



**BNP PARIBAS
CARDIF**

SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL
CODIGO SBS: RG2085910001 – RG2085920002

1. COBERTURAS PRINCIPALES:

1.1 DESEMPLEO INVOLUNTARIO (APLICABLE SOLO A TRABAJADORES DEPENDIENTES):

La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado, en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Desempleo Involuntario y siempre y cuando cumpla con la Antigüedad Laboral establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en situación de Desempleo Involuntario. Reinsertado el Asegurado a la actividad laboral, con contrato de trabajo suscrito con un empleador, cesará inmediatamente el pago de indemnizaciones por parte de la Compañía.

Habrà lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Desempleo Involuntario, si el Asegurado reincide en un estado de Desempleo Involuntario y siempre y cuando haya transcurrido el Período Activo Mínimo señalado en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado, que se computa desde el cese del último estado de Desempleo Involuntario.

El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

1.2 INCAPACIDAD TEMPORAL:

La Compañía pagará al Asegurado y/o Beneficiario una indemnización hasta el monto máximo de la Suma Asegurada de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado, en el evento que el Asegurado se vea afectado por una situación de Incapacidad Temporal.

El pago de la indemnización se dará en la forma establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado y siempre que el Asegurado se mantenga en estado de Incapacidad Temporal.

Habrà lugar a una nueva aplicación de la cobertura de Incapacidad Temporal, si el Asegurado reincide en estado de Incapacidad Temporal y siempre y cuando haya transcurrido el Periodo Activo Mínimo señalado en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado, que se computa desde el cese del último estado de Incapacidad Temporal y siempre que esta nueva Incapacidad Temporal sea por una causa distinta y no originada por la Enfermedad o Accidente que originó la Incapacidad Temporal ya indemnizada.

El Período de Carencia, Deducible, Período Activo Mínimo aplicable a esta cobertura, se encontrará establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

2. COBERTURAS ADICIONALES:

2.1 COBERTURA ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES:

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, en caso se le diagnosticara por primera vez al Asegurado alguna de las Enfermedades Graves que se detallan a continuación:

2.1.1 CÁNCER PRIMARIO:

Es aquel cáncer que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de este seguro.

Se entiende por Cáncer, a la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la leucemia.

2.1.2 INFARTO AL MIOCARDIO:

Necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva por la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, que no permite la nutrición a la zona afectada y por tanto produce la necrosis.

Esta cobertura se encuentra limitada a los casos de infarto extenso o los diagnosticados según los Códigos I.21, I.21.1., I.21.2, I.21.3 del Código Internacional de Enfermedades Cí10.

2.1.3 ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR Ó VASCULAR ENCEFÁLICO:

Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y generan daño irreversible y permanente de tejido cerebral.

Incluye las hemorragias intracraneanas, embolia de una fuente extracraneal que duren más de 24 horas y un déficit neurológico permanente.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.

2.1.4 ENFERMEDAD A LAS CORONARIAS QUE REQUIERA CIRUGÍA:

Se refiere a la enfermedad que requiera de cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento, estenosis o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo, técnicas con láser u otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

2.1.5 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

Enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones y/o de la función renal, como consecuencia de la cual se hace necesaria regularmente la diálisis renal.

La Suma Asegurada, Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicables, se especificarán en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

2.2 CLAUSULA ADICIONAL COBERTURA DE DIVORCIO

La Compañía, pagará al Asegurado, la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado en el evento que se produzca el Divorcio del Asegurado.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

2.3 CLAUSULA ADICIONAL COBERTURA DE LUTO

La Compañía, pagará al Asegurado por Luto, la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado en el evento que se produzca el fallecimiento del cónyuge y/o conviviente del Asegurado por causa natural o por Accidente.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

2.4 CLAUSULA ADICIONAL COBERTURA DE MATRIMONIO

La Compañía, pagará al Asegurado, la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado en el evento que se produzca el Matrimonio Civil del Asegurado.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

2.5 CLAUSULA ADICIONAL COBERTURA DE NACIMIENTO DE UN HIJO

La Compañía, pagará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado en el evento que se produzca el nacimiento de un hijo del Asegurado.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

2.6 CLAUSULA ADICIONAL COBERTURA DE TITULACION DEL ASEGURADO O DE UN HIJO

La Compañía, pagará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado en el evento que se produzca la Titulación del Asegurado o de un hijo del Asegurado.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

2.7 CLAUSULA ADICIONAL COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará al Beneficiario, la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.

Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

3. EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES:

3.1. PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

- 3.1.1. Causas justas de despido relacionadas con la capacidad y/o conducta del trabajador.
- 3.1.2. Por vencimiento del plazo previsto en el contrato de trabajo sujeto a modalidad.
- 3.1.3. Causales de extinción del contrato de trabajo: fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, cumplimiento de la

condición resolutoria y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad, invalidez absoluta permanente y jubilación.

- 3.1.4. Causas justificadas para el cese definitivo de un servidor público.
- 3.1.5. Término de un contrato a plazo fijo, si la antigüedad laboral con el mismo empleador es menor a un año.
- 3.1.6. Término de cualquier convenio de Modalidad Formativa.

3.2. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

- 3.2.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Período de Carencia.
- 3.2.2. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad del Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el HIV, SCRS o SIDA.
- 3.2.3. Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
- 3.2.4. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil, motocicletas, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípcas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, toreo, escalada, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.
- 3.2.5. Lesiones que el Asegurado sufra en el servicio militar, actos de guerra internacional (con declaración o no). Guerra civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular y terrorismo.
- 3.2.6. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el dosaje etílico practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15gr/lt. por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.
- 3.2.7. Manipulación de explosivos o armas de fuego.

- 3.2.8. Emisión de radiaciones ionizantes, contaminación por radiactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
- 3.2.9. A consecuencia de la participación activa del Asegurado, ya sea como autor, coautor o cómplice, en cualquier acto delictivo; peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legítima defensa.
- 3.2.10. Suicidio o intento de suicidio y/o lesiones autoinfligidas intencionalmente estando en su sano juicio o no.
- 3.2.11. Lumbago o ciatalgia.
- 3.2.12. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos, cirugías plásticas o reconstructivas.
- 3.2.13. Por embarazos, parto, aborto provocado o no provocado.
- 3.2.14. A consecuencia de estrés, ansiedad, depresión, cura de reposo, surmenage, cansancio, apnea del sueño, tratamientos de origen psiquiátrico o psicológico, incluyendo los tratamientos por uso o adicción a las drogas, estupefacientes y/o alcohol.
- 3.2.15. Enfermedades y/o Accidentes por el cual el Asegurado haya recibido una indemnización bajo esta Póliza.
- 3.2.16. Viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos.

Asimismo, se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas, los Vehículos de carga.
- 3.2.17. Hernias y sus consecuencias.
- 3.2.18. Fenómenos de la naturaleza: terremotos, meteoritos, tsunamis, maremotos, erupción volcánica, inundaciones, huaycos, avalanchas, deslizamientos, tornado, vendaval, huracán, ciclón, granizo y rayos.

4. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES:

En adición a las exclusiones especificadas en las Condiciones Generales no están cubiertos los Siniestros ocurridos, directa o indirecta, total o parcialmente a:

- 4.1. Intento de suicidio o autolesión, lesiones auto inferidas, ya sea en estado de cordura o demencia.
- 4.2. Consumo frecuente de bebidas alcohólicas, adicción al alcohol, alcoholismo, así como el consumo de drogas, estupefacientes, barbitúricos, sustancias alucinógenas y otras análogas.
- 4.3. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la

enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el HIV, SCRS o SIDA .

- 4.4. Respecto a la cobertura de Cáncer Primario, están excluidos:
- a. Los melanomas superficiales (SSM) cuyo índice de Breslow es inferior a 0,70 mm con un índice de Clark de nivel I.
 - b. Los tumores "vaso-celulares" de la piel.
 - c. Cualquier tumor denominado "in-situ" o no invasor (que no haya sobrepasado los límites del tejido original), salvo el cáncer de mama in-situ en su forma lobular, que está cubierto.
 - d. Los tumores malignos asociados al VIH.
 - e. Los tumores de la próstata (excepto si grado de Gleason >6 que sea a un nivel clínica T2NOMO).
 - f. Leucemia lymphocytic cronic excepto si alcanzo el nivel A de la prueba de Bidet.
 - g. El cáncer de piel, a excepción del melanoma maligno.
- 4.5. Respecto de las Enfermedades de las coronarias que requieran cirugía, están excluidos:
- a. La angioplastia de globo.
 - b. Técnicas con láser.
 - c. Otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.
- 4.6. Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado; así como la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión por dicho combustible.
- 4.7. Enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura, o a la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza, así como el diagnóstico de enfermedades durante el Periodo de Carencia.
- 4.8. Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.
- 4.9. Enfermedades o defectos congénitos.
- 4.10. Intoxicación o encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- 4.11. Hernias y sus consecuencias.

5. DOCUMENTOS SUSTENTARIOS:

El Asegurado y/o Beneficiario deberá, entregar toda la información y Documentos Sustentatorios siguientes:

5.1 PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

a) Para el primer pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.

- Certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en su defecto constatación policial por despido de facto o hecho.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Convenio de Cese por Mutuo Disenso y/o de la liquidación de beneficios sociales que evidencie el pago de una indemnización, en caso corresponda.
 - Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la liquidación de beneficios sociales por despido y constancia del pago, en caso corresponda. Se verificará el pago de 1.5 remuneraciones por cada año trabajado (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinado) más los beneficios de ley.
 - Copia simple del documento de identidad del Asegurado.
 - Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Trabajo.
 - Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Contrato de Trabajo (de ser solicitado por la Compañía).
 - Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito (de corresponder).

b) Para cada uno de los siguientes pagos:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Declaración Jurada del Asegurado declarando encontrarse en situación de Desempleo.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado de aportaciones a la AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado.

5.2 PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

a) Para el primer pago:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado
- Copia fedateada de la Historia Clínica del Asegurado.
- Constancia de ingresos del Trabajador Independiente (copia de planilla de sueldos del último mes o certificado de 4ta o 3ra categoría para

independientes o recibo último de honorarios o factura por servicios prestados).

- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado y Pronóstico, Días de descanso, Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención, Médico tratante, Fechas de atención.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del informe médico completo (debe incluir Copia del Informe sucinto (resumen) de la historia clínica).
- Declaración Jurada que indique su situación de Trabajador de Independiente de corresponder.
- Copia simple del Estado de Cuenta del Crédito (de corresponder).

b) Para cada uno de los siguientes pagos:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del certificado que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar: Causas de la incapacidad, Diagnóstico definitivo, Tratamiento realizado y pronóstico, días de descanso, número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención, médico tratante, fechas de atención.

5.3 PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

- 5.3.1. Formulario de declaración de Siniestro proporcionado por la Compañía.
- 5.3.2. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- 5.3.3. Copia fedateada de la Historia Clínica del Asegurado.
- 5.3.4. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Informe médico en el que se detalle el diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo, fecha de inicio de la enfermedad o fecha del Accidente, tratamientos, evolución, estado actual del Asegurado.
- 5.3.5. Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado, relacionados con la Enfermedad.
- 5.3.6. Adicionalmente a lo antes referido, para los siguientes casos deberá de considerarse lo siguiente:
 - a) Infarto al Miocardio:

- Electrocardiograma positivo para infarto miocárdico.
- Enzimas cardíacas positivas para infarto miocárdico.
- Ecocardiograma, holter, cateterismo cardíaco, pruebas de perfusión miocárdica u otros (a solicitud de la Compañía).

b) Accidente Cerebro Vascular (ACV):

- Documento(s) que sustente(n) la hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.

c) Cáncer:

- Original o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Examen histopatológico o anátomo patológico original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar en caso lo estime conveniente documentación adicional necesaria para continuar la evaluación del Siniestro. En caso la Compañía requiera documentación adicional para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibidos los Documentos Sustentatorios señalados en el presente documento y que se indicarán también en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días con el que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro luego de recibidos los Documentos Sustentatorios, hasta que se presente la documentación adicional correspondiente.

El pago de la indemnización por parte de la Compañía se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro. Se entiende consentido el Siniestro cuando la Compañía no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del Siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de recibidos los Documentos Sustentatorios completos.

En caso de retraso en el pago por parte de la Compañía, ésta pagará al Asegurado y/o Beneficiario un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, en la moneda en que se encuentre expresado el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora.

En caso de Siniestros en el extranjero, los documentos deberán estar legalizados por el Consulado peruano del país donde ocurrió el siniestro y validado por el Ministerio de Relaciones exteriores de Perú; o de ser el caso, debidamente apostillados.

En caso los documentos estén en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

6. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

Producido el Siniestro estando esta Póliza en pleno vigor, el Asegurado y/o Beneficiario deberán comunicarlo a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del Siniestro o del Beneficio cuando corresponda. El Siniestro podrá ser comunicado a través de los medios y lugares especificados en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

En caso la Compañía opte por otorgar un plazo mayor al contemplado en el párrafo precedente, este será establecido en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El aviso del Siniestro será igualmente válido y eficaz si se utilizan medios electrónicos de conexión directa u otros análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación.

Posteriormente al aviso del Siniestro, el Asegurado y/o Beneficiario deberán presentar la Solicitud de cobertura por escrito a la Compañía en las direcciones que para tal efecto se determinen en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, entregando toda la información y Documentos Sustentatorios establecidos en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La Compañía podrá investigar, revisar, solicitar o comprobar la autenticidad de la información recibida; en general podrá disponer de las medidas necesarias para la sustentación del Siniestro.