

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO OBLIGATORIO
"SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO"
PRESTACIONES ECONOMICAS
(LEY N° 26790 – DECRETO SUPREMO N° 003-98-SA)**

CONDICIONES PARTICULARES	
1. DATOS DE LA POLIZA :	
TIPO DE POLIZA	: Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
CODIGO REGISTRO SBS	: VI2007710028 (Nuevos Soles) / VI2007720036 (Dólares Americanos); adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
N° DE POLIZA	: 620105823
MONEDA DEL CONTRATO	: SOLES
PLAZO DE CONTRATACION	: Indefinido.
FECHA DE EMISION	: 02/01/2026
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	: 00:00 horas del 01/01/2026
FECHA DE FIN DE VIGENCIA	: Indefinido.
ACTIVIDAD DE RIESGO	: ACTIVIDADES DE CONSTRUCCIÓN
2. INFORMACION DEL CONTRATANTE, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:	
CONTRATANTE	: CHINARRO MORALES DORIS GIANELLA
N° RUC	: 10717369560
DIRECCION FISICA	: JR SAN ISIDRO 216 LIMA/LIMA/COMAS
DIRECCION ELECTRONICA	: dorischinarrom@pacifico.com.pe
ASEGURADOS	: Trabajadores del Contratante declarados y registrados mensualmente a la Compañía. La declaración de planilla por parte del Contratante deberá realizarse hasta el último día calendario de cada mes de cobertura, incluso si la frecuencia de pago es distinta a la mensual. La falta de declaración de planilla, determina el incumplimiento del pago de la prima.
BENEFICIARIO	: Los establecidos en el Artículo 3° de las Condiciones Generales de la presente póliza, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 003-98-SA.
3. PRIMA COMERCIAL (PRIMA COLECTIVA):	
MONTO	: Resultado de multiplicar la "Tasa Neta" a la "Base de Cálculo", más Factor de Gestión e IGV.
PRIMA MINIMA	: S/ 80.00
FRECUENCIA DE PAGO	: MENSUAL
FORMA DE PAGO	: Contado
LUGAR DE PAGO	: Domicilio contractual de la Compañía / Cuentas Bancarias
OPORTUNIDAD DE PAGO	: El pago de la prima vence el día quince (15) del mes siguiente al primer mes de cobertura del periodo, según la frecuencia de pago de la prima contratada, previa declaración de planilla. La Compañía enviará la liquidación de prima dentro de los cinco (5) días siguientes de recibida la declaración de planilla. La falta de presentación de la declaración de planilla constituye un incumplimiento en el pago de la prima.
BASE DE CALCULO	: Remuneración Asegurable declarada del Trabajador Asegurado, la cual no podrá ser superior a la Remuneración Máxima Asegurable establecida para el Sistema Privado de Pensiones.
TASA NETA	: 0.41 %

4. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:

El presente seguro otorga coberturas de Supervivencia, Invalidez y Gastos de Sepelio. El detalle de las Coberturas y Sumas Aseguradas de la presente póliza se indican en el Artículo 3° de las Condiciones Generales de la póliza.

El Pacifico Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, denominada en adelante la Compañía; con R.U.C. N° 20332970411; con dirección física en Av. Juan de Arona 830, piso 5; con dirección electrónica en «colocar correo del área de servicio al cliente»; con teléfono 5184500 y fax 51845693; de acuerdo con lo establecido en la presente póliza asegurará a cada una de las personas del grupo asegurado durante la vigencia de la misma.

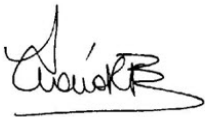
PACIFICO SEGUROS DE VIDA NO AUTORIZA A SU PERSONAL A RECIBIR SUMA ALGUNA DE DINERO EN FORMA PERSONAL. En este sentido, no se hace responsable por cualquier monto entregado a funcionarios, empleados, asesores de la Compañía, cualquiera sea la modalidad de pago elegida. En tal sentido, Pacifico Seguros de Vida no asume responsabilidad alguna por cualquier monto que el cliente decida entregar al consultor o cualquier funcionario de la Compañía a pesar de conocer esta prohibición.

La presente póliza no contempla deducibles, franquicias, copagos o coaseguros, ni conceptos similares a cargo del Contratante y/o Asegurado.

Toda omisión, simulación, o falsedad en las declaraciones que haga el Asegurado y/o Contratante en la Solicitud respectiva y que obedezcan a dolo o culpa inexcusable, determina la nulidad del contrato y, en consecuencia, toda obligación de la Compañía, de acuerdo al artículo 8° de la Ley del Contrato de Seguro – Ley N° 29946.

EN FE DE LO CUAL, la presente ha sido firmada por el Contratante y los funcionarios de la Compañía, debidamente autorizados para ello.

Lima, 2 de Enero del 2026



María Félix
Representante Legal



Miguel Ortiz de Zevallos G.
Representante Legal

CONTRATANTE

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO OBLIGATORIO
“SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO”
PRESTACIONES ECONÓMICAS
(LEY N° 26790 – DECRETO SUPREMO N° 003-98-SA)

CONDICIONES GENERALES

La COMPAÑÍA conviene en otorgar cobertura contra los riesgos de muerte o invalidez derivados de Accidentes de Trabajo o Enfermedades Profesionales a los trabajadores al servicio del CONTRATANTE declarados conforme a lo indicado en la presente póliza, en adelante denominados los ASEGURADOS, de conformidad con los siguientes términos y condiciones:

ARTÍCULO 1º: DEFINICIONES

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

- **ACCIDENTE DE TRABAJO:** Se considera accidente de trabajo, toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo.
Se considera igualmente accidente de trabajo:
 - a) El que sobrevenga al trabajador ASEGURADO durante la ejecución de órdenes del CONTRATANTE o bajo su autoridad, aun cuando se produzca fuera del centro y de las horas de trabajo.
 - b) El que se produce antes, durante después de la jornada laboral o en las interrupciones del trabajo; si el trabajador ASEGURADO se hallara por razón de sus obligaciones laborales, en cualquier centro de trabajo del CONTRATANTE, aunque no se trate de un centro de trabajo de riesgo ni se encuentre realizando las actividades propias del riesgo contratado.
 - c) El que sobrevenga por acción del CONTRATANTE o sus representantes o de tercera persona, durante la ejecución del trabajo.

No constituyen accidentes de trabajo los supuestos detallados en el Artículo 4.1 de las presentes Condiciones Generales.

- **ASEGURADO:** Son asegurados obligatorios del seguro complementario de trabajo de riesgo, la totalidad de los trabajadores del centro de trabajo en el cual se desarrollan las actividades de riesgo previstas en el Anexo 5 del Decreto Supremo N° 009-097-SA y/o normas ampliatorias, sean empleados u obreros, sean eventuales, temporales o permanentes.
Son también asegurados obligatorios del seguro complementario de trabajo de riesgo, los trabajadores del CONTRATANTE que, no perteneciendo al centro de trabajo en el que se desarrollan las actividades referidas en el Anexo 5 del Decreto Supremo N° 009-097-SA y/o normas ampliatorias, se encuentran expuestos al riesgo por razón de sus funciones, **a juicio del CONTRATANTE y bajo las responsabilidades previstas en el último párrafo del presente artículo.**
Sin perjuicio de las sanciones administrativas a que hubiere lugar, **el CONTRATANTE es responsable frente a Essalud o a la ONP por el costo de las prestaciones que dichas entidades otorguen al trabajador afectado por un accidente o enfermedad profesional que, estando expuestos al riesgo, no hubiera sido asegurado, en aplicación del Artículo 88 del Decreto Supremo N° 009-97-SA.**
Para todo efecto de la presente póliza, se considerarán como ASEGURADOS la totalidad de los trabajadores asegurables que hubieren sido declarados y registrados por el CONTRATANTE ante la COMPAÑÍA antes del inicio de la vigencia de esta póliza, así como aquellos que fueran incorporados con posterioridad, previa evaluación médica o declaración jurada de salud, según sea requerido por la COMPAÑÍA.

- **CAPITAL REQUERIDO:** Es el valor actual esperado de las pensiones de invalidez y sobrevivencia que genere el ASEGURADO, tanto para él como para su grupo familiar, desde el momento en que se produjo el fallecimiento del ASEGURADO o se devenguen las pensiones de invalidez total o parcial del ASEGURADO, según sea el caso y hasta la extinción del derecho a pensión del ASEGURADO y de cada uno de los BENEFICIARIOS debidamente acreditados.
Se incluirá al cálculo del Capital requerido el valor actual esperado de los Gastos de Sepelio definidos en el Artículo 3.3 de las presentes Condiciones Generales para el caso de ASEGURADOS cuya invalidez parcial o total sea de naturaleza permanente.
- **CENTRO DE TRABAJO:** Se considera “Centro de Trabajo” al establecimiento del CONTRATANTE en el que se ubican las unidades de producción en las que se realizan las actividades de riesgo inherentes a la actividad descrita en el Anexo 5 del Decreto Supremo N° 009-97-SA. Incluye a las unidades administrativas y de servicios que, por su proximidad a las unidades de producción, expone al personal al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional propia de la actividad productiva. Cuando por la dimensión del “Centro de Trabajo”, las unidades administrativas o de servicios se encuentren alejadas de las unidades de producción por una distancia tal que evidencie que los trabajadores de dichas unidades administrativas o de servicios no se encuentran expuestas al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional propio de la actividad desarrollada por el CONTRATANTE, **éste podrá decidir, bajo su responsabilidad, la no contratación del seguro complementario de trabajo de riesgo para dichos trabajadores.**
- **CONFIGURACIÓN DE INVALIDEZ:** Es el momento en que se evidencia o manifiesta en el ASEGURADO un menoscabo en su capacidad de trabajo, continuo e ininterrumpido, igual o mayor al porcentaje establecido en la presente póliza, según se trate de cada tipo o calificación de invalidez, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 003-98-SA para determinar la invalidez.
- **ENFERMEDAD PROFESIONAL:** Se entiende como enfermedad profesional todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar. El listado de enfermedades profesionales está detallado en Resolución Ministerial N. 480-2008-MINSA.
- **REMUNERACIÓN ASEGURABLE:** La Remuneración Asegurable está constituida por el total de las rentas provenientes del trabajo personal del ASEGURADO percibidas en dinero, cualquiera que sea la categoría de renta a que deban atribuirse de acuerdo a las normas tributarias sobre la materia, hasta el límite de la Remuneración Máxima Asegurable.
En el caso de los trabajadores dependientes, se considera remuneración asegurable a la remuneración computable a que se refiere el Texto Único Ordenado de la Ley de Compensación por Tiempo de Servicios, aprobado por Decreto Supremo N° 001-97-TR y sus normas reglamentarias o las que las sustituyan.
Los subsidios de carácter temporal que perciba el trabajador cualquiera sea su naturaleza, se consideran dentro del concepto de remuneración para el cómputo de la “Remuneración Mensual” y se encuentran afectos a las primas por las Coberturas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. El mismo tratamiento recibirán las gratificaciones ordinarias, es decir aquellas que se otorguen en períodos regulares y estables en el tiempo. Para estos efectos se considera que una gratificación adquiere regularidad cuando es abonada por el empleador a la generalidad de trabajadores o a un grupo de ellos, durante dos (2) años consecutivos, cuando menos en periodos semestrales.
En caso un ASEGURADO reciba un reintegro de remuneración, éste será declarado como parte de la remuneración del mes en que se paga.
- **REMUNERACIÓN MÁXIMA ASEGURABLE:** Monto fijado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, en el artículo 67° de la Resolución N° 232-98-EF/SAFP, como límite para la determinación de la “Remuneración Mensual”, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 47° del Decreto Supremo N° 004-98-EF y que es actualizado según el Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que publica el INEI o el indicador que lo sustituya, de acuerdo con las reglas vigentes para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones.

- **REMUNERACIÓN MENSUAL:** Se entiende por “Remuneración Mensual” al promedio de las remuneraciones asegurables, incluyendo gratificaciones, de los 12 meses anteriores, al siniestro, con el límite de la remuneración máxima asegurable. **Para tal fin la remuneración asegurable de cada mes no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de las primas, ni de la Remuneración Máxima Asegurable.** En caso el afiliado tenga una vida laboral activa menor a 12 meses, se tomará el promedio de las remuneraciones que haya recibido durante su vida laboral actualizado de la forma señalada precedentemente, salvo pactos específicos establecidos entre el “CONTRATANTE” y la “COMPAÑÍA”.

ARTÍCULO 2º: BASES DEL CONTRATO

- 2.1 Toda cláusula o condición de la póliza se subordina a las disposiciones de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, sus modificatorias y reglamentos, y a las disposiciones del Decreto Supremo N° 003-98-SA.
- 2.2 En caso de producirse discrepancias entre estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales prevalecerán las últimas sobre las primeras. Los Endosos prevalecen sobre todas las condiciones anteriores.
- 2.3 Esta póliza se extiende en forma nominativa en favor de los trabajadores debidamente declarados e identificados por el CONTRATANTE en las planillas enviadas a la COMPAÑÍA al inicio de vigencia de la presente póliza y dentro de los quince (15) primeros días de cada mes siguiente, tomando en consideración las remuneraciones consignadas en dicho documento. Los trabajadores no declarados nominativamente dentro del plazo indicado carecen de cobertura de acuerdo al Artículo 4.2 de las presentes Condiciones Generales. Asimismo, en caso el CONTRATANTE, declare remuneraciones menores a las que figuran en las planillas laborales y boletas de pago, y en consecuencia contrate coberturas insuficientes, el CONTRATANTE será responsable de cualquier perjuicio que se ocasione al trabajador o sus beneficiarios, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 88 del Reglamento de la Ley 26790, modificado por Decreto Supremo N° 003-98-SA. Lo antes señalado no será aplicable, en caso deba declararse como remuneración mensual, la remuneración máxima asegurable.
- 2.4 La COMPAÑÍA no aplicará ningún mecanismo de selección entre los trabajadores a asegurar; sin embargo, podrá requerir al CONTRATANTE la realización y entrega de exámenes médicos y/o declaración de salud sobre los ASEGURADOS previas a la celebración del contrato y al momento de la incorporación de un nuevo trabajador únicamente para establecer la delimitación de cobertura a los trabajadores que ostenten una condición de invalidez previa a la contratación de la presente póliza. La negativa del CONTRATANTE en proporcionar exámenes médicos y/o declaración de salud constituye causal de resolución de la presente póliza, para lo cual la COMPAÑÍA cursará una comunicación con 30 días de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza. Se deja expresa constancia que no constituye un mecanismo de selección entre trabajadores, el hecho de que una misma Entidad Empleadora contrate el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo con diferentes compañías aseguradoras para las distintas sedes o zonas geográficas de sus centros de trabajo.
- 2.5 El CONTRATANTE está obligado a proporcionar a la COMPAÑÍA la información médica de los ASEGURADOS durante la vigencia de la presente póliza para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios o por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los ASEGURADOS. El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza, para lo cual la COMPAÑÍA cursará una comunicación con 30 días de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza. Asimismo, el CONTRATANTE deberá proporcionar a la COMPAÑÍA información médica con posterioridad a la vigencia de la presente póliza a efectos de delimitar la cobertura o atender solicitudes de beneficios.

- 2.6 Sin perjuicio de las evaluaciones que el CONTRATANTE esté obligado a practicar a sus trabajadores por norma laboral o de su sector, la COMPAÑÍA, durante la vigencia del presente contrato, podrá disponer que se practiquen exámenes médicos, como máximo dos veces en un periodo de 12 meses, a los trabajadores ASEGURADOS del CONTRATANTE, debiendo éste y los ASEGURADOS brindar las facilidades necesarias. El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza para lo cual la COMPAÑÍA cursará una comunicación con 30 días de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza.

ARTÍCULO 3º: COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Las coberturas otorgadas en virtud de la presente póliza son exigibles sobre los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional; salvo las coberturas especiales expresamente pactadas para viajes en comisión de servicio o actividades de riesgo que por su propia naturaleza exigen el amparo en el extranjero, las mismas que, de haberse contratado, figuran expresamente en las Condiciones Especiales o en un endoso a la póliza.

Las coberturas son las siguientes:

3.1 PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA

3.1.1 La COMPAÑÍA pagará pensión de sobrevivencia en caso de fallecimiento del ASEGURADO:

- a) Ocasionado directamente por un accidente de trabajo o enfermedad profesional; o,
- b) Por cualquier otra causa posterior mientras el “ASEGURADO” se encuentre gozando de una pensión de invalidez, parcial o total, temporal o permanente; o,
- c) Producido mientras el ASEGURADO se encontrara gozando de subsidio por incapacidad temporal a cargo del Seguro Social de Salud como consecuencia de un accidente o enfermedad profesional siempre que la causa de la muerte se encuentre relacionada directamente con el accidente o enfermedad profesional.

3.1.2 Los montos de pensión serán los siguientes:

- a) El 42% de la “Remuneración Mensual” del ASEGURADO, para el cónyuge o conviviente a que se refiere el Artículo 326 del Código Civil, si no existieran hijos a los que se refiere el literal c) de este inciso;
- b) El 35% de la “Remuneración Mensual” del ASEGURADO, para el cónyuge o conviviente a que se refiere el Artículo 326 del Código Civil, en caso de existir hijos a los que se refiere el literal c) siguiente;
- c) El 14% de la “Remuneración Mensual” del ASEGURADO a cada hijo menor de 18 años, así como a cada hijo inválido mayor de 18 años incapacitado para el trabajo en forma total y permanente, calificados conforme al presente Decreto Supremo;
- d) El 14% de la “Remuneración Mensual” del ASEGURADO para cada uno de los padres del ASEGURADO que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:
 - Que sean calificados como inválidos total o parcialmente en proporción superior al 50%, conforme a las Normas Técnicas del Seguro Complementario Trabajo de Riesgo, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-98-SA; o,
 - Que tengan más de 60 años de edad y que hayan dependido económicamente del causante, de acuerdo con las normas que fije la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones que se aplicarán por analogía.

- 3.1.3 Cuando existan cónyuge o conviviente e hijos del ASEGURADO con derecho a pensión de sobrevivencia, éstos gozarán la que les corresponde en forma concurrente; pero si el monto total excede el 100% de la “Remuneración Mensual” del ASEGURADO dichas pensiones quedarán reducidas proporcionalmente de modo tal que, en conjunto, no superen dicha “Remuneración Mensual”.
- 3.1.4 Cuando existan cónyuge o conviviente y padres del ASEGURADO con derecho a pensión de sobrevivencia, éstos concurrirán en el goce de las pensiones que les corresponda.
- 3.1.5 Cuando solo existan hijos y padres del ASEGURADO, con derecho a pensión de sobrevivencia, todos los hijos concurrirán en el goce de la pensión que les corresponda; pero la pensión de los padres solo procederá si quedara algún remanente.
- 3.1.6 Cuando existan cónyuge o conviviente, hijos y padres del ASEGURADO, con derecho a pensión de sobrevivencia; los padres gozarán de las pensiones que les corresponda, solo si quedara algún remanente luego de aplicar el Artículo 3.1.3 anterior.
- 3.1.7 De no haber existido y de no existir cónyuge o conviviente con derecho a pensión, el porcentaje de la remuneración a que se refiere el inciso a) del Artículo 3.1.2 anterior, se asignará como pensión en caso que quedara un solo hijo como beneficiario, aunque existan padres. De haber dos o más hijos con derecho a pensión, la pensión conjunta se incrementará en 14 puntos porcentuales sobre el porcentaje referido en el inciso a) del Artículo 3.1.2, tantas veces como hijos hubiese, distribuyéndose en partes iguales; pero la pensión de los padres solo procederá si quedara algún remanente de acuerdo con el Artículo 3.1.5.

3.2 PENSIÓN O INDEMNIZACIÓN DE INVALIDEZ:

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedara en situación de invalidez; la pensión o indemnización que corresponda al grado de incapacidad para el trabajo conforme a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 003-98-SA y que a continuación se indica:

3.2.1 Invalidez Parcial Permanente:

La COMPAÑÍA pagará, una pensión vitalicia mensual equivalente al 50% de la “Remuneración Mensual” al ASEGURADO que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedara disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior al 50% pero menor a los dos tercios.

3.2.2 Invalidez Total Permanente:

La COMPAÑÍA pagará, una pensión vitalicia mensual equivalente al 70% de su “Remuneración Mensual”, al ASEGURADO que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, quedara disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior a los dos tercios.

La pensión será, del 100% de la “Remuneración Mensual”, si como consecuencia del accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, el ASEGURADO calificado en condición de Invalidez Total Permanente, quedara definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo remunerado y, además, requiriera indispensablemente del auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida. En este caso la pensión resultante no podrá ser inferior a la Remuneración mínima legal para los trabajadores en actividad.

3.2.3 Invalidez Temporal:

En caso de Invalidez Temporal, la COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO la pensión mensual que corresponda, según el grado total o parcial de la invalidez a que se refieren los Artículos 3.2.1 y 3.2.2, hasta el mes en que se produzca su recuperación.

El carácter temporal o permanente de la invalidez, se determina en función al grado de recuperabilidad que puede tener una persona al sucederle un siniestro que reputa tal condición.

3.2.4 Invalidez Parcial Permanente Inferior al 50%:

En caso que las lesiones sufridas por el ASEGURADO dieran lugar a una invalidez parcial permanente inferior al 50%, pero igual o superior al 20%; la COMPAÑÍA pagará por una única vez al ASEGURADO inválido el equivalente a 24 mensualidades de pensión calculadas en forma proporcional a la que correspondería a una Invalidez Permanente Total, de acuerdo a la siguiente fórmula: $24 \times 70\% \times \text{Remuneración Mensual} \times \text{Grado de Invalidez determinado}$.

En estos casos, la Entidad Empleadora queda prohibida de prescindir de los servicios del trabajador basada en su condición de invalidez.

3.3 GASTOS DE SEPELIO:

En caso proceda el pago de la cobertura de sobrevivencia ante el fallecimiento del ASEGURADO la COMPAÑÍA reembolsará, como mínimo, los gastos de sepelio a la persona natural o jurídica que los hubiera efectivamente sufragado, hasta el límite correspondiente al mes del fallecimiento, señalado por la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones para los afiliados a dicho sistema contra la presentación de los documentos originales que sustenten dicho gasto.

ARTÍCULO 4º: RIESGOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

4.1 No constituye accidente de trabajo:

- a) El que se produce en el trayecto de ida y retorno al centro de trabajo, aunque el transporte sea realizado por cuenta del CONTRATANTE en vehículos propios o contratados para el efecto, con excepción de los accidentes de trabajo que ocurran cuando el trabajador asegurado se encontrase cumpliendo una comisión de servicio.
- b) El provocado intencionalmente por el propio trabajador ASEGURADO o por su participación en riñas o peleas u otra acción ilegal.
- c) El que se produzca como consecuencia del incumplimiento del trabajador ASEGURADO de una orden escrita específica impartida por el empleador. Las disposiciones sobre seguridad en las actividades del CONTRATANTE que estén contenidas en normas de obligatorio cumplimiento, o que tenga que expedir el CONTRATANTE en cumplimiento de dichas normas; o las contenidas en reglamentos, directivas, procedimientos, memorandos, y cualquier otro documento que haya sido puesto en conocimiento de los ASEGURADOS, ya sea de manera individual o general, para su cumplimiento, constituyen órdenes específicas impartidas por el CONTRATANTE.
- d) El que se produzca con ocasión de actividades recreativas, deportivas o culturales, aunque se produzcan dentro de la jornada laboral o en el centro de trabajo.
- e) El que sobrevenga durante los permisos, licencias, vacaciones o cualquier otra forma de suspensión del contrato de trabajo.
- f) Los que se produzcan como consecuencia del uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes por parte del ASEGURADO.
- g) Los que se produzcan en caso de guerra civil o internacional, declarada o no, dentro o fuera del Perú; motín conmoción contra el orden público o terrorismo.

- h) Los que se produzcan por efecto de terremoto, maremoto, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza.
- i) Los que se produzcan como consecuencia de fusión o fisión nuclear por efecto de la combustión de cualquier combustible nuclear, salvo cobertura especial expresa.

4.2 Están excluidos de la cobertura de la presente póliza:

- a) Invalidez configurada antes del inicio de vigencia del seguro cuyas prestaciones serán amparadas por la ASEGURADORA que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, en caso que el trabajador que tenga la calidad de asegurado obligatorio no hubiera estado asegurado, por la OFICINA DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL. En este último caso, es de aplicación el Artículo 88 del Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- b) Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente autoinfligidas o autoeliminación o su tentativa.
- c) La muerte o invalidez de los trabajadores asegurables que no hubieren sido declarados por el CONTRATANTE cuyas pensiones serán de cargo de la OFICINA DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL de conformidad con el Artículo 88 del Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- d) La muerte del ASEGURADO producida mientras el ASEGURADO se encuentra gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del Essalud, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.

ARTÍCULO 5º: INICIO DE VIGENCIA Y PLAZO DE LA PÓLIZA

- 5.1 La presente póliza se suscribe a plazo indefinido, inicia su vigencia en el día y hora señalada en las Condiciones Particulares, sujeto al cumplimiento de lo estipulado en las presentes Condiciones Generales. Dentro de su vigencia, la COMPAÑÍA solo podrá resolverlo por causal de incumplimiento imputable al CONTRATANTE, de conformidad con lo establecido en el Artículo 13 de las presentes Condiciones Generales, o en caso se produzca la situación prevista en el Artículo 6.2 de las presentes Condiciones Generales.
- 5.2 Salvo en caso de agravación del riesgo de conformidad con lo establecido en el Artículo 6.2 de las presentes Condiciones Generales, durante la vigencia de la póliza, la COMPAÑÍA 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 30 días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.
- 5.3 La cobertura otorgada a cada Asegurado, en virtud de esta póliza, empezará a las cero horas del día siguiente en que éste hubiera sido incluido por primera vez como Asegurado en la declaración de planillas presentada por el Contratante, salvo que en dicha planilla se indique una fecha de inicio posterior, en cuyo caso se considerará como inicio de vigencia la indicada en la declaración de planillas como inicio de la relación laboral; y, se mantendrá vigente mientras concurren las siguientes circunstancias: (i) la póliza se mantenga vigente; (ii) el Asegurado siga perteneciendo a la planilla del Contratante o no termine la relación entre él, o su Empleador, y el Contratante; (iii) el Contratante lo continúe incluyendo en su declaración de planillas; (iv) el Contratante continúe efectuando el pago de la prima correspondiente al Asegurado; y, (v) no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y/o nulidad del seguro establecidos en la Cláusula Decimotercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Terminación de la Cobertura".

ARTÍCULO 6º: PRIMA

- 6.1 El monto de la prima se calculará multiplicando la “Tasa Mensual o Tasa Comercial” que se indica en las Condiciones Particulares de la presente póliza, por la suma de las “Remuneraciones Asegurables Mensuales” declaradas por el CONTRATANTE según se indica en las Condiciones Particulares, tomando en cuenta el tope de la Remuneración Máxima Asegurable. Las remuneraciones asegurables declaradas en las planillas para el pago mensual de las primas, en tanto no excedan de la remuneración máxima asegurable, serán el monto máximo a considerar para el cálculo de la remuneración mensual del ASEGURADO.
- 6.2 La tasa podrá ser reajustada por la COMPAÑÍA en función al índice de siniestralidad o a los cambios experimentados en el centro de trabajo que impliquen agravación del riesgo. Será causal de resolución si luego de 15 días de comunicado el reajuste de tasa, el CONTRATANTE manifiesta su rechazo o no se pronuncia sobre el mismo. Para estos efectos, la COMPAÑÍA cursará una comunicación escrita con 30 días de anticipación, manifestando su decisión de resolver la póliza.
- 6.3 Las primas son de cargo del CONTRATANTE y deberán ser pagadas en la forma y oportunidad establecidas en las Condiciones Particulares. **La demora en el pago de las primas o en la declaración de planilla de remuneraciones (necesaria para la liquidación de prima), dentro del plazo estipulado en las Condiciones Particulares, dará lugar a la suspensión automática de la cobertura a partir de la fecha de tal incumplimiento sin necesidad de aviso previo o declaración judicial; pero la COMPAÑÍA continuará obligada a otorgar las prestaciones que se generen durante el periodo de mora, sin perjuicio de su derecho de repetir contra el CONTRATANTE por los costos de las mismas. En caso la cobertura se encuentre suspendida por incumplimiento de pago de primas, la COMPAÑÍA puede optar por resolver la póliza. La póliza se considera resuelta en el plazo de 30 días contados a partir del día en que el CONTRATANTE es notificado con la comunicación de resolución.**

ARTÍCULO 7º: AVISO DE SINIESTRO

- 7.1 El CONTRATANTE cursará un aviso escrito a la COMPAÑÍA, dentro de las 48 horas siguientes, o en un plazo mayor que sea razonable de la ocurrencia de todo accidente de trabajo que pueda dar lugar o no a una reclamación bajo esta póliza, el cual contendrá necesariamente información sobre la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad, domicilio y labor desempeñada por el ASEGURADO que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancia en que éste ocurrió, así como el nombre y domicilio de los testigos.
- 7.2 En caso de enfermedad profesional, el CONTRATANTE comunicará por escrito a la COMPAÑÍA, dentro del plazo de 48 horas, o en un plazo mayor que sea razonable el diagnóstico de la enfermedad profesional o la ocurrencia que la evidencie, lo que ocurra primero.
- 7.3 El CONTRATANTE será responsable de los daños y perjuicios que se generen como consecuencia del incumplimiento en cursar oportunamente este aviso, sin perjuicio del derecho de la COMPAÑÍA de resolver el contrato de seguro para lo cual la COMPAÑÍA cursará una comunicación con 30 días de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza.
- 7.4 En caso de fallecimiento del ASEGURADO, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte debiendo los sucesores o beneficiarios prestar su conformidad y su concurso, si fueren imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los sucesores o beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta de la COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 8º: PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD DE COBERTURA

- 8.1 PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA:** Para obtener Pensión de Supervivencia, los BENEFICIARIOS se dirigirán directamente a la COMPAÑÍA, solicitando la que le corresponda, con sujeción al siguiente procedimiento:
- 8.1.1 Presentarán la Solicitud de Pensión en el formato proporcionado por la COMPAÑÍA, adjuntando la siguiente información y documentación:
- a) Acta de Defunción.
 - b) Certificado Médico de defunción.
 - c) Atestado o Informe Policial o Carpeta Fiscal y Certificado de Necropsia, si el fallecimiento del ASEGURADO es a consecuencia de un accidente.
 - d) Solicitud de Pensión de Supervivencia en el formulario que la COMPAÑÍA proporcione, acompañada de la documentación que acredite su condición de BENEFICIARIO.
 - e) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las remuneraciones percibidas por el ASEGURADO durante los 12 meses anteriores al siniestro. En caso que el ASEGURADO cuente con una vida laboral activa menor a 12 meses, se acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados en función de los cuales se calculará la pensión.
- 8.1.2 El plazo de presentación de beneficiarios de pensiones de supervivencia es de 120 días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO. Los beneficiarios que se presenten después de este plazo, no perderán su derecho a las pensiones de supervivencia, pero éstas solo se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión.
- 8.1.3 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑÍA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de la invalidez del BENEFICIARIO, en su caso, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión.
- 8.1.4 En caso de existir discrepancias respecto de la condición de inválido del BENEFICIARIO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, podrá solicitar la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, cuyo laudo tendrá el carácter de cosa juzgada.
- 8.1.5 Si las discrepancias no versaran sobre la condición de invalidez del BENEFICIARIO, el asunto podrá ser directamente sometido al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- 8.1.6 La COMPAÑÍA procederá a pagar las pensiones de los BENEFICIARIOS que no hubieren impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 26. Asimismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑÍA procederá al pago de las pensiones que correspondan dentro del plazo señalado en el Artículo 9 de las presentes Condiciones Generales.
- 8.2 PENSIÓN O INDEMNIZACIÓN DE INVALIDEZ:** Para la obtención de la pensión o indemnización de invalidez el ASEGURADO deberá igualmente dirigirse directamente a la COMPAÑÍA, con sujeción al siguiente procedimiento:
- 8.2.1 Presentará una solicitud en los formatos proporcionados por la COMPAÑÍA, acompañada de la siguiente documentación e información:
- a) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al ASEGURADO, expresando las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente.
 - b) Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones del alta o baja del paciente.
 - c) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud.

d) Declaración Jurada del CONTRATANTE y de anteriores empleadores del ASEGURADO, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 últimas remuneraciones, percibidas por el ASEGURADO hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo del IPSS. En caso que el ASEGURADO hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 meses, acreditará la "Remuneración Mensual" por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión.

e) Copia del documento de identidad del ASEGURADO.

8.2.2 Recibida la solicitud con la documentación completa, la COMPAÑÍA procederá directamente a la evaluación de la documentación presentada y la calificación de la condición de la invalidez del ASEGURADO, pronunciándose sobre la procedencia del reclamo en un plazo máximo de diez días calendario a contarse desde la presentación de la solicitud de pensión. La COMPAÑÍA está facultada a evaluar al ASEGURADO para verificar la condición de invalidez y determinar el menoscabo de la capacidad de trabajo de éste.

8.2.3 En caso de existir discrepancias respecto de la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el expediente será elevado al Instituto Nacional de Rehabilitación para su pronunciamiento en instancia única administrativa. La parte que no se encuentre conforme con la decisión del Instituto Nacional de Rehabilitación, podrá solicitar la intervención del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

8.2.4 Si las discrepancias no versaran sobre la condición o grado de invalidez del ASEGURADO, el asunto podrá ser directamente sometido al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

8.2.5 La COMPAÑÍA procederá a pagar la pensión del ASEGURADO que no hubieren impugnado su decisión en el plazo establecido en el Artículo 9 de las presentes Condiciones Generales. Asimismo, resueltas las discrepancias conforme al procedimiento señalado en los artículos precedentes, la COMPAÑÍA procederá al pago de la pensión que corresponda dentro del plazo señalado en el Artículo 9.

8.2.6 En caso que la invalidez, total o parcial, sea de naturaleza temporal, una vez vencido el plazo señalado para la extinción de la incapacidad, será menester que el Instituto Nacional de Rehabilitación emita un dictamen previo examen médico, para la continuidad de la pensión. Si el segundo dictamen establece la condición de invalidez también temporal, total o parcial, la continuidad de la pensión estará sujeta a nuevos dictámenes semestrales hasta que cese la invalidez.

8.2.7 En caso que la invalidez, total o parcial, sea de naturaleza permanente, la COMPAÑÍA pagará la pensión que corresponda, pero solicitará al Instituto Nacional de Rehabilitación la emisión de nuevos dictámenes anuales una vez transcurrido el plazo de un (1) año contado desde la fecha del primer dictamen. No obstante lo antes expuesto, se podrá prescindir de dicha solicitud, cuando la COMPAÑÍA determine que la invalidez es definitiva; o cuando lo considere conveniente.

8.2.8 En caso se determinara que un caso de la invalidez, total o parcial, que está siendo pagado por la COMPAÑÍA, no mantuviera dicha condición, la COMPAÑÍA podrá suspender el pago de la pensión correspondiente, previa evaluación médica a cargo de la COMPAÑÍA. El Asegurado se compromete a pasar por dichas evaluaciones.

8.3 **GASTOS DE SEPELIO:** Las personas que reclamen Gastos de Sepelio, deberán presentar a la COMPAÑÍA, una solicitud en los formatos proporcionados por aquélla, adjuntando los siguientes documentos:

a) Certificado de Defunción del ASEGURADO.

b) Solicitud de Reembolso de Gastos de Sepelio.

c) Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

8.3.1 La COMPAÑÍA evaluará directamente la procedencia del reclamo, pronunciándose en el plazo de diez días calendario.

8.3.2 En caso de existir discrepancias respecto de este beneficio la cuestión será resuelta en forma definitiva por el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

8.3.3 La COMPAÑÍA pagará el beneficio que corresponda una vez consentida su decisión o resueltas las discrepancias surgidas, en el plazo señalado en el artículo siguiente.

ARTÍCULO 9º: CÁLCULO Y PAGO DE LAS COBERTURAS DE SOBREVIVENCIA E INVALIDEZ

- 9.1 Las pensiones, o en su caso indemnización, de Invalidez y de Supervivencia serán calculadas sobre la "Remuneración Mensual" del ASEGURADO tal como se define en esta póliza, aplicándose los mismos límites, requisitos, criterios y procedimientos vigentes para los afiliados al Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones para todo aquello que no se encuentre regulado en forma especial por el Decreto Supremo 003-98-SA y normas concordantes.
- 9.2 Las pensiones o indemnización de invalidez a favor del ASEGURADO se devengarán desde el día siguiente de finalizado el periodo de 11 meses y 10 días consecutivos, correspondiente al subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social de Salud, siempre y cuando persista la condición de invalidez parcial o total, de naturaleza temporal o permanente. En caso el ASEGURADO configure la invalidez con posterioridad a la fecha de su cese laboral, la fecha en que se devengan las pensiones o indemnización de invalidez, será la fecha de configuración de conformidad con la definición estipulada en la presente póliza.
- Esta fecha de devengue se diferirá si la invalidez por accidente no se manifiesta inmediatamente. Se entiende por manifestación inmediata de la invalidez por accidente, cuando se solicite la cobertura del seguro hasta dentro de un año de culminado el subsidio por incapacidad temporal.
- Los beneficios de invalidez por enfermedad profesional devengan desde la configuración de invalidez. La configuración de la invalidez es igual a la fecha de emisión del dictamen de comisión, en defecto de éste, administrativamente, desde la fecha en que la COMPAÑÍA declare la invalidez del ASEGURADO.
- 9.3 Las pensiones de supervivencia se devengarán en la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del ASEGURADO, siempre que los beneficiarios se presenten dentro de los 120 días siguientes, en caso contrario, las pensiones se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 8.1.2 de las presentes Condiciones Generales.
- 9.4 La COMPAÑÍA pagará directamente al ASEGURADO o BENEFICIARIO las pensiones o indemnización que se devenguen en virtud de la presente póliza, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará dentro de los diez días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible o la resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación o el Laudo Arbitral.
- 9.5 Las pensiones de supervivencia de los BENEFICIARIOS menores de edad, se pagarán a la madre o al padre, según corresponda. A falta de éstos, deberá pagarse a la persona llamada por la ley.
- 9.6 La mora en el pago de las prestaciones es automática desde el día de su vencimiento, devengando intereses moratorios a razón de la tasa de interés legal en favor del pensionista, salvo que el atraso se origine en propia mora del ASEGURADO o de los BENEFICIARIOS en el cumplimiento de las obligaciones que fueren de su cargo.

ARTÍCULO 10º: MONEDA Y REAJUSTES

- 10.1 Las pensiones que corresponda otorgar en aplicación de esta póliza, podrán ser otorgadas en moneda nacional o extranjera, a elección del ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS, de acuerdo a las posibilidades de elección de monedas y ajustes que prevé el Sistema Privado de Pensiones. En este sentido, el ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS podrán elegir entre las siguientes alternativas de pensión:

- a) En moneda nacional, actualizada en función al Índice de Precios al Consumidor publicado por el Instituto nacional de Estadística e Informática (INEI), o el que lo sustituya, en los periodos que se inician en los meses de enero, abril, julio y octubre, tomando en consideración la inflación acumulada en el trimestre anterior.
- b) En moneda nacional actualizada en función a una tasa fija que no podrá ser menor a dos por ciento (2%) anual, de acuerdo a las condiciones y periodicidad que establezca la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP para las pensiones del Sistema Privado de Pensiones.
- c) En moneda extranjera actualizada en función a los factores de conversión de monedas, de acuerdo con las condiciones que establezca la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Sin perjuicio de ello, dichas pensiones se reajustarán a una tasa fija que no podrá ser inferior al dos por ciento (2%) anual.

Cualquier modificación legal de la tasa fija mínima de reajuste del 2% mencionada en el presente artículo será automáticamente incorporada al presente contrato y afectará únicamente a aquellas solicitudes de pensión que se presenten a partir de la vigencia del nuevo reajuste, con prescindencia de la fecha de configuración de la invalidez o sobrevivencia. En este sentido dicho cambio no afectará las pensiones que se tuvieron que otorgar en virtud de solicitudes presentadas antes de la vigencia del cambio.

10.2 La elección de la moneda y modalidad de actualización del ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS será irrevocable.

ARTÍCULO 11º: VIGENCIA DE LAS PENSIONES

- 11.1 Las prestaciones otorgadas en virtud de la presente póliza permanecerán vigentes hasta el fallecimiento del ASEGURADO, del último BENEFICIARIO con derecho a pensión o del cumplimiento de la mayoría de edad de los menores, si los hubiere, salvo que se trate de prestaciones temporales o que las normas legales permitan la terminación de la prestación debido a la recuperación del Asegurado.
- 11.2 Las prestaciones que se otorguen en virtud de esta póliza tienen como base la veracidad y subsistencia de la información proporcionada por el CONTRATANTE en la declaración del siniestro y por el ASEGURADO en cuanto a los documentos médicos, exámenes clínicos, elementos auxiliares o informes que respaldan su condición de invalidez y los BENEFICIARIOS en cuanto a la declaración de su estado de salud en la Solicitud de Pensión de Supervivencia y documentos con los que acrediten su derecho.
- 11.3 El ASEGURADO o los BENEFICIARIOS presentarán a la COMPAÑÍA semestralmente, un Certificado de Supervivencia a fin de constatar la subsistencia de su derecho a la pensión, sin cuyo requisito no podrán cobrar las pensiones que les correspondan. Adicionalmente la COMPAÑÍA podrá solicitar la presencia física del ASEGURADO o BENEFICIARIO en fechas que determinará y avisará oportunamente. Asimismo, la COMPAÑÍA podrá efectuar la verificación de la Supervivencia y/o domicilio del ASEGURADO o BENEFICIARIO.
- 11.4 Ante el fallecimiento de algún BENEFICIARIO, la pensión de sobrevivencia que le corresponde no se transmite a sus herederos ni a los otros beneficiarios sobrevivientes.

ARTÍCULO 12º: DEBERES DEL CONTRATANTE

- 12.1 Son deberes del CONTRATANTE los siguientes:
 - a) Procurar el cuidado integral de los trabajadores y de los ambientes de trabajo.
 - b) Diseñar y ejecutar programas de seguridad y salud ocupacional.
 - c) Informar a la COMPAÑÍA sobre los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales detectadas en sus centros de trabajo, según lo indicado en la cláusula siguiente; así como los cambios de ingresos, incapacidades, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios y ceses de sus trabajadores.

- d) Facilitar la capacitación de los trabajadores del centro de trabajo en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- e) Cumplir con las normas en legislación laboral y las referidas a seguridad y salud en el trabajo.
- f) Cumplir de manera estricta las medidas de seguridad y control de riesgo, requeridas por la COMPAÑÍA para la vigencia de la presente póliza o ante cualquier modificación del riesgo o como medida de prevención. El cumplimiento de dichas medidas de seguridad y control de riesgo deberán ser implementadas en el plazo indicado por la COMPAÑÍA en el correspondiente informe o requerimiento y deberán ser mantenidas durante la vigencia de la presente póliza. De este modo, la vigencia de la cobertura puede estar supeditada a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio.
- g) Permitir el acceso y brindar las facilidades del caso, sin restricción alguna, a los funcionarios o representantes de la COMPAÑÍA a fin de realizar las inspecciones necesarias cuando ésta lo estime conveniente y/o para verificar los riesgos informados por el CONTRATANTE, así como la investigación de accidentes presentados.
- h) Practicar exámenes médicos pre-ocupacionales, anuales y de retiro (al término de la relación laboral) a sus Trabajadores, acordes con los riesgos a los que están expuestos en sus labores. Cabe indicar que el incumplimiento de esta obligación genera la imposición de sanciones económicas a los empleadores por parte del Ministerio de Trabajo, conforme a lo establecido en el Decreto Supremo N° 005-2012-TR. Los resultados de estos exámenes médicos deben estar a disposición de la COMPAÑÍA, a fin de que puedan ser presentados en un proceso judicial o arbitral promovido por el ASEGURADO.
- i) Entregar al ASEGURADO el Certificado de Seguro correspondiente al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, a fin de salvaguardar su derecho a la información en razón a su condición de Asegurado.
- j) Declarar a la COMPAÑÍA los seguros diferentes a los obligados por Ley que tuviese contratados al tiempo de presentar su solicitud de seguro sobre los mismos riesgos o personas a ser asegurados así como a informar los que contrate en el futuro y las modificaciones que estos seguros experimenten.
- k) Tener la máxima diligencia para mantener o disminuir el estado de riesgo existente al solicitar la póliza. A fin de disminuir el estado de riesgo existente en los casos de configuración de invalidez, el CONTRATANTE se compromete a asignar al ASEGURADO, una función distinta en la que no se encuentre expuesto al riesgo de accidente y/o enfermedad profesional que le ocasionó la invalidez.
- l) Informar inmediatamente a la COMPAÑÍA respecto de los cambios en el centro de trabajo que impliquen una agravación en el riesgo. Cursado el aviso, la COMPAÑÍA tendrá un plazo de quince (15) días calendario para comunicar al CONTRATANTE su decisión de mantener la cobertura sin reajuste de primas o proponer el reajuste de las mismas o exigir las medidas de protección o prevención necesarias. Vencido este plazo, se entenderá que la COMPAÑÍA ha optado por mantener la cobertura sin reajuste de primas y sin exigir las medidas de protección y prevención antes señaladas. Sin perjuicio de esta obligación del CONTRATANTE, la COMPAÑÍA también podrá determinar la agravación del riesgo, en función a la mayor siniestralidad o a los cambios experimentados en el centro de trabajo, procediendo de acuerdo a lo establecido en el Artículo 6.2.
- m) Entregar a la COMPAÑÍA toda la información y cooperar en lo que fuere necesario para determinar las causas o circunstancias y responsabilidades de los siniestros, incluso después de la terminación de la presente póliza.

12.2 El incumplimiento de los deberes listados en el presente Artículo, constituirá causal de resolución de la presente póliza.

ARTÍCULO 13°: CAUSALES DE RESOLUCIÓN

13.1 Son causales de resolución de la presente póliza:

- a) La negativa del CONTRATANTE en proporcionar exámenes médicos y/o declaración de salud al inicio de vigencia de la presente póliza o al momento de la incorporación de un nuevo trabajador ASEGURADO, de conformidad con lo establecido en el Artículo 2.4 de las presentes Condiciones Generales.

- b) El incumplimiento del CONTRATANTE de su deber de proporcionar a la COMPAÑÍA la información médica de los ASEGURADOS durante la vigencia de la presente póliza para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios o por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los ASEGURADOS, ya sean estos trabajadores activos o cesados, de conformidad con lo establecido en el Artículo 2.5 de las presentes Condiciones Generales.
- c) El incumplimiento del CONTRATANTE respecto de practicar a sus trabajadores ASEGURADOS exámenes médicos solicitados por la COMPAÑÍA, como máximo dos veces en un periodo de 12 meses, a los trabajadores, de conformidad con lo establecido en el Artículo 2.6 de las presentes Condiciones Generales.
- d) Si el CONTRATANTE manifiesta su rechazo o no se pronuncia en un plazo de quince (15) días respecto del reajuste de la tasa propuesto por la COMPAÑÍA, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 6.2 y/o Artículo 12 literal I) de las presentes Condiciones Generales.
- e) Por falta de pago de primas, de conformidad con lo establecido en el Artículo 6.3 de las presentes Condiciones Generales; y/o por omisión en la declaración y/o presentación de la planilla de remuneraciones de trabajadores, necesaria para emitir la liquidación de prima, dentro de los plazos establecidos por la COMPAÑÍA.
- f) Por incumplimiento del plazo para realizar el aviso de un siniestro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales, así como de cualquier otro deber del CONTRATANTE establecido en el Artículo 12 de las presentes Condiciones Generales.

Producida la causal de resolución, la COMPAÑÍA podrá comunicar con 30 días de anticipación al CONTRATANTE su decisión de resolver la presente póliza. Ello sin perjuicio de que el CONTRATANTE será responsable de los daños y perjuicios que deba asumir la COMPAÑÍA como consecuencia del incumplimiento de los deberes antes listados.

Como consecuencia de la resolución de la presente póliza, la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo pasará a la OFICINA DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 88° del Decreto Supremo N° 009-97-SA o a la Compañía de Seguros que elija el CONTRATANTE. En caso se haya contratado una frecuencia de pago mayor a la mensual, la COMPAÑÍA devolverá las primas correspondientes a los meses no devengados.

Asimismo, transcurrido el primer año de vigencia, el CONTRATANTE podrá resolver la póliza sin expresión de causa, a través de una comunicación escrita dirigida a la COMPAÑÍA con por lo menos noventa (90) días de anticipación.

- 13.2 Además de las causales de resolución antes listadas, se deja expresa constancia que el presente contrato será nulo por declaración inexacta o reticente efectuada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, que hubiese impedido la celebración de la presente póliza o modificado sus condiciones, si la COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo y media dolo o culpa. En este supuesto, la COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas, disminuidas en un monto máximo equivalente a las primas correspondientes al primer año de vigencia de la póliza.

ARTÍCULO 14°: GASTOS Y TRIBUTOS

- 14.1 Todos los gastos y tributos presentes y futuros que graven las primas, las sumas aseguradas o las prestaciones materia de esta póliza serán de cargo del CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO salvo los nuevos gastos y tributos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la COMPAÑÍA y no puedan ser legalmente trasladados.
- 14.2 Sin perjuicio de ello, si no procede el traslado y la COMPAÑÍA se viera afectada por mayores costos operativos, podrá reajustar inmediatamente el monto de las primas, sin perjuicio del derecho del CONTRATANTE de pedir la resolución del contrato de seguro.

ARTÍCULO 15º: DOMICILIOS Y COMUNICACIONES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE, el ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS con motivo de esta póliza, deberá ser dirigida al domicilio de la COMPAÑÍA o al último domicilio del CONTRATANTE, consignados en las Condiciones Particulares; o en el domicilio del ASEGURADO informado por el CONTRATANTE o en el domicilio de los BENEFICIARIOS consignado en los formatos de solicitud de cobertura que sean presentados ante la COMPAÑÍA, según corresponda. **La COMPAÑÍA no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio declarado por el CONTRATANTE, el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS.**

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO OBLIGATORIO “SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO” PRESTACIONES ECONÓMICAS (LEY N° 26790 – DECRETO SUPREMO N° 003-98-SA)

RESUMEN

¿Cuáles son las condiciones de acceso y límites de permanencia del seguro?

Tienen la calidad de ASEGURADOS aquellas personas comprendidas en los Artículos 5° y 6° del Decreto Supremo N° 003-98-SA, **siempre que hayan sido incluidos en la declaración de planilla presentada por el CONTRATANTE.**

1. ¿Qué riesgos cubre?

Cubre el fallecimiento, la invalidez y los gastos de sepelio del Trabajador Asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 003-98-SA.

2. ¿Cuáles son las Exclusiones?

Se detallan en el Artículo 4° de las Condiciones Generales. Si el siniestro se produjera como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.

3. ¿Cuál es el lugar y forma de pago de la prima?

El pago de la prima podrá efectuarse virtualmente a través de las Cuentas Bancarias de la Compañía; o, pago en efectivo en el domicilio físico de la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el acápite 9 de las Condiciones de Particulares.

4. ¿Cuál es el procedimiento para efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza?

Durante la vigencia de la póliza, la Compañía 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 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; salvo en el supuesto de agravación del riesgo, en cuyo caso, se podrán modificar las condiciones del seguro de conformidad con lo establecido en el Artículo 6.2 de las Condiciones Generales.

5. ¿Cuáles son las causales de resolución de la póliza?

Se encuentran establecidas en el Artículo 13 de las Condiciones Generales. Asimismo, transcurrido el primer año de vigencia, el Contratante podrá resolver la póliza sin expresión de causa, a través de una comunicación escrita dirigida a la Compañía con por lo menos noventa (90) días de anticipación.

6. ¿Qué hacer ante la Agravación del Riesgo Asegurado?

Durante la vigencia del contrato de seguro, el Contratante se encuentra obligado a informar a la Compañía cuando se produzca un incremento en el

índice de siniestralidad o cambios en el centro de trabajo que impliquen una agravación del riesgo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 6.2 de las Condiciones Generales.

7. ¿Cuál es el procedimiento, lugares autorizados, medio y plazo para presentar una Solicitud de Cobertura?

La Solicitud de Cobertura deberá presentarse por escrito en el domicilio físico de la Compañía dentro de las 48 horas siguientes o en un plazo mayor que sea razonable atendiendo a las circunstancias. Para mayor información podrá comunicarse a nuestra Central de Información y Consultas: 5135000 o ingresar a nuestra página web www.pacifico.com.pe El procedimiento y los requisitos se encuentran previstos en la Cláusula Decimosexta de las Condiciones Generales.

En caso el Asegurado o los Beneficiarios no estuvieran de acuerdo con la respuesta brindada por la Compañía en la atención del siniestro, podrán acudir a: (i) El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), ubicado en Jirón Vigil 535, Bellavista – Callao/ Teléfonos: 429-96 90/ 429 9699 / 465 5106; o, (ii) La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), ubicada en Av. Velasco Astete 1398, Santiago de Surco / Teléfonos: 372-6150, 372-6127.

Asimismo, el Asegurado o los Beneficiarios podrán solicitar orientación en la Plataforma de Atención al Usuario de la SBS, ubicada en Jirón Junín 270, Lima/ Teléfono 0800-0840.

8. ¿Cuál es el mecanismo de solución de controversias?

Se encuentra previsto en la Cláusula Decimoctava de las Condiciones Generales y en la Cláusula Adicional de “Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable”.

9. ¿Consultas y/o Reclamos?

Puede presentar sus consultas y/o reclamos: Verbalmente, acercándose a las oficinas de “Atención al Cliente” ubicadas en la **Av. Juan de Arona 830, San Isidro**; o, llamando a nuestra Central de Información y Consultas: 5135000.

Por escrito, a través de: un correo electrónico a serviciovidagrupo@grupopacifico.com.pe; una carta enviada a nuestras oficinas dirigida a “Atención al Cliente”; o desde nuestra página web www.pacifico.com.pe

Además, podrá solicitar orientación en la Plataforma de Atención al Usuario de la SBS, ubicada en Jirón Junín 270, Lima o al teléfono 0800-10840; o, recurrir al mecanismo de solución de controversias.