

Vida Ley (Trabajadores)

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 1º Definiciones

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.

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

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.

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 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.

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.

Artículo 2º 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: Por invalidez total y permanente del trabajador originada por accidente 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 y son excluyentes entre sí.

Artículo 3º Personas Asegurables

Son asegurables bajo esta póliza la totalidad de los trabajadores del Contratante, que figuren en su libro de planillas y que hayan sido declarados a la COMPAÑÍA.

Artículo 4º Edades de Ingreso y Permanencia

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

Artículo 5º Error de 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 asegurador 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 6º 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.

En caso de haber contratado coberturas adicionales, LA COMPAÑÍA podrá establecer exclusiones que serán detalladas en las Cláusulas Adicionales y de aplicación sobre cada una de ellas.

Artículo 7º Beneficiarios del Seguro

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

1º) 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 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 CONTRATANTE tiene derecho a cobrar el monto asegurado.

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

Artículo 8° - Efectos de Incumplimiento de Pago de las Primas - Suspensión de la Cobertura y Resolución del Contrato

8.1 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 CONTRATANTE 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.

8.2 La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato de seguro.

8.3 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, 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 CONTRATANTE reciba una comunicación escrita de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión.

8.4 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 9° Aviso de Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

I) Aviso del siniestro: EL CONTRATANTE y/o los Beneficiarios deberá(n) dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados de la ocurrencia del siniestro, tan pronto como sea posible, de la ocurrencia del siniestro.

II) Documentos: Posteriormente, para efectuar la Solicitud de Cobertura, se deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA, según corresponda, los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada). Los Beneficiarios podrá(n) presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

En caso de Fallecimiento Natural:

- Documento de identidad del asegurado, de contar con el mismo.

- Acta de Defunción, emitida por el RENIEC.
- Certificado Médico de Defunción, emitido por la institución médica correspondiente.
- Declaración Jurada de Beneficiarios (*), o Testimonio notarial de Testamento por escritura pública (solo si este es posterior a la Declaración Jurada de Beneficiarios).
- Boletas de pago del ASEGURADO correspondientes a los 3 meses previos a la fecha de fallecimiento (copia simple), emitido por el CONTRATANTE.

En el supuesto caso de no existir una Declaración Jurada de Beneficiarios o Testamento por escritura pública, la COMPAÑÍA solicitará la Sucesión Intestada debidamente formalizada.

En caso de Fallecimiento Accidental:

- Documento de identidad del asegurado (copia simple), de contar con el mismo.
- Acta de Defunción, emitida por el RENIEC.
- Certificado Médico de Defunción, emitido por la institución médica correspondiente.
- Atestado o Parte Policial, cuando se haya emitido por parte de la Policía Nacional del Perú.
- Protocolo de Necropsia, cuando se haya emitido por parte del Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público;
- Declaración Jurada de Beneficiarios (*), o Testimonio notarial de Testamento por escritura pública (solo si este es posterior a la Declaración Jurada de Beneficiarios).
- Boletas de pago del ASEGURADO correspondientes a los 3 meses previos a la fecha de fallecimiento, emitido por el CONTRATANTE.

En el supuesto caso de no existir una Declaración Jurada de Beneficiarios o Testamento por escritura pública, la COMPAÑÍA solicitará la Sucesión Intestada debidamente formalizada.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- Documento de identidad del asegurado (copia simple)
- 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 (original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada).
- Boletas de pago del ASEGURADO correspondientes a los 3 meses previos a la fecha de accidente, emitido por el CONTRATANTE.

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

(* La declaración jurada deberá ser entregada a LA COMPAÑÍA dentro del plazo de 48 horas de producido el fallecimiento de EL ASEGURADO. En caso EL ASEGURADO no hubiese presentado la declaración de beneficiarios a la que se refiere la mencionada norma, EL CONTRATANTE deberá proporcionar a la COMPAÑÍA una carta indicando que EL ASEGURADO no presentó dicha declaración.

Artículo 10º Pago de Beneficios

El pago de la indemnización por parte de la COMPAÑÍA se efectuará dentro de las setenta y dos (72) horas de presentada la solicitud de cobertura con los documentos adjuntos solicitados, caso contrario pagará los intereses legales que correspondan por el atraso producido en caso de vencer el plazo definido.

El pago se ejecutará en favor de 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.

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

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 11º Cesación de Empleo

En caso de cese del trabajador asegurado, éste puede optar por mantener su seguro de vida; para lo cual, dentro de los sesenta (60) 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 1º 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 12º 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 de preguntas expresas respondidas, siempre que ésta se hubiere producido con dolo o culpa inexcusable del Contratante, 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 CONTRATANTE y/o el Asegurado pierdan 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 CONTRATANTE, en un plazo no mayor a 30 días calendario computados desde la comunicación de la nulidad; 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. La forma de pago se ejecutará de acuerdo a lo pactado con el CONTRATANTE.

Artículo 13º Resolución.

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 Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros y de acuerdo con lo indicado en el numeral 8.3 de las presentes Condiciones Generales.

La COMPAÑÍA tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

- b. Por Agravación del Riesgo no comunicada por escrito a la COMPAÑÍA por el Contratante 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 Contratante 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 la agravación del riesgo se originará cuando cambien las circunstancias o las condiciones de trabajo de los trabajadores asegurados que impliquen un cambio de sus funciones con mayor riesgo en su vida. 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 Contratante, Asegurado, Beneficiarios, herederos 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 Contratante, 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 Contratante las primas no devengadas.

- d. En caso de declaración inexacta o reticente del CONTRATANTE que no sea como consecuencia de dolo o culpa inexcusable del Contratante:

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 Contratante 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 Contratante 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 Contratante, 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, la cual será detallada en la comunicación.

- e. Por decisión unilateral y sin expresión causa del CONTRATANTE:

El Contrato de Seguros podrá quedar resuelto, mediante comunicación enviada a la COMPAÑÍA por los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, operando la resolución de forma inmediata.

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 CONTRATANTE, en el plazo de treinta (30) días calendario de resuelto el contrato.

El CONTRATANTE tendrá la obligación de informar sobre la resolución del contrato de seguro a los Asegurados.

Artículo 14º 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 CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana. El CONTRATANTE, BENEFICIARIO y/o ASEGURADO también podrá acudir a las instancias habilitadas para que presenten sus reclamos o denuncias, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, Defensoría del Asegurado e INDECOPI, según corresponda.

Artículo 15º Modificación de las Condiciones Contractuales Durante la Vigencia

Toda modificación de la Póliza, para que sea válida, deberá ser realizada por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de la Compañía y el Contratante.

Durante la vigencia del contrato, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho de analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (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. Con su firma en la solicitud de Seguro el Asegurado consciente la cláusula ahí contenida, según la cual a través de este procedimiento puede verse modificado su certificado (excepto en lo que se refiere a exclusiones y riesgos cubiertos). De proceder la modificación, la Compañía entregará al Contratante la documentación necesaria para que éste ponga las referidas modificaciones en conocimiento de los Asegurados con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a que entren en vigencia las modificaciones, a fin de que el Asegurado pueda, si desea, manifestar su voluntad de resolver su certificado de seguro.

Artículo 16º Prescripción

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación del ASEGURADO notificar a los beneficiarios designados de la existencia del presente contrato de seguro. Cumplido el plazo de prescripción sin que el CONTRATANTE, el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS, según corresponda, hubieran solicitado la cobertura o el cumplimiento de cualquier obligación derivada de esta póliza, la COMPAÑÍA quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado y de toda obligación derivada de la misma, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación. En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o, en caso de fallecimiento, desde que el BENEFICIARIO toma conocimiento de la existencia del beneficio; sin embargo, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.