

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (S.C.T.R.) - Soles

Condiciones Generales del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Pensiones (Según el Decreto Supremo N° 003-98-SA, Normas Técnicas de la Ley N° 26790)

Artículo 1°.- EL CONTRATO

La presente póliza, la solicitud del seguro, las declaraciones de remuneraciones mensuales, los endosos, los certificados que se extienden a las personas por ella aseguradas y el registro anexo, constituyen el contrato único entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE, y servirán de base para el pago de primas y de siniestros, garantizando LA COMPAÑÍA bajo su responsabilidad, que los datos que se consignan en estos documentos concuerdan entre sí.

Artículo 2°.- DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza se entenderá por:

a. Accidente de Trabajo: A toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión de las labores para las cuales ha sido contratado el trabajador, causadas 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, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Se considera igualmente accidente de trabajo:

1. Al que sobrevenga al trabajador asegurado durante la ejecución de órdenes de EL CONTRATANTE o bajo su autoridad, aun cuando se produzca fuera del centro y horas de trabajo.
2. El que se produce antes, durante o 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 de EL CONTRATANTE, aunque no se trate de un centro de trabajo de riesgo ni se encuentre realizando las actividades propias del riesgo contratado.
3. El que sobrevenga por acción de EL CONTRATANTE o sus representantes o de tercera persona, durante la ejecución del trabajo.

No constituye accidente de trabajo aquellos supuestos señalados en el numeral 2.3 del artículo 2 del Decreto Supremo N° 003-98 SA y el artículo 16 del presente condicionado

b. Actividades de Alto Riesgo: Las que realizan los asegurados en las labores que se detallan en la Cuarta Disposición Final del Decreto Supremo N° 003-98 SA y/o según normativa vigente, sean empleados u obreros, sean eventuales, temporales o permanentes.

c. Asegurado: Son asegurados obligatorios la totalidad de los trabajadores que laboran en un centro de trabajo en el cual se desarrollan las actividades previstas en la Cuarta Disposición Final del Decreto Supremo N° 003-98 SA y/o normativa vigente, sean empleados u obreros, sean eventuales, temporales o permanentes.

Son también asegurados obligatorios del seguro complementario de trabajo de riesgo, los trabajadores de EL CONTRATANTE que, no perteneciendo al centro de trabajo en el que se desarrollan las actividades referidas en la Cuarta Disposición Final del Decreto Supremo N° 003-98 SA y/o normativa vigente, se encuentran expuestos al riesgo por razón de sus funciones, de acuerdo a lo señalado en el penúltimo párrafo del artículo 6 del Decreto Supremo N° 003-98 SA.

Las personas que ingresen en el futuro a la entidad contratante a que pertenece el grupo de asegurados de esta póliza, podrán ser incorporadas al presente seguro.

Los asegurados son declarados nominalmente por EL CONTRATANTE, conforme lo disponga LA COMPAÑÍA.

d. Centro de Trabajo: Se considera Centro de Trabajo al establecimiento de EL 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 la Cuarta Disposición Final del Decreto Supremo N° 003-98 SA y/o normativa vigente. 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.

e. Beneficiarios: Personas que, de acuerdo a lo indicado en la Ley 26790 y normas reglamentarias, tienen derecho a las prestaciones de sobrevivencia y gastos de sepelio del seguro complementario de trabajo de riesgo frente al fallecimiento del asegurado.

f. Enfermedad Profesional: Todo estado patológico que ocasione incapacidad permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que se ha visto obligado a trabajar.

g. Pensión: Es la renta que otorga LA COMPAÑÍA en función al porcentaje de la remuneración mensual respecto de los asegurados fallecidos o declarados inválidos, de acuerdo a lo que se establece en el artículo 4 del presente Condicionado General.

Las pensiones de sobrevivencia e invalidez de carácter definitiva estarán afectas a las retenciones por el Seguro Social de Salud e Impuesto a la Renta, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes.

h. Indemnización: Es el pago único que se efectúa en favor de aquel asegurado que por su grado de menoscabo le corresponde esta prestación económica.

i. Pensionista: Persona a la cual LA COMPAÑÍA le paga una Pensión de Sobrevivencia o de Invalidez.

j. Indemnizado: Persona a la cual LA COMPAÑÍA le paga una indemnización

k. Remuneración Asegurable: Está constituida por el total de las rentas provenientes del trabajo personal del afiliado percibidas en dinero, cualquiera que sea la categoría de renta a que deban atribuirse de acuerdo a las normas tributarias sobre la materia.

En el caso de los trabajadores dependientes, se considera remuneración asegurable a la remuneración computable a que se refiere el Texto Unico 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 otorgan 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 períodos semestrales.

En el caso que un trabajador reciba un reintegro de remuneración, éste será declarado como parte de la remuneración del mes en que se paga.

I. Remuneración Mensual: Es el promedio de las remuneraciones asegurables de los 12 meses anteriores al siniestro, con el límite máximo previsto en el tercer párrafo del artículo 47 del Decreto Supremo N° 004-98-EF 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. 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. 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.

Artículo 3°.- TASA

Es el porcentaje que se debe aplicar a las remuneraciones de los trabajadores declarados, para el cálculo de la prima a cargo de EL CONTRATANTE.

La COMPAÑÍA podrá modificar la tasa de acuerdo con el numeral 24.6 del artículo 24 del Decreto Supremo N° 003-98 SA por agravamiento del riesgo. Asimismo, LA COMPAÑÍA o EL CONTRATANTE podrán revisar la tasa en cualquier momento y será reajustada según el índice de siniestralidad o nivel de riesgo.

Para el reajuste de la tasa de la prima, LA COMPAÑÍA deberá cursar a EL CONTRATANTE, con una anticipación no menor a 30 días calendarios previos a la vigencia de la nueva tasa, una comunicación escrita manifestando las nuevas condiciones de contratación.

EL CONTRATANTE, de no estar de acuerdo con el reajuste realizado, tendrá un plazo de 30 días para manifestarse en ese sentido. Vencido este plazo obteniendo respuesta negativa al reajuste o no habiéndose manifestado al respecto, LA COMPAÑÍA podrá resolver el contrato de pleno derecho.

Artículo 4°.- COBERTURAS

En los términos de la presente póliza, LA COMPAÑÍA pagará las prestaciones que se detallan en el presente artículo, siempre que la causa directa del siniestro fuera un Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, tal como se definen en el artículo 2

del presente Condicionado General y que su ocurrencia sea dentro del territorio nacional.

Las coberturas son las siguientes:

4.1 Pensión de Sobrevivencia:

LA COMPAÑÍA, pagará pensión de sobrevivencia en caso de fallecimiento del asegurado de acuerdo al Decreto Supremo N° 003-98 SA y a lo siguiente:

- a. Ocasionado directamente por un accidente de trabajo o enfermedad profesional; o,
- b. Por cualquier otra causa posterior, después de configurada la invalidez o mientras 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.

4.2 Pensión de Invalidez:

LA COMPAÑÍA pagará al asegurado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedara en situación de invalidez; las pensiones que correspondan al grado de incapacidad para el trabajo conforme al Decreto Supremo N° 003-98 SA.

4.2.1 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.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar al Instituto Nacional de Rehabilitación dictámenes anuales sobre la condición de invalidez del asegurado, transcurrido el plazo de un año del primer dictamen.

4.2.2 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, quedará 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.

En ambos casos, LA COMPAÑÍA podrá solicitar al Instituto Nacional de Rehabilitación dictámenes anuales sobre la condición de invalidez del asegurado, transcurrido el plazo de un año del primer dictamen.

4.3 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 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 repute tal condición. Una vez vencido el plazo señalado para la extinción de la incapacidad, el Instituto Nacional de Rehabilitación, previo examen médico, emitirá un dictamen para la continuidad o no de la pensión, la evaluación podrá realizarse semestralmente.

4.4 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 Total Permanente.

4.5 Gastos de Sepelio:

En caso de fallecimiento del asegurado como consecuencia inmediata de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro o mientras se encuentre gozando de subsidios a cargo del Seguro Social de Salud por una causa relacionada con el accidente de trabajo o enfermedad profesional o por cualquier causa posterior a la obtención de una pensión de invalidez total o parcial, permanente o temporal bajo este seguro, 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 sistemas, contra la presentación de los documentos originales que sustenten dicho gasto.

Al fallecimiento del asegurado que se encuentre percibiendo una pensión de invalidez, LA COMPAÑÍA pagará los gastos de sepelio hasta el límite correspondiente al mes del fallecimiento, señalado por la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones e iniciará el pago de la pensión de Sobrevivencia a sus beneficiarios.

Artículo 5°.- PRIMAS

La prima será equivalente a la multiplicación de la tasa neta acordada y estipulada en la liquidación de primas, por el monto de la remuneración de los trabajadores declarados por EL CONTRATANTE en cobertura.

De acuerdo a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 003-98 SA, las gratificaciones ordinarias, cuando son pagadas a los trabajadores, deben ser incluidas en el monto de las remuneraciones de los trabajadores.

Artículo 6°.- DECLARACIÓN DE PLANILLAS

En los casos en los que EL CONTRATANTE solicite que la cobertura sea por un periodo bimensual, trimestral, semestral o anual, declarará a LA COMPAÑIA una planilla inicial y se mantiene obligado a declarar a LA COMPAÑIA dentro de los 15 (quince) primeros días de cada mes siguiente la planilla de trabajadores actualizada. Los trabajadores no declarados dentro del plazo indicado carecen de cobertura de acuerdo al numeral 24.3 del artículo 24 del Decreto Supremo N° 003-98-SA.

En caso EL CONTRATANTE, declarase una suma total de remuneraciones menores a la que figura en las planillas y boletas de pago, LA COMPAÑIA pagará el íntegro de las prestaciones que correspondan al trabajador o beneficiarios, pero ejercerá el derecho de repetición contra EL CONTRATANTE por el exceso del costo no cubierto por el seguro.

De no cumplir con la declaración dentro en el plazo indicado en este artículo, será de aplicación lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 10 de este contrato.

Artículo 7°.- PAGO DE PRIMA

El CONTRATANTE deberá pagar la prima mensual dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la fecha de emisión de la póliza o del periodo que se haya convenido. Vencido dicho plazo EL CONTRATANTE automáticamente incurrirá en mora, declarando las partes expresamente que no será necesaria intimación alguna para que dicha mora exista.

Para efecto del pago de la prima, EL CONTRATANTE utilizará los formatos que LA COMPAÑIA proporcione, detallando el monto de planillas de los trabajadores declarados para la cobertura y efectuará el pago de la prima de acuerdo a las tasas estipuladas en la liquidación.

Artículo 8°.- SUSPENSIÓN DE COBERTURA

La demora en el pago de la prima dentro del plazo estipulado en el artículo precedente o la inejecución de las medidas de protección o prevención señaladas en el artículo 8 del Decreto Supremo N° 003-98 SA, 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. Asimismo, en estos supuestos, LA COMPAÑIA podrá optar por la resolución del presente contrato de pleno derecho, en cuyo caso los Asegurados continuarán a cargo de la ONP hasta que se designe una compañía aseguradora que otorgue la cobertura de salud por trabajo de riesgo.

Transcurridos treinta días naturales sin que se hubiera contratado a una compañía aseguradora, se entenderá que es voluntad del CONTRATANTE, la contratación de la cobertura con ONP, entidad que procederá a extenderla cobrando las primas correspondientes.

Artículo 9°.- RESOLUCIÓN DE CONTRATO

Si transcurren diez (10) días de constituida la mora conforme a lo establecido en el artículo 7 precedente, LA COMPAÑIA cursará a EL CONTRATANTE una comunicación de cobranza y aviso de resolución de contrato, el cual surtirá efectos una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha en que EL CONTRATANTE recibió dicha comunicación.

Una vez que el contrato sea resuelto, las coberturas de los trabajadores continuarán a cargo de la ONP hasta que se designe una nueva entidad que otorgue las coberturas de ley.

La resolución del contrato no afectará los derechos devengados a favor de LOS ASEGURADOS durante la vigencia del contrato.

Artículo 10°.- OMISIÓN DE DECLARACIÓN

EL CONTRATANTE reconoce y acepta en forma expresa que al no haber formulado la declaración de la planilla de trabajadores, no ha procedido al pago de la prima y por lo tanto, se encuentra dentro de las causales de resolución del presente contrato.

En tal sentido, LA COMPAÑÍA, al no haberse producido la declaración de la planilla de trabajadores, y constituyendo esta omisión la causa para que se genere un incumplimiento del pago de la prima, podrá resolver el presente contrato para lo cual cursará a EL CONTRATANTE una comunicación de cobranza y aviso de resolución de contrato, el cual surtirá efectos una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha en que EL CONTRATANTE recibió dicha comunicación, salvo que LA COMPAÑÍA decida otorgar expresamente un período de gracia a fin de ampliar el plazo para realizar la declaración de planilla y por ende, el pago de la prima.

Artículo 11°.- DELEGACIÓN DE FACULTADES DE COBRANZA

EL CONTRATANTE declara conocer que las labores de cobranza son realizadas por LA COMPAÑÍA, así como que ésta puede delegar tales funciones, en forma total o parcial en entidades privadas.

Artículo 12°.- CALIFICACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

En caso de enfermedad profesional EL CONTRATANTE comunicará por escrito dentro del plazo de 48 horas, o en un término mayor que sea razonable atendiendo a las circunstancias, el diagnóstico de la enfermedad profesional o la ocurrencia que la evidencie, lo que ocurra primero (Artículo 25.3 Decreto Supremo N° 003-98 SA).

La calificación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, así como el tipo de pensión que generen estarán a cargo de LA COMPAÑÍA de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 003-98 SA.

En caso que la enfermedad profesional o el accidente de trabajo se produzcan como consecuencia directa del incumplimiento de las normas de Salud Ocupacional o Seguridad Industrial o por negligencia grave de EL CONTRATANTE o por agravación del riesgo o incumplimiento de las medidas de protección o prevención o incumplimiento del Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo (según la normativa vigente), LA COMPAÑÍA cubrirá el siniestro, pero podrá ejercer el derecho de repetición por el costo de las prestaciones otorgadas contra EL CONTRATANTE.

EL CONTRATANTE deberá informar por escrito a LA COMPAÑÍA de los cambios en el centro de trabajo, que impliquen una agravación del riesgo.

La COMPAÑIA podrá exigir la adopción de medidas de protección o prevención y/o proponer un reajuste de la tasa de acuerdo con el nuevo riesgo existente en EL CONTRATANTE.

Artículo 13°.- EVALUACIÓN MÉDICA

LA COMPAÑIA puede exigir exámenes médicos y/o declaración de salud 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 al seguro.

LA COMPAÑIA podrá solicitar información médica de los asegurados durante la vigencia del presente contrato para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios o por auditoria médica para control de la evolución del estado de salud de los asegurados. Asimismo, podrá solicitar información médica con posterioridad a la vigencia del presente contrato a efectos de delimitar la cobertura.

Sin perjuicio de las evaluaciones a las que EL CONTRATANTE esté obligado a practicar a sus trabajadores por norma laboral o de su sector, LA COMPAÑIA, 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 de EL CONTRATANTE, debiendo éste y los asegurados brindar las facilidades necesarias.

Artículo 14°.- ATENCION DE SINIESTROS

La atención de los siniestros que se produzcan por la cobertura de Invalidez y Sepelio, se sujetara a las siguientes reglas:

14.1 Para determinar las prestaciones de este seguro, se entiende producido el siniestro que da origen a las pensiones de sobrevivencia e invalidez y gastos de sepelio:

- a. El día del accidente, en caso de invalidez o muerte inmediata por accidente de trabajo.**
- b. El día de la configuración de la invalidez, en caso de enfermedad profesional**
- c. El día de la configuración de la invalidez, en caso de accidente cuya invalidez no se manifieste inmediatamente.**

14.2 EL CONTRATANTE comunicará por escrito a LA COMPAÑIA dentro del plazo de 48 horas, o en un término mayor que sea razonable atendiendo a las circunstancias, la ocurrencia de todo accidente de trabajo, de o no lugar a una reclamación bajo la cobertura de Invalidez y Sepelio por trabajo de riesgo, el cual contendrá necesariamente información sobre la fecha y hora del accidente: el lugar y circunstancia en que este ocurrió, así como el nombre y domicilio de los testigos.

14.3 En caso de enfermedad profesional EL CONTRATANTE comunicara por escrito dentro del plazo de 48 horas, o un término mayor que sea razonable atendiendo a las circunstancias, el diagnóstico de la enfermedad profesional o la ocurrencia que la evidencie, lo que ocurra primero.

14.4 En caso de fallecimiento del asegurado, LA COMPAÑIA puede 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 para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales, bajo pena de perder los beneficios. 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.

14.5 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, solicitará la intervención de Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, cuya resolución tendrá el carácter de cosa juzgada.

14.6 Si las discrepancias no versaran sobre la condición de invalidez del beneficiario, el asunto será directamente sometido al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.

14.7 LA COMPAÑÍA procederá a pagar las pensiones de los beneficiarios que no hubieren impugnado su decisión dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al ASEGURADO o la notificación de la resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación o del Laudo Arbitral, en su caso.

14.8 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.

14.9 LA COMPAÑÍA evaluará directamente la procedencia del reclamo una vez que se entregue la documentación completa, pronunciándose en el plazo de diez (10) días calendarios.

14.10 LA COMPAÑÍA pagará el beneficio que corresponda una vez consentida su decisión o resueltas las discrepancias surgidas.

Artículo 15°.- PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD

15.1 Para la cobertura de Pensión de Sobrevivencia, en caso de fallecimiento del Asegurado, los BENEFICIARIOS deben presentar la siguiente documentación:

- a. Certificado Médico de defunción
- b. Atestado Policial y Certificado de Necropsia, si el fallecimiento de EL ASEGURADO es a consecuencia de un accidente
- c. Solicitud de Pensión de Sobrevivencia bajo el formato de LA COMPAÑÍA, acompañada de la documentación que acredite su condición de BENEFICIARIO.
- d. 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.

El plazo de presentación de beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivencia será de 120 días calendarios contados a partir de la fecha de fallecimiento o de la declaración judicial de muerte presunta del asegurado. Las solicitudes que se presente dentro del plazo indicado, devengarán la pensión desde la fecha del siniestro.

Las solicitudes que se presenten posteriormente a los 120 días mencionados devengarán pensiones desde la fecha de presentación, originando solamente una redistribución de las mismas.

15.2 Para la cobertura de Reembolso de Gastos de Sepelio, deberán adjuntar:

- a. Solicitud de Reembolso de Gastos de Sepelio bajo el formato de la **COMPAÑÍA**.
- b. Certificado de Defunción del **ASEGURADO**.
- 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.

15.3 Para la obtención de la Pensión de Invalidez **EL ASEGURADO** deberá presentar:

- a. Solicitud de Pensión de Invalidez bajo el formato de la **COMPAÑÍA**. Si la Solicitud de Pensión de Invalidez, es a consecuencia de una enfermedad profesional diagnosticada como "Neumoconiosis", este documento deberá estar acompañado por las Placas Radiográficas tomadas al **ASEGURADO** antes del inicio de sus labores, es decir, pre ocupacionales, así como las de control ya sean anuales o de intervalos menores, inclusive, y en caso corresponda, las tomadas al trabajador al cese de la relación laboral. Asimismo, si la solicitud de Pensión de Invalidez, es a consecuencia de una Enfermedad Profesional diagnosticada como Hipoacusia, este documento deberá estar acompañado por las Audiometrías tomadas al **ASEGURADO** antes del inicio de sus labores, es decir, pre ocupacionales, así como las de control ya sean anuales o de intervalos menores, inclusive, en caso corresponda, las tomadas al trabajador al cese de la relación laboral.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud.
- e. 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 DE ESSALUD**. 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.

Artículo 16°.- EXCLUSIONES Y SUPUESTOS DE NO COBERTURA

16.1 No constituye accidente de trabajo:

- a. Cuando se produzcan en el trayecto de ida y retorno al centro de trabajo, aunque el transporte sea realizado por cuenta de EL CONTRATANTE en vehículos propios o contratados para el efecto.
- b. Los provocados intencionalmente por el propio trabajador o por su participación en riñas o peleas u otra acción ilegal
- c. Los que se produzcan como consecuencia del incumplimiento del trabajador de una orden escrita específica impartida por el empleador.
- d. Los que se produzcan con ocasión de actividades recreativas, deportivas o culturales, aunque se produzcan dentro de la jornada laboral o en el centro de trabajo.
- e. Los que sobrevengan 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.

16.2 Son exclusiones de la cobertura las previstas en el numeral 24.3 del artículo 24 del Decreto Supremo N° 003-98 SA:

- a. Invalidez configurada antes del inicio del otorgamiento de cobertura por LA COMPAÑÍA.
- b. Lesiones voluntariamente autoinfligidas o derivadas de tentativa de autoeliminación;
- c. Muerte o invalidez de los trabajadores asegurables que no hubieren sido declarados por EL CONTRATANTE; cuyos beneficios se mantendrán amparadas por la ONP, de acuerdo con el artículo 88 del Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- d. La muerte de asegurado producida mientras se encuentre gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del Seguro Social de Salud, por causas distintas al accidente de trabajo o enfermedad profesional que lo llevo al estado de invalidez temporal.

Artículo 17°.- INVESTIGACION Y REVISION DE LOS RECLAMOS

LA COMPAÑÍA podrá revisar al asegurado por facultativos designados por ella. En general podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

Si cualquier información referente al asegurado, o relacionada con su tratamiento fuera simulada o fraudulenta, perderá todo derecho a indemnización sin perjuicio que se inicien contra los responsables, las acciones legales correspondientes.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar los accidentes para determinar si procede o no el reclamo presentado por el asegurado. Para estos efectos podrá solicitar a EL CONTRATANTE, asegurados y/o beneficiarios la documentación que considere pertinente.

Artículo 18°.- RESOLUCIÓN DE LA POLIZA

El contrato se celebrara a plazo indefinido. Dentro de su vigencia, LA COMPAÑÍA solo podrá resolverlo por causal de incumplimiento imputable a EL CONTRATANTE, de acuerdo con las normas que regulan el contrato de seguro complementario de trabajo de riesgo y según se establece en el artículo 9° del presente contrato, así como en el caso del artículo 3° por la disconformidad en la determinación de la tasa a aplicar para el cálculo de la prima.

Asimismo, y conforme a lo establecido en el segundo párrafo del Artículo 17° precedente, será causal de resolución de la cobertura que otorga la presente Póliza de Seguro y respecto del ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS que hubieren presentado una solicitud de cobertura fraudulenta o simulada, para lo cual LA COMPAÑÍA comunicará al ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS, según corresponda, sobre su decisión con una anticipación no menor a 30 días a la fecha en que se produzca la resolución. En este caso, se procederá a devolver la prima que corresponda al período no corrido de la Póliza.

EL CONTRATANTE sí podrá resolver el contrato, sin que medie causal de resolución; después de un año de vigencia de la cobertura y mediante un preaviso escrito no menor de 90 días calendario.

Artículo 19°.- TRIBUTOS

Todos los tributos, presentes y futuros, que graven las primas o sumas aseguradas, así como su liquidación y las pensiones serán a cargo de EL CONTRATANTE y/o asegurado y/o Beneficiario(s)

Artículo 20°.- PRIMACIA

Los Endosos priman sobre las Condiciones Particulares y éstas últimas, sobre las Condiciones Generales de la póliza.

Artículo 21°.- COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE, con motivo de esta póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta certificada u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de LA COMPAÑÍA y en el caso de EL CONTRATANTE a su último domicilio registrado o el que figure en las liquidaciones que se le remiten.

De no haber comunicado el cambio de domicilio, se considerará correctamente notificada la comunicación al último domicilio registrado y tendrá todos los efectos legales.

Artículo 22°.- DOMICILIO

LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE señalan como su domicilio el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones.

EL CONTRATANTE notificará a LA COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito, su cambio de domicilio, caso contrario carecerá de efecto para la presente Póliza de Seguro de Seguro.

Artículo 23°.- ARBITRAJE

La suscripción del presente contrato de seguro complementario de trabajo de riesgo, bajo cualquiera de sus coberturas, implica el sometimiento de las partes contratantes, así como de los asegurados y beneficiarios a las reglas de conciliación y arbitraje a que se refieren los artículos 90 y 91 del Decreto Supremo N° 009-97-SA conforme al cual se resolverán en forma definitiva todas las controversias en la que se encuentren involucrados intereses de los asegurados, beneficiarios, EL CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA.

Artículo 24°.- DISPOSICIONES FINALES

El pago de primas, el inicio de la cobertura y el término de la misma, se regirán por las normas que sobre el particular haya emitido la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS) y se encuentren vigentes.

Igualmente, el presente Condicionado General podrá sufrir modificaciones, en cumplimiento de las normas expresas que emanen de la Autoridad correspondiente.

CLAUSULAS DE GARANTIA**Cláusula Primera:**

Se encontraran excluidas las prestaciones derivadas de condiciones de invalidez configuradas antes del inicio de la vigencia de la póliza, aun cuando dichas condiciones de invalidez no hayan sido evaluadas o declaradas; siendo de aplicación lo dispuesto en el numeral 24.3 del artículo 24 del Decreto Supremo N° 003-98 SA.

Cláusula Segunda:

Si de los exámenes médicos que realice EL CONTRATANTE de inicio, anual o al cese de los trabajadores se evidencia o manifiesta incapacidad para el trabajo de uno o varios de los trabajadores declarados, en una proporción igual o mayor al 20% de menoscabo, EL CONTRATANTE deberá declararlo a la COMPAÑÍA a efecto de aplicar lo dispuesto en el artículo 8 y en el numeral 25.1 del artículo 25 del Decreto Supremo N° 003-98 SA.

Asimismo, deberá realizar la respectiva declaración de salud con ocasión de la incorporación de nuevos trabajadores. La declaración falsa o inexacta sobre el estado de salud de los asegurados hará responsable a EL CONTRATANTE frente a la COMPAÑÍA del costo de las prestaciones que esta tuviera que asumir.

EL CONTRATANTE deberá entregar a LA COMPAÑÍA los exámenes médicos que le sean requeridos al momento de la suscripción, durante la vigencia de la cobertura o luego de la terminación del contrato, en este último caso ya sea para la verificación de un siniestro, o su delimitación.

Cláusula Tercera:

LA COMPAÑÍA tendrá la facultad de delimitar de la póliza, en cualquier momento, los casos de invalidez que se compruebe hubieran configurado antes de la vigencia de este contrato. Para estos efectos, tendrá la facultad de disponer la realización de exámenes médicos, los cuales no eximen a EL CONTRATANTE de las consecuencias de la no-declaración.

Cláusula Cuarta:

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 ordenes específicas impartidas por EL CONTRATANTE, por lo que los accidentes de trabajo que se produzcan como consecuencia del incumplimiento de cualesquiera de dichas disposiciones no se encontrarán cubiertos por este seguro, de conformidad con el literal c. del numeral 2.3 del artículo 2 del Decreto Supremo N° 003-98 SA.

Cláusula Quinta:

Si LA COMPAÑÍA disgrega la tasa a cobrar por niveles de riesgo, es decir, segmenta la tasa en función a los distintos grados de exposición al riesgo en el que se encontrarán los trabajadores de EL CONTRATANTE, éste deberá formular la declaración de la planilla de dichos trabajadores de acuerdo al nivel de riesgo al que estén expuestos en razón de sus obligaciones laborales; y el pago de la prima se efectuará de acuerdo a la multiplicación de la tasa por la remuneración.

Si un trabajador sufre un accidente o configura una enfermedad por haber estado expuesto a un nivel de riesgo distinto al declarado, LA COMPAÑÍA pagará el íntegro de las prestaciones que pudieran corresponder. Sin embargo, EL CONTRATANTE se obliga a reembolsar a LA COMPAÑÍA la suma que ésta haya pagado. Dicho reembolso se efectuará en forma proporcional a la diferencia porcentual de la tasa del nivel de riesgo declarado y el nivel de riesgo donde ocurrió el siniestro o generó la configuración de la enfermedad profesional.

Cláusula Sexta:

EL CONTRATANTE entregará a LA COMPAÑÍA los Manuales de Procedimiento y las demás instrucciones escritas que le entregan a sus trabajadores, dentro de los 30 días siguientes al momento de la suscripción del presente contrato.

Cláusula Séptima:

Se aplica al presente contrato todas las disposiciones establecidas en el Decreto Supremo N° 003-98 SA