioridad a la fecha de la respectiva absorción, fusión o escisión y hasta la expiración de la póliza.

13.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL Y TERRITORIAL

Están amparados los SINIESTROS ocurridos en el territorio delimitado en las Condiciones Particulares de la póliza, que sean consecuencia de RECLAMOS presentados durante la VIGENCIA de la póliza, siempre que estos últimos tengan su causa en uno o varios ACTOS INCORRECTOS realizados en ese período o antes del mismo.

Se amparan los RECLAMOS que se presenten durante la vigencia de la póliza como consecuencia de hechos ocurridos ya sea en la vigencia de esta o del período cobertura provisional contratado.

13.4. AUTORIZACIÓN DE ACCESO A INFORMACIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: LEGISLACIÓN SUPLETORIA APLICABLE

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