

Seguro de Vida Ley Ex Trabajadores

Condiciones Generales

Introducción

De conformidad con las declaraciones del Asegurado, quien también es Contratante del seguro, en adelante, el ASEGURADO contenidas en la Solicitud del Seguro, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo estipulado en las 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 ASEGURADO, contra los riesgos que son objeto de cobertura de la presente póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Artículo 1° Definiciones

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

Fallecimiento Accidental: Muerte 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.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Se considera como Invalidez Total y Permanente por Accidente únicamente los casos siguientes:

- a) Estado absoluto e incurable de alienación mental o descerebramiento que no permita al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- b) Fractura incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente.
- c) Pérdida total de la visión de ambos ojos.
- d) Pérdida completa de ambas manos.
- e) Pérdida completa de ambos pies.
- f) Pérdida completa 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 Fallecimiento. Por consiguiente, si el fallecimiento ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

Póliza de Vida Entera: Modalidad de seguro de vida por la que se garantiza el pago de un capital inmediatamente después del fallecimiento del ASEGURADO, sea cual fuere la fecha en que ocurra dicho fallecimiento.

Remuneración Mensual: Se entiende por remuneración mensual aquella que es declarada por el ex trabajador como su última remuneración en el libro de planillas y boleta de pago, 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 ex trabajadores remunerados a comisión o destajo, se considera el promedio de las últimas remuneraciones percibidas en los últimos tres (3) meses. Las últimas remuneraciones percibidas son las recibidas por el ex-trabajador antes de encontrarse en situación de desempleo.

Artículo 2° Coberturas

Los riesgos cubiertos por este seguro son los siguientes:

- a) Fallecimiento Natural:** Por fallecimiento natural del ASEGURADO se abonará a sus beneficiarios la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares (16 veces la última remuneración percibida por el ASEGURADO, hasta el tope de la Remuneración Máxima Asegurable).
- b) Fallecimiento Accidental:** Por fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de un accidente, se abonará a los beneficiarios la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares (32 veces la última remuneración percibida por el ASEGURADO, hasta el tope de la Remuneración Máxima Asegurable).
- c) Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Por invalidez total y permanente del ASEGURADO originada por accidente se abonará la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares (32 veces la última remuneración percibida por el ASEGURADO, hasta el tope de la Remuneración Máxima Asegurable). En este caso, dicho capital asegurado será abonado directamente al ASEGURADO o por impedimento de este a su cónyuge, curador o apoderado especial.

Artículo 3° Riesgos Excluidos

Los montos de los beneficios de esta póliza no se conceden si el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO se deben total o parcialmente a las siguientes causas: Suicidio consciente y voluntario, y el intento de suicidio salvo que el ASEGURADO haya tenido cobertura vigente de manera ininterrumpidamente por dos (2) años.

Artículo 4° Personas Asegurables

Son asegurables bajo esta póliza los trabajadores asegurados bajo el Seguro de Vida Ley obligatorio que hayan cesado de sus labores en la empresa asegurada y que hayan cumplido tanto con solicitar por escrito a la COMPAÑÍA mantener su cobertura así como haber efectuado el pago de la prima dentro del plazo de treinta (30) días calendarios siguientes al término de la relación laboral.

Artículo 5° Pago de Primas

El ASEGURADO deberá asumir por su cuenta el pago de la prima establecida en las Condiciones Particulares. Esta prima se determina aplicando la tasa respectiva sobre la última remuneración percibida cuando era trabajador, hasta el tope de la Remuneración Máxima Asegurable.

El ASEGURADO deberá pagar la prima hasta la fecha límite establecida en el Convenio de Pago.

La falta de pago de la prima, en la forma y plazos establecidos, determinará la suspensión de la cobertura y posterior resolución del contrato siguiendo el procedimiento establecido en las leyes vigentes, quedando la COMPAÑÍA libre de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro que ocurra durante la suspensión de la cobertura.

Cabe precisar que cada año la tasa que corresponda será reajustada en base a la edad alcanzada por el ASEGURADO a la fecha de renovación.

No obstante, los contratos de Vida Ley Ex Trabajadores vigentes, celebrados con anterioridad a la dación de la Ley N° 29549, "Ley que modifica el Decreto Legislativo N° 688, Ley de Consolidación de Beneficios Sociales", se mantendrán vigentes en las condiciones originalmente pactadas.

Artículo 6° Vigencia y Renovación

Conforme al artículo 18° del Decreto Legislativo 688 la COMPAÑÍA procede a emitir una póliza de vida individual con vigencia anual renovable.

Esta póliza se renovará en forma anual siempre que el ASEGURADO cumpla con presentar la solicitud de renovación dentro del plazo de treinta (30) días calendarios antes del vencimiento de la vigencia anual, y cumpla con el pago respectivo en la fecha límite indicada en el Convenio de Pago.

La falta de renovación de la póliza en la forma y plazos establecidos, significará que el ASEGURADO no tiene voluntad de renovar el contrato de seguro, y por ende el cese de las coberturas otorgadas por la presente póliza, quedando la COMPAÑÍA libre de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro que ocurra con posterioridad a la vigencia de la póliza.

No obstante, los contratos de Vida Ley Ex Trabajadores vigentes, celebrados con anterioridad a la dación de la Ley N° 29549, "Ley que modifica el Artículo 18° del Decreto Legislativo N° 688, Ley de Consolidación de Beneficios Sociales", se mantendrán vigentes como pólizas de Vida Entera con las condiciones originalmente pactadas.

Artículo 7° Beneficiarios del Seguro

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

- 1°) Cónyuge o conviviente del ASEGURADO a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, y los descendientes del ASEGURADO;
- 2°) Solo a falta de todos los anteriores serán BENEFICIARIOS los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años de edad del ASEGURADO.

Para el pago del beneficio, se deberá proporcionar a la COMPAÑÍA una Declaración Jurada de Beneficiarios con firma certificada notarialmente o por Juez de Paz (a falta de Notario), o Testamento por Escritura Pública si este es posterior a la declaración jurada; o en su defecto serán BENEFICIARIOS los Herederos Legales del ASEGURADO. No será válida la designación de BENEFICIARIOS no comprendidos en la ley o sin observar la formalidad antes indicada.

En todos los casos el pago de beneficios se hará en partes iguales.

El ASEGURADO podrá cambiar de BENEFICIARIOS, siempre y cuando se encuentren dentro de los indicados en el artículo 1° del Decreto Legislativo N° 688.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el BENEFICIARIO será el mismo ASEGURADO. En caso de impedimento de éste la indemnización será entregada a su cónyuge, curador o apoderado especial.

Artículo 8° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

En caso de producirse un evento cubierto por este seguro, el ASEGURADO o BENEFICIARIOS deberán presentar a la COMPAÑÍA los siguientes documentos, en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada). El ASEGURADO o BENEFICIARIOS podrán presentar los documentos en cualquier momento, precisándose que no existe plazo para el aviso del siniestro:

En caso de Fallecimiento Natural:

- Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder;
- Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;
- Acta o Partida de Defunción;

- **Certificado Médico de Defunción;**
- **Testimonio notarial del Testamento por Escritura Pública (solo si este es posterior a la Declaración Jurada de BENEFICIARIOS);**
- **Asiento registral donde se detallen los Herederos Legales del ASEGURADO, según corresponda.**

En caso de Fallecimiento Accidental:

- **Documento de identidad del ASEGURADO, en caso de tenerlo en su poder;**
- **Documento de identidad de los BENEFICIARIOS;**
- **Acta o Partida de Defunción;**
- **Certificado Médico de Defunción;**
- **Atestado Policial, según corresponda;**
- **Protocolo de Necropsia, según corresponda;**
- **Testimonio notarial del Testamento por Escritura Pública (solo si este es posterior a la Declaración Jurada de BENEFICIARIOS);**
- **Asiento registral donde se detallen los Herederos Legales del ASEGURADO, según corresponda.**

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- **Documento de identidad del ASEGURADO**
- **Certificado de Discapacidad o Dictamen de Grado de Invalidez, otorgado por los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa o del Interior, o también por el Seguro Social de Salud (EsSalud), u otra entidad autorizada para emitir dicho documento, en el cual se declare la condición de Invalidez Total y Permanente por Accidente.**

Artículo 9° 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 de Beneficiarios o en los documentos señalados en el artículo 8° precedente. La entrega se efectuará sin ninguna responsabilidad para la COMPAÑÍA en caso aparecieran posteriormente beneficiarios con derecho al seguro de vida.

El pago deberá ser realizado dentro de las setenta y dos (72) horas de presentada la solicitud con la documentación solicitada.

Si hubiese menores de edad, el monto que les corresponda se entregará al padre sobreviviente, tutor o apoderado, quien administrará el monto que corresponde a los menores conforme a las normas del Código Civil.

Tratándose de las uniones de hecho a que se refiere el artículo 1° del Decreto Legislativo N° 688, la COMPAÑÍA consignará ante el Juzgado de Paz Letrado el importe del capital asegurado que pueda corresponder al conviviente que figure en la Declaración Jurada de Beneficiarios o en el documento correspondiente.

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.

Artículo 10° Terminación del Seguro

Este seguro terminará en el momento en que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) Al vencimiento del plazo anual, en caso el ASEGURADO no hubiera previamente manifestado su voluntad de renovar el contrato.
- b) A la ocurrencia de cualquier siniestro amparado bajo esta Póliza e indemnizado por la COMPAÑÍA.
- c) Si el ASEGURADO adquiere o es asegurado dentro de otra póliza de vida obligatoria.

Artículo 11° Efectos del Incumplimiento de Pago de las Primas – Suspensión de la Cobertura y Resolución del Contrato de Seguro

- 11.1 Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del seguro se suspenderá automáticamente una vez que hayan transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.
Para tal efecto, antes del vencimiento de dicho plazo, la COMPAÑÍA comunicará de manera cierta al ASEGURADO a través de los medios y en la dirección previamente acordados, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como le indicará el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La COMPAÑÍA no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantiene suspendida.**
- 11.2 La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el ASEGURADO haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al periodo corrido de la póliza.**
- 11.3 En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida por el incumplimiento en el pago de primas, la COMPAÑÍA puede optar por la resolución del contrato de seguro, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. El contrato de seguro se considera resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO reciba una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión.**
- 11.4 Si la COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido para el pago, se entiende que el contrato queda extinguido.**

Artículo 12° Nulidad del Contrato de Seguro

Será nulo todo Contrato:

- a. Si al tiempo de la celebración se hubiera producido el Siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.**
- b. Por Reticencia y/o Declaración Inexacta, siempre que ésta se hubiere producido con dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO, respecto de circunstancias conocidas por éste, que hubiesen impedido la celebración del presente Contrato o modificado sus condiciones, de haber sido conocidas por la COMPAÑÍA.**

En el supuesto indicado en el párrafo anterior, la COMPAÑÍA deberá invocar la causal en un plazo de treinta (30) días desde que tomó conocimiento de la Reticencia o Declaración Inexacta.

La nulidad del presente Contrato determina que el ASEGURADO pierda el derecho a exigir a la COMPAÑÍA indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza emitida a su favor.

La Compañía devolverá el íntegro de las primas pagadas, sin intereses al ASEGURADO, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal b) del presente artículo, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la COMPAÑÍA, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

Artículo 13° Resolución del Contrato de Seguro

El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto perdiéndose todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que incurran las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de la prima:**
Si la COMPAÑÍA opta por resolver el Contrato de Seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro, lo hará mediante una comunicación por escrito enviada al ASEGURADO con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro; por lo que en caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida por el incumplimiento en el pago de primas, la COMPAÑÍA puede optar por la resolución del contrato de seguro, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias. El contrato de seguro se considera resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO reciba una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión.
- b. Por Agravación del Riesgo no comunicada por escrito a la COMPAÑÍA por el ASEGURADO ni bien conozca su ocurrencia:**
Una vez conocida la agravación, por parte de la COMPAÑÍA, ésta tendrá un plazo de quince (15 días) para comunicar por escrito al ASEGURADO su decisión de resolver el contrato, para lo cual le enviará una comunicación escrita, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, luego de lo cual la COMPAÑÍA quedará liberada de su prestación, con las excepciones señaladas en el artículo 62° de la Ley del Contrato de Seguro. Se precisa que el contrato no podrá ser modificado o resuelto como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado que éste no conociera al momento de la celebración del contrato.
- c. Por presentación de reclamaciones fraudulentas por parte del ASEGURADO, Beneficiarios, Herederos Legales o terceras personas que actúen en su representación:**
El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto cuando se empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una solicitud de seguro o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso la COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del ASEGURADO, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, correspondiéndole a la COMPAÑÍA la prima devengada a la fecha en que la resolución surtió efectos, asimismo la COMPAÑÍA procederá a devolver al ASEGURADO las primas no devengadas.
- d. En caso de declaración inexacta o reticente del ASEGURADO que no sea como consecuencia de dolo o culpa inexcusable de este último:**
El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto si la declaración inexacta o reticente es constatada antes de que se produzca un siniestro. Para ello, la COMPAÑÍA presentará al ASEGURADO una propuesta de revisión de la Póliza dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la Prima y deberá ser aceptada o rechazada por el ASEGURADO en un plazo máximo de diez (10) días. En caso de rechazo o falta de aceptación, la COMPAÑÍA podrá resolver el Contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley del Contrato de Seguro, bastando para ello la remisión de una comunicación dirigida al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado, correspondiéndole a la COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.
- e. Por decisión unilateral y sin expresión causa del ASEGURADO:**
El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto, mediante comunicación enviada a la COMPAÑÍA por los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha

en que surtirá efecto la resolución del Contrato. Le corresponde a la COMPAÑÍA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

En los casos señalados en los literales b, c, d y e, la COMPAÑÍA, sin necesidad de solicitud, procederá a la devolución de la prima no devengada al ASEGURADO, en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la resolución del Contrato de Seguro.

Artículo 14° Modificaciones de las Condiciones Contractuales

a) Durante la vigencia del contrato:

Cualquier modificación de los términos contractuales del Contrato de Seguro durante la vigencia de la Póliza, deberá ser previamente comunicada por escrito al ASEGURADO por los mecanismos pactados entre las partes, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar su decisión por escrito 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 ASEGURADO, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El ASEGURADO tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo 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 ASEGURADO utilizando los mismos medios que usó para la contratación del seguro.

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

Artículo 15° Mecanismos de Solución de Controversias

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana. El ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS también podrán acudir a las instancias habilitadas para que presenten sus reclamos o denuncias, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, Defensoría del Asegurado e INDECOPI, según corresponda.

Artículo 16° Defensoría del Asegurado

En caso de que el ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS tengan una controversia con la Compañía sobre la cobertura de un siniestro o el monto de la indemnización y éste no exceda de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) o su equivalente en otras monedas, el ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS pueden recurrir a la Defensoría del Asegurado, siempre que la controversia se encuentre dentro del ámbito de su competencia, según lo establece el Reglamento de la Defensoría del Asegurado. Véase la página web: www.defaseg.com.pe. Telefax: 421-0614. Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro – Edificio Nacional.

Artículo 17° Derecho de Arrepentimiento

Si la Póliza ha sido ofertada por comercializadores de la COMPAÑIA, incluyendo la bancaseguros, siempre que el marco regulatorio permita la utilización de dichos mecanismos de comercialización para este producto, el ASEGURADO tiene derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, según corresponda, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o de la nota de cobertura provisional, debiendo la COMPAÑIA devolver el monto de la prima recibida.

Para tal fin, el ASEGURADO que quiera hacer valer su derecho de resolver la póliza podrá emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

Artículo 18° Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales

Este contrato de seguro forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, creado mediante la Ley 29355.