

MICROSEGURO DE DESGRAVAMEN

Condiciones Generales

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contrato de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, creado mediante Ley N° 29355.

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud-Certificado del Microseguro, la cual se adhiere y forma parte integrante de este Contrato de Seguro, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración, y de acuerdo a lo estipulado en las presentes Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Especiales y en los Endosos y Anexos que se adhiere a esta póliza, Seguros SURA conviene en amparar al ASEGURADO contra los riesgos expresamente contemplados en la Póliza en los términos y condiciones siguientes:

1 OBJETO DEL CONTRATO DEL SEGURO

En virtud del presente Contrato de Seguro, el ASEGURADO se obliga al pago de la prima convenida en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado y la COMPAÑÍA ASEGURADORA al pago de los beneficios previstos a los Beneficiarios del ASEGURADO, de acuerdo a la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares y en la Solicitud Certificado ante la realización del suceso futuro e incierto previsto en el Contrato de Seguro.

2 BASES DEL CONTRATO

Seguros SURA, denominada en adelante La COMPAÑÍA ASEGURADORA, emite la presente póliza a cambio del pago de la prima convenida, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales y a las declaraciones contenidas en la Solicitud-Certificado de seguro firmada por el Asegurado, todo lo cual forma parte integrante de la póliza.

La póliza y sus eventuales endosos firmados por funcionarios autorizados de La Compañía Aseguradora son los únicos documentos válidos que establecen los derechos y obligaciones de las partes. La Compañía sólo será responsable por los términos y condiciones establecidos en los mencionados instrumentos.

La Póliza y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA ASEGURADORA, y por el tomador o contratante del seguro.

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursados.

En caso de producirse discrepancias de esta Póliza queda convenido que, en orden descendente de jerarquía, las Condiciones Especiales y/o Cláusulas Adicionales prevalecen sobre las Condiciones Particulares, y éstas sobre las Condiciones Generales del riesgo contratado.

3 ACEPTACIÓN DE LA PÓLIZA

De encontrarla conforme, el ASEGURADO deberá suscribir la Solicitud – Certificado y proceder a devolver una copia de la misma a la COMPAÑÍA ASEGURADORA, Contratante o Comercializador del Microseguro.

4 DEFINICIONES

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **En tal sentido, al no ser eventos causados por medios externos, no se considerarán amparados por esta cobertura los denominados Accidentes**

Médicos, entendiéndose estos como los eventos imprevisibles, derivados de los riesgos inherentes a una intervención quirúrgica o tratamiento médico: Infartos de miocardio, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

Asegurado: Persona Natural mayor de edad a quien se le cubre los riesgos establecidos en las condiciones particulares de la póliza.

Beneficiario: Es el Contratante de la póliza, quien es el único con derecho a cobrar la indemnización del seguro.

Capital Asegurado: Es la suma o importe del saldo insoluto del crédito existente al momento del Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado, que este último mantiene con el Contratante y que la Compañía Aseguradora se responsabiliza a pagar a favor del Contratante, en caso de ocurrir el siniestro.

Coasegurado: Es el o la cónyuge que designa el Asegurado en la Solicitud-Certificado. La Compañía Aseguradora no otorgará cobertura al Coasegurado en caso no cumpla con las condiciones establecidas en la Solicitud-Certificado.

Comercializador: Es una persona natural o jurídica, con la que la Compañía Aseguradora ha suscrito un contrato de comercialización, en virtud del cual, adquiere la condición de representante de la Compañía Aseguradora y facilitador frente al Asegurado para promover, ofrecer y comercializar productos de seguros.

Compañía Aseguradora: Seguros SURA.

Contratante: Es la entidad que celebra con La Compañía Aseguradora el contrato de seguro y con quien el Asegurado mantiene un crédito vigente, según la Solicitud-Certificado.

Prima: el valor dinerario determinado por la Compañía Aseguradora como contraprestación por las coberturas de la Póliza.

Siniestro: es la aparición, acontecimiento, suceso o materialización del riesgo cubierto por el seguro.

Solicitud-Certificado: Documento que contiene los datos de identificación del Asegurado, y mediante el cual se acredita la contratación de una póliza de grupo. Debe estar suscrito por el Contratante y el Asegurado.

5 PERSONAS ASEGURABLES

La edad mínima de ingreso del Asegurado, es dieciocho (18) años de edad y la edad máxima de ingreso del Asegurado es de sesenta y cinco (65) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

A la fecha en que el Asegurado cumpla setenta y seis (76) años, el seguro quedará resuelto automáticamente respecto de dicho Asegurado.

En caso que por error u omisión se hubiera asegurado a personas que no se encuentren dentro del rango de edad permitido para la contratación o se hubiera continuado con el pago de la prima luego del límite de permanencia del seguro, el compromiso de Seguros SURA, en adelante, La COMPAÑÍA ASEGURADORA, se limitará a la devolución de las primas pagadas en exceso con intereses legales.

6 COBERTURA

Esta Póliza cubre los siguientes riesgos que expresamente se hayan indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

6.1. Muerte Natural

En caso del fallecimiento del Asegurado por causa natural, la COMPAÑÍA ASEGURADORA pagará a los Beneficiarios el importe del Capital Asegurado indicado para esta cobertura en las Condiciones Particulares

6.2. Muerte Accidental

La COMPAÑÍA ASEGURADORA pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado de esta cobertura señalado en las Condiciones Particulares si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un accidente. Es condición esencial para el otorgamiento de la cobertura por parte de la COMPAÑÍA ASEGURADORA, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las

lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

6.3. Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Si como consecuencia de un accidente, al Asegurado se le diagnostica una Invalidez Total y Permanente, él mismo recibirá el monto asegurado correspondiente a esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado de la póliza

Para efecto de la cobertura otorgada por la presente póliza, sólo serán considerados como tal los siguientes casos:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental a causa de un accidente que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida,
- Fractura accidental e incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente; pérdida accidental total de la visión de ambos ojos; pérdida completa por accidente de ambas manos, pérdida completa por accidente de ambos pies; y, pérdida completa por accidente de una mano y un pie. No se otorgará cobertura en caso ocurra una invalidez que no corresponda a los supuestos indicados.

6.4 Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentre en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una enfermedad presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo. Siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses. La Compañía evaluará la condición del Asegurado, a fin de determinar el estado de invalidez total y permanente y la aplicación de la cobertura. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación, o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración la Certificación médica de Invalidez Permanente Total emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP).

7 EXCLUSIONES

La presente póliza no cubrirá los siniestros que ocurran a consecuencia de:

- a. Fallecimiento del Asegurado o del Coasegurado como consecuencia del Suicidio y/o intento de Suicidio, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (2) años.
- b. Lesiones causadas por el Asegurado o Coasegurado voluntariamente a sí mismo
- c. Lesiones causadas intencionalmente al Asegurado o Coasegurado por terceros con su consentimiento (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio).
- d. Invalidez total y permanente como consecuencia de un intento de suicidio.
- e. El acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice por un beneficiario o quien pudiera reclamar el Capital Asegurado o la indemnización.
- f. Los accidentes que se produzcan cuando el asegurado se encuentre en situación de embriaguez o drogas o en estado de sonambulismo. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado igual o mayor a 0.5 gr/lit. al momento del accidente. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional.
- g. Lesiones que el Asegurado o Coasegurado sufra en servicio militar en actos de Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; asimismo, servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- h. Lesiones causadas al Asegurado o Coasegurado por su intervención, directa o indirecta, como autor o partícipe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, hostilidades u operaciones bélicas, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, guerra civil o internacional, o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, actos de terrorismo o ataques que involucren el uso de armas o materias y sustancias atómicas, biológicas (p.ej. bacteriológicas) o químicas u otras formas de destrucción, en que el

Asegurado participe por culpa grave propia o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables que se ha tratado de legítima defensa.

i. Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la ignición de dicho combustible, cualquier evento o pérdida proveniente de una liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no), fisión o fusión nuclear.

j. Los accidentes que se produzcan en la realización o práctica de actividades, profesión u oficio claramente peligrosos y que no guarden relación con la ocupación declarada por el Asegurado ni mencionados por el mismo en la solicitud respectiva, o aun cuando lo hubiera hecho; considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. Se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.

k. Los accidentes que se produzcan en la práctica de deportes riesgosos, considerándose como tal deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichos deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. Se consideran como deportes riesgosos, práctica de artes marciales que impliquen pleno contacto, el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas y de lanchas, parapente, motonáutica, aviación deportiva, esquí (acuático y de nieve), Bungee Jumping (Puenting) o variación de salto al vacío, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, boxeo, rodeo, equitación, cacería, ciclismo en montaña o en pista, downhill.

l. El riesgo de aviación solo queda cubierto cuando el asegurado viaje como pasajero en transporte aéreo de servicio público, sobre una ruta establecida y autorizada para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario fijo entre aeropuertos debidamente establecidos.

m. Enfermedades preexistentes; se entiende por enfermedad preexistente a toda alteración del estado de salud que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido y/o continua con un tratamiento médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:

- La enfermedad es de conocimiento del asegurado, quien debe actuar bajo el principio de la máxima buena fe; y
- La enfermedad fue diagnosticada por un profesional médico colegiado y se ha determinado con anterioridad a la contratación del seguro.

n. VIH o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o sus derivados y complicaciones.

8 PAGO DE PRIMAS

El pago de la prima será realizado a través del Contratante, quien se encargará de recaudar la prima de los Asegurados por medio de los canales que designe para este fin, y luego transferirla a la Compañía Aseguradora.

Asimismo, la prima mensual no superará el dos por ciento (2%) de la remuneración mínima vital

9 PERIODO DE GRACIA Y SUSPENSIÓN DE COBERTURA

Para el pago de la prima se concede un Periodo de Gracia que será de treinta (30) días calendario, contado a partir de cada fecha de vencimiento de las cuotas previstas para el pago de la prima. Durante este período la Cobertura de la póliza permanecerá vigente.

Si vencido el Periodo de Gracia, la prima se encontrase impaga, la Cobertura se suspenderá automáticamente, sin necesidad de previo aviso, notificación o requerimiento alguno por la Compañía Aseguradora.

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

10 REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA Y RESOLUCIÓN AUTOMÁTICA POR FALTA DE PAGO

En caso la cobertura se encuentre suspendida por falta de pago de prima, el Asegurado podrá rehabilitarla pagando la prima adeudada, dentro del plazo máximo de treinta (30) días desde el vencimiento del Periodo de Gracia.

Una vez transcurrido dicho plazo, y si la prima sigue impaga, la Solicitud-Certificado se resolverá en forma automática, sin necesidad de previo aviso, notificación o requerimiento alguno por la Compañía Aseguradora, perdiendo el Asegurado la Cobertura contratada.

La Compañía no será responsable por los siniestros ocurridos después que la póliza fue resuelta.

11 RESOLUCIÓN DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 10°, el Asegurado podrá resolver su Solicitud-Certificado sin expresión de causa, previo aviso por escrito con una anticipación no menor de treinta (30) días, dirigido al domicilio de la Compañía Aseguradora o al último domicilio del Contratante, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Para tal fin, el Asegurado podrá utilizar los mismos mecanismos utilizados para la contratación.

La Compañía Aseguradora podrá resolver la Solicitud-Certificado en caso de solicitud de cobertura fraudulenta, por lo que tendrá derecho a las primas devengadas a prorrata mientras la misma estuvo vigente.

La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Asegurado y/o Beneficiario; dicha comunicación podrá realizarse a su domicilio o correo electrónico.

12 VIGENCIA DEL SEGURO

La cobertura se inicia con la firma y entrega de la Solicitud-Certificado por parte del Asegurado al Contratante, luego de lo cual el Asegurado tendrá un periodo de gracia, según el artículo 9° precedente. El periodo de vigencia de la póliza terminará cuando el cliente deje de pagar la prima y haya vencido el plazo para su rehabilitación, cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia o se extinga el interés asegurable, lo que suceda primero.

13 PROCEDIMIENTO Y PLAZO PARA PAGO DE SINIESTRO

El Asegurado y/o los Beneficiarios y/o el Contratante deberán dar aviso del siniestro dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia o de la existencia del beneficio, según corresponda. El incumplimiento de este plazo generará el rechazo al siniestro, excepto, si el beneficiario prueba su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, según el Reglamento de Pólizas de Microseguro.

Posteriormente, deberán presentar la solicitud de cobertura al Contratante o al comercializador del seguro, quien tramitará el pago de la indemnización correspondiente de manera directa o a través del corredor de seguros. En su defecto, la solicitud deberá ser presentada a la Compañía Aseguradora. Asimismo, el pago de la indemnización a cargo de la Compañía podrá efectuarse a través del comercializador o directamente al Beneficiario:

En caso de muerte natural:

- a) Partida o Acta de Defunción original o copia certificada.
- b) Copia del DNI del asegurado fallecido, en caso se cuente con dicho documento.

En caso de muerte accidental, adicionalmente a lo requerido por muerte natural, se deberá presentar, según corresponda: Protocolo de Necropsia, Atestado policial completo o Carpeta Fiscal completa, Certificado de médico legista, Resultado de Dosaje Etilico y Resultado de análisis toxicológico, en caso corresponda.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se deberá presentar:

- a) Copia del DNI del Asegurado.
- b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios.
- c) Atestado Policial completo o Carpeta Fiscal completa.
- d) Copia de la Historia Clínica foleada y fedateada.
- e) Dictamen o Certificación médica de Invalidez Permanente Total emitida por ESSALUD, Minsa, Comité Médico de las AFP (COMAFP), Comité Médico de la SBS (COMEC) o Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).
- f) Resultado de Dosaje Etilico y de análisis toxicológico, en caso corresponda.

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado por Enfermedad:

Dictamen o Certificación médica de Invalidez Permanente Total emitida por ESSALUD, Minsa, Comité Médico de las AFP (COMAFP), Comité Médico de la SBS (COMEC) o Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

Las indemnizaciones derivadas de la presente póliza, se harán efectivas dentro del plazo máximo de veinte (20) días desde la fecha de presentación de toda la documentación completa listada en la Solicitud-Certificado.

En el caso de las coberturas por fallecimiento, la indemnización será pagada a los beneficiarios designados por el asegurado en la solicitud certificado o en su defecto a sus herederos legales.

14 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS:

En caso de requerimientos y reclamos, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario pueden presentarlos a la Compañía Aseguradora a través de sus canales de contacto, siendo que los mismos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) y quince (15) días, respectivamente, desde su presentación. Las consultas se atenderán dentro del mismo plazo para los requerimientos. Asimismo, resulta aplicable lo dispuesto en la Circular de Servicio de Atención al Usuario N° G-184-2015 y sus normas modificatorias.

No obstante, en caso de solicitudes de cobertura y reclamos presentadas a través del comercializador, los plazos de atención establecidos no serán prorrogados.

Las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados con la presente póliza, tienen los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía Aseguradora, entendiéndose que esta última las recibió en la misma fecha.

A continuación, detallamos las direcciones de nuestras oficinas, teléfonos, correo electrónico y página web de contacto:

- Lima: Av. Canaval y Moreyra 532, 1er. Piso, San Isidro.
- Provincias: Arequipa: Av. Ejercito 107-B Yanahuara
- Piura: Calle Tacna 307
- Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced
- Teléfonos: 222-7777 / 0800-1-1117.

- Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe
- Página web: www.segurossura.pe (opción "Consultas y Reclamos").

En caso de persistencia del reclamo o queja, los asegurados o beneficiarios podrán optar por los mecanismos de solución de controversias (Indecopi, SBS u otros) que piensen adecuados para hacer prevalecer sus derechos, en caso consideren que hayan sido ignorados.

15 DOMICILIO

La COMPAÑÍA ASEGURADORA y el Contratante declaran que, antes de suscribir la Póliza, han tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales, a cuyas estipulaciones conviene que quede sometido el presente contrato.

Asimismo, señalan como su domicilio el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

16 DEFENSORIA DEL ASEGURADO

Cualquier diferencia existente entre la COMPAÑÍA ASEGURADORA y el Asegurado y/o Beneficiario(s) de la póliza podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por APESEG (Asociación Peruana de Empresas de Seguros) orientada a la protección de los derechos de los Asegurados o Usuarios de los servicios del seguro privado, mediante la solución de controversias que se susciten entre éstos y las Empresas Aseguradoras.

17 SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

La COMPAÑÍA ASEGURADORA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO o BENEFICIARIO perderá todo derecho al pago de la Suma Asegurada o indemnización dando por terminada la cobertura si realizara cualquier declaración falsa o inexacta, omisión de información, dolo o fraude para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le corresponden de acuerdo con la presente póliza. Si el Asegurado o sus Beneficiarios hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a la Compañía la suma percibida, conjuntamente con los intereses legales y demás gastos.

18 MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Se deja expresa constancia que en caso fuera necesario efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza, la Compañía Aseguradora las comunicará al Contratante quien contará con un plazo de treinta (30) días para tomar una decisión respecto a las modificaciones propuestas, contado a partir de la fecha en que reciba la comunicación respectiva en su domicilio. La falta de aceptación de los nuevos términos no generará la resolución del presente Contrato de Seguro, en cuyo caso la Compañía Aseguradora respetará los términos pactados originalmente. La Compañía Aseguradora pondrá a disposición del Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los asegurados.

19 DEDUCIBLES, COPAGOS O FRANQUICIAS

Deducibles, copagos y franquicias no son aplicables en la presente póliza.

20 TÉRMINO DE LA COBERTURA

El término de la cobertura se producirá por el pago del total de las coberturas establecidas en la póliza, por alcanzar el límite de edad de permanencia indicado en el artículo 5°.