

Seguro de Vida Ley Trabajadores (Dólares)**Condiciones Generales**

INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones del Contratante contenidas en la Solicitud del Seguro, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, endosos y anexos que se adhieren a esta Póliza, Chubb Seguros Perú S.A., en adelante la COMPAÑÍA, conviene en amparar al trabajador del Contratante, en adelante el ASEGURADO, contra los riesgos que son objeto de cobertura de la presente póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Artículo N° 1 - DEFINICIONES

1.1. Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del ASEGURADO, ocasionándole lesiones manifestadas por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes.

1.2. ASEGURADO: Es el trabajador empleado u obrero cuya vida es asegurada a través del presente seguro una vez que cumpla cuatro años de trabajo al servicio del Contratante. A efectos de ser considerado como ASEGURADO, el Contratante deberá cumplir con declararlo a la COMPAÑÍA oportunamente. Previo consentimiento de la COMPAÑÍA, se podrá considerar como ASEGURADO a un trabajador a partir de los tres meses de servicios.

1.3. Beneficiarios de Ley: Son las personas en beneficio de las cuales se toma el seguro de vida materia del presente contrato:

a) El cónyuge o concubino (a) del ASEGURADO (según lo estipulado en el artículo 326° del Código Civil).

b) Los descendientes del ASEGURADO.

Sólo en caso que no exista ninguno de los beneficiarios indicados en los numerales anteriores, el beneficio materia del presente seguro corresponderá a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años.

Asimismo, solo en caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se considerará como Beneficiario de Ley, al ASEGURADO, conforme al detalle establecido en el Decreto Legislativo 688 y el presente contrato.

1.4. Beneficiarios del ASEGURADO: Son los Beneficiarios de Ley debidamente designados por el ASEGURADO en la declaración jurada con firma legalizada notarialmente (o por Juez de Paz a falta de Notario). También se entiende como Beneficiarios del ASEGURADO a los Beneficiarios de Ley nombrados por el ASEGURADO en un testamento por Escritura Pública si éste es posterior a la declaración jurada.

1.5. Contratante: Entidad empleadora indicada en las condiciones particulares de la presente póliza y que es la obligada a contratar el presente seguro de vida y pagar las primas correspondientes, de acuerdo a lo estipulado en el Decreto Legislativo No. 688.

1.6. Fallecimiento Accidental: Se entiende por muerte accidental aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

1.7. Fallecimiento Natural: Es el deceso del ASEGURADO por cualquier causa con excepción de lo indicado en Muerte Accidental.

1.8. Interés Asegurable: Es el interés de carácter económico que tiene el Contratante y/o ASEGURADO de que no se materialice alguno de los riesgos cubiertos bajo la presente póliza.

1.9. Invalidez Total y Permanente por Accidente: Se considera como Invalidez Total y Permanente por Accidente únicamente los siguientes casos, según la certificación de la invalidez expedida por el Ministerio de Salud, EsSalud y Comafp o Comec:

- a) Estado absoluto e incurable de alienación mental
- b) Descerebramiento que no permita al ASEGURADO ejercer ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- c) Fractura incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente.
- d) Pérdida total de la visión de ambos ojos.
- e) Pérdida total de ambas manos.
- f) Pérdida total de ambos pies.
- g) Pérdida total de una mano y de un pie.

Se entiende por pérdida total o completa, la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro y/o sentido lesionado.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por Muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

1.10. Prima: Es el costo del seguro.

1.11. Remuneración Mensual: Se entiende por remuneración mensual aquella que se consigna en el libro de planillas y boletas de pago percibidas habitualmente por el trabajador, con exclusión de las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente, hasta el tope de una remuneración máxima asegurable, establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones.

Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo, se considera el promedio de las remuneraciones percibidas en los últimos tres (3) meses.

1.12. Siniestro: Suceso que origina el fallecimiento o la declaración de invalidez total y permanente del ASEGURADO y que obliga a otorgar la prestación que corresponda en las condiciones pactadas en la presente póliza.

Artículo N° 2 – COBERTURAS BÁSICAS

Los riesgos cubiertos por este seguro son los siguientes:

- a) Fallecimiento Natural: Por fallecimiento natural del trabajador se abonará a sus beneficiarios dieciséis (16) remuneraciones mensuales que se establecen en base al promedio de lo percibido por aquél en el último trimestre previo al fallecimiento.

b) Fallecimiento Accidental: Por fallecimiento del trabajador a consecuencia de un accidente, se abonará a los beneficiarios treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por aquél en la fecha previa al accidente.

c) Invalidez Total y Permanente por Accidente: Esta cobertura comprenderá, la invalidez total y permanente que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente; ante lo cual se abonará treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por él en la fecha previa del accidente.

Las coberturas y las sumas aseguradas no pueden ser modificadas por la COMPAÑÍA.

Artículo N° 3 – PAGO DE PRIMAS

La COMPAÑÍA recibe como contraprestación del riesgo asumido una prima mensual que debe ser cancelada por adelantado dentro de los diez (10) primeros días calendario de cada mes.

3.1 El monto de la prima es el indicado en el Condicionado Particular, conforme a la tasa determinada por La COMPAÑÍA en base a la edad promedio del conjunto de trabajadores declarados por el CONTRATANTE e incluidos en el presente seguro; la cual se aplica a la Remuneración Mensual que se declare por cada ASEGURADO en el mes inmediato anterior a la vigencia del seguro, considerando el tope remunerativo dispuesto en el artículo 9° del Decreto Legislativo No. 688.

3.2 El pago será realizado adjuntando una copia de las planillas del correspondiente mes y una declaración del CONTRATANTE según el modelo indicado por La COMPAÑÍA, quien al recibo de la declaración debidamente completada enviará al CONTRATANTE la factura cancelada.

3.3 Si el CONTRATANTE no cumpliera con el pago de la prima en el plazo indicado, la cobertura quedará suspendida automáticamente quedando relevada La COMPAÑÍA de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro que ocurra, el cual será de responsabilidad del CONTRATANTE según ley. Si este incumplimiento en el pago de la prima persiste hasta el último día del mes al que corresponde la cobertura la presente póliza quedará resuelta, previa comunicación de la COMPAÑÍA al CONTRATANTE.

En caso que el empleador no cumpliera con sus obligaciones, entre ellas la obligación del pago de primas, y falleciera el asegurado o sufriera un accidente que lo invalide permanentemente, deberá pagar a los beneficiarios el valor a que se refiere el artículo 12 del Decreto Legislativo N° 688.

A elección expresa del CONTRATANTE, lo cual será indicado en las condiciones particulares, la prima podrá ser cancelada de manera anual, estimándose el monto de la planilla de acuerdo a la declaración del CONTRATANTE de la planilla del mes anterior al del inicio de la vigencia multiplicado por 12 meses para proyectarla, procediéndose a la regularización de sueldos reales en el undécimo mes de vigencia, con las planillas que deberá remitir el CONTRATANTE (empleador) a La COMPAÑÍA, determinándose entonces el cobro o devolución a que hubiera lugar.

Artículo N° 4 – PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo esta póliza la totalidad de los trabajadores que hayan cumplido cuatro (4) años al servicio del Contratante, que figuren en su libro de planillas y que hayan sido declarados a la COMPAÑÍA. Sin embargo, el empleador está facultado a tomar el seguro a partir de los tres (3) meses de servicios del Contratante.

En caso de reingreso, son acumulables los tiempos de servicios prestados con anterioridad para efectos de acreditar los cuatro (4) años que originan el derecho.

Artículo N° 5 – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para las Coberturas Básicas no existe edad límite de ingreso ni edad límite de permanencia.

Artículo N° 6 – ERROR DEN LA DECLARACIÓN DE REMUNERACIONES

Si el Contratante declarase una suma total de remuneraciones mensuales menor a la que figura en la planilla y boletas de pago, será considerado como su propio ASEGURADO por la parte proporcional correspondiente a la diferencia entre el monto declarado y el que debió declarar. Para tal efecto, en caso de siniestro, la COMPAÑÍA revisará las sumas totales declaradas durante los últimos seis (6) meses y de no corresponder éstas a las que debieron declararse, se aplicará la regla proporcional.

Se deja expresa constancia que, si la declaración que realice el Contratante contiene por error, sueldos que superan la remuneración máxima asegurable vigente al momento de la declaración, la COMPAÑÍA solo reconocerá este último monto, por lo que se procederá a devolver al Contratante cualquier prima excedente producto del error en la declaración.

Artículo N° 7 - EXCLUSIONES

Los beneficios del seguro no se otorgan si el fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO se debe a:

a) Suicidio, intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del ASEGURADO, salvo que hubiesen transcurridos al menos dos (2) años completos desde la fecha de celebración del seguro.

Artículo N° 8 – BENEFICIARIOS DEL SEGURO

En caso de fallecimiento del ASEGURADO los beneficiarios serán las personas señaladas en el artículo 1° del Decreto Legislativo 688 respetando el siguiente orden:

- 1°) Cónyuge o conviviente y descendientes;
- 2°) Solo a falta de los anteriores serán los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años.

Para esto el trabajador deberá entregar a su empleador (el Contratante) una Declaración Jurada de Beneficiarios, con firma legalizada notarialmente, o por el Juez de Paz (a falta de notario), la cual deberá respetar el orden establecido en el párrafo anterior.

A falta de Declaración Jurada de Beneficiarios tendrán derecho al monto asegurado las personas indicadas en el primer párrafo y que aparezcan en un Testamento por Escritura Pública.

Si fallecido el ASEGURADO y vencido el plazo de un (01) año de ocurrido dicho evento, ninguno de los beneficiarios señalados en el primer párrafo hubiera ejercido su derecho, el empleador (el Contratante) tiene derecho a cobrar el monto asegurado.

En caso de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO, el beneficiario será el mismo ASEGURADO.

Artículo N° 9 - CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

9.1 La cobertura del contrato de seguro termina para el ASEGURADO, cuando se resuelva el vínculo contractual entre dicho ASEGURADO y el Contratante.

9.2 La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

a) Por falta de pago de la prima, en cuyo caso La COMPAÑÍA procederá de acuerdo a lo indicado en el artículo 3 del presente condicionado.

b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, para lo cual, el Contratante deberá enviar una comunicación escrita a la COMPAÑÍA con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución del contrato.

c) Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La COMPAÑÍA ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días calendario contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días calendario por El Contratante, La COMPAÑÍA podrá resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días calendario computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días calendario mencionados precedentemente.

Asimismo, La COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

En el supuesto de reticencia o declaración inexacta del CONTRATANTE:

1. Si el CONTRATANTE declara un monto menor al real, la COMPAÑÍA pagará la indemnización correspondiente al monto indicado en las boletas de pago y/o planilla, y solicitará al CONTRATANTE el pago de la diferencia de primas no canceladas.

2. Si el CONTRATANTE declara un monto mayor al real, la COMPAÑÍA pagará la indemnización correspondiente al monto indicado en las boletas de pago y/o planilla, y devolverá al CONTRATANTE el monto de primas canceladas en exceso en un plazo no mayor a treinta (30) días de haber realizado dicha solicitud.

d) Por decisión de la COMPAÑÍA, lo cual deberá ser comunicado al Contratante de manera escrita en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada

por el Contratante de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la COMPAÑÍA opte por resolver la póliza tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La presente decisión no podrá ser ejercida por la COMPAÑÍA como consecuencia del cambio de actividad del ASEGURADO conforme a lo establecido en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la COMPAÑÍA, ésta tiene derecho a percibir la prima por el periodo en curso.

Asimismo, para los casos en que el Contratante no comuniquen la agravación del riesgo, La COMPAÑÍA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i) El Contratante incurre en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La COMPAÑÍA.
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- iv) La COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b), La COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto. En la fecha que se efectúe la resolución contractual, deberá gestionarse por escrito y en las oficinas de La COMPAÑÍA, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no se estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar y que se efectuará en un plazo no mayor a treinta (30) días contados desde la solicitud. En aquellos casos en que la resolución del contrato se realiza por la COMPAÑÍA, ésta procederá con la devolución de la prima sin necesidad de realizar la gestión antes señalada.

9.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro y desde el momento de su celebración.

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- (i) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
- (ii) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- (iii) Por reticencia y/o declaración inexacta -si media dolo o culpa inexcusable del Contratante- de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si La COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La COMPAÑÍA tiene un plazo de 30 (treinta) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.

En caso de nulidad, La COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses (la cual se efectuará en un plazo de treinta (30) días contados desde la declaración de nulidad), excepto cuando el Contratante realice una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la COMPAÑÍA retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

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

- i) Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La COMPAÑÍA conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.**
- ii) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.**
- iii) Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o documentos accesorios o complementarios que La COMPAÑÍA incluya en la solicitud del presente contrato de seguro y La COMPAÑÍA igualmente celebró el contrato.**
- iv) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.**

Artículo N° 10 – PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Dentro de las 48 horas de ocurrido el fallecimiento del ASEGURADO, el Contratante se encuentra obligado -bajo responsabilidad- a entregar a La COMPAÑÍA la declaración jurada de Beneficiarios del ASEGURADO.

En caso de Fallecimiento del ASEGURADO:

Ocurrido el fallecimiento del ASEGURADO, se deberá presentar una solicitud escrita a La COMPAÑÍA quien sin más trámite procederá a entregar el monto asegurado a los Beneficiarios del ASEGURADO identificados según lo establecido en el numeral 1.4 del presente condicionado, dentro de las setenta y dos (72) horas, una vez que se verifique que el Contratante se encuentra al día en el pago de la prima, luego de lo cual quedará obligada al pago de intereses legales. El plazo antes mencionado se contabiliza a partir de la presentación de la solicitud de cobertura y los documentos correspondientes para el análisis del siniestro, los mismos que se señalan en las presentes condiciones generales.

Los Beneficiarios del ASEGURADO deberán presentar su documento nacional de identidad.

Cabe precisar que para el pago de la indemnización por Muerte Natural se deberán presentar a La COMPAÑÍA las pruebas legales del deceso: (i) certificado de defunción en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), llenado en su totalidad y, (ii) Acta o Partida de defunción en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada).

En caso de Muerte Accidental, además de los documentos indicados en el párrafo precedente, los Beneficiarios del ASEGURADO entregarán a La COMPAÑÍA una copia simple del parte o atestado policial (en caso de haberse realizado); certificado o protocolo de necropsia (en caso de haberse realizado).

La entrega de la indemnización correspondiente se hará sin ninguna responsabilidad para La COMPAÑÍA en caso que posteriormente aparecieran otros Beneficiarios de Ley con derecho al seguro de vida. De ser éste el caso, los Beneficiarios del ASEGURADO que hayan recibido los beneficios de la póliza serán responsables solidariamente entre sí por el pago de la alicuota correspondiente al (los) nuevo(s) Beneficiario(s) de Ley.

El monto de las indemnizaciones que corresponda a menores de edad se entregará al padre sobreviviente, al tutor o al apoderado quien administrará el monto que corresponde a los menores de conformidad a las normas del Código Civil.

En el caso de uniones de hecho, La COMPAÑÍA consignará ante el Juzgado de Paz Letrado el importe del capital correspondiente al conviviente que haya sido declarado como Beneficiario del ASEGURADO, para el correspondiente trámite de ley, salvo que presente declaración judicial de unión de hecho o escritura pública notarial inscrita de unión de hecho.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente del ASEGURADO: Ocurrido un accidente que genere una invalidez total y permanente según lo definido en el artículo 1° del presente condicionado, el ASEGURADO o sus representantes legales, en caso de encontrarse aquél impedido, deberán comunicárselo por escrito a La COMPAÑÍA proporcionando las pruebas correspondientes (certificado de invalidez, en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada, expedido por el Ministerio de Salud o por EsSalud o Comafp o Comec). Una vez evaluado y certificado el caso por La COMPAÑÍA, ésta procederá a efectuar el pago de la indemnización que corresponda, dentro de las setenta y dos (72) horas contadas desde la fecha de presentación de toda la documentación establecida en el presente contrato y en las disposiciones legales vigentes sobre el particular.

El Contratante tendrá derecho a cobrar el capital asegurado en la póliza si fallecido el trabajador ASEGURADO y vencido el plazo de un (1) año de ocurrido el siniestro, ninguno de los Beneficiarios del ASEGURADO o de los Beneficiarios de Ley hubiera ejercido su derecho.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

Artículo N° 11 – SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO Y AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLINICA

El Contratante y/o ASEGURADO, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando La COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

El ASEGURADO autorizan expresamente a La COMPAÑÍA, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Artículo N° 12 – PAGO DE BENEFICIOS

Producido el fallecimiento del ASEGURADO y luego de presentados todos los documentos requeridos para solicitar cobertura, la COMPAÑÍA procederá a entregar el monto ASEGURADO a los beneficiarios que aparezcan en la Declaración Jurada o en el Testamento por escritura pública si éste es posterior a la Declaración Jurada o en la Sucesión Intestada.

La entrega se efectuará sin ninguna responsabilidad para la COMPAÑÍA en caso aparecieran posteriormente beneficiarios con derecho al seguro de vida.

En el caso de invalidez, el capital ASEGURADO será abonado directamente al ASEGURADO o por impedimento de éste a su cónyuge, curador o apoderado especial.

La COMPAÑÍA queda liberada de toda obligación de pago de la indemnización, a partir de la fecha de consignación del importe del monto ASEGURADO, dicha consignación no podrá producirse antes de haber transcurrido treinta (30) días naturales desde el deceso del trabajador.

Artículo N° 13 – CESACIÓN DEL EMPLEO

En caso de cese del trabajador ASEGURADO, éste puede optar por mantener su seguro de vida; para lo cual, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al término de la relación laboral, debe solicitarlo por escrito a la COMPAÑÍA y efectuar el pago de la prima, la misma que se calcula sobre el monto de la última remuneración percibida, hasta el tope de la remuneración máxima asegurable, conforme a la definición establecida en el artículo 1 ° Definiciones.

Para ello la COMPAÑÍA suscribirá un nuevo contrato con el ex trabajador sujeto a la prima que acuerden las partes contratantes, extendiéndose una póliza de vida individual con vigencia anual renovable.

Artículo N° 14 – MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

a) Durante la vigencia del contrato

Cualquier modificación de los términos contractuales del Contrato de Seguros durante la vigencia de la Póliza, deberá ser previamente comunicada por escrito al CONTRATANTE por los mecanismos pactados entre las partes, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar por escrito su decisión dentro del plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue notificada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.

b) A la renovación del contrato

Cuando la COMPAÑÍA decida incorporar modificaciones en la renovación del contrato de seguro, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entiende aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el contrato de seguro fue acordado hasta el fin de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la Póliza, lo que será comunicado al Contratante utilizando los mismos medios que usó para la contratación del seguro.

En caso de seguros grupales, la COMPAÑÍA deberá proporcionar la documentación suficiente al CONTRATANTE y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato, conforme a los procedimientos antes indicados, según corresponda.

Las modificaciones realizadas no podrán contravenir lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688.

Artículo N° 15 – MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todo litigio o controversia relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes.

El Contratante y/o ASEGURADO y/o Beneficiario puede pactar con la COMPAÑÍA someter cualquier diferencia que guarde relación con el monto reclamado, a la jurisdicción arbitral, luego de producido el siniestro y siempre que el monto reclamado por el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO fuese igual o superior a 20 UIT.

Artículo N° 16 – PRESCRIPCIÓN

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

En los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.