

Condicionado General VIDA LEY CESANTES

Código de Registro: VI0508210074 (SOLES)
VI0508220075 (DÓLARES)

**Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas
Reglamentarias**

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

- 1. OBJETIVO DE LA PÓLIZA DE SEGURO**
- 2. BASES DE LA PÓLIZA DE SEGUROS**
- 3. INDISPUTABILIDAD**
- 4. PERSONAS ASEGURABLES**
- 5. DE LA DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE / ASEGURADO**
- 6. INICIO DE COBERTURA Y CAUSALES DE TÉRMINO DE LA PÓLIZA DE SEGURO**
- 7. TASAS DE PRIMAS**
- 8. PAGO DE LAS PRIMAS Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA**
- 9. NULIDAD DEL CONTRATO**
- 10. RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGUROS**
- 11. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**
- 12. BENEFICIARIOS DEL SEGURO**
- 13. DEFENSORIA DEL ASEGURADO**
- 14. DOMICILIO**
- 15. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA**
- 16. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO**
- 17. DEFINICIONES**

CAPÍTULO II.- COBERTURAS

- 18. RIESGOS CUBIERTOS Y SUMAS ASEGURADAS**
- 19. EVENTOS EN LOS CUALES NO SE OTORGARÁ LAS COBERTURAS DE LEY**
- 20. AVISO DE SINIESTRO**
- 21. REQUISITOS PARA EL PAGO DE UN SINIESTRO**

SEGURO DE VIDA LEY CESANTES

00224140

La presente Póliza 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.

CAPÍTULO I.- DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1° OBJETIVO DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La presente Póliza, la Solicitud de Seguro presentada por EL CONTRATANTE / ASEGURADO, la Declaración Jurada de los Beneficiarios con firma legalizada y la documentación presentada como sustento de la última remuneración percibida al momento de la contratación del seguro por EL CONTRATANTE / ASEGURADO, constituyen el contrato único entre RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante simplemente LA COMPAÑÍA) y EL CONTRATANTE / ASEGURADO, cuyos datos de identificación y demás información constan en las Condiciones Particulares, y servirán de base para el pago de las primas y la atención de siniestros.

En virtud del presente Contrato de Seguro, EL CONTRATANTE / ASEGURADO se obliga al pago de la prima convenida en las Condiciones Particulares y LA COMPAÑÍA al pago de los beneficios previstos a los Beneficiarios de EL CONTRATANTE / ASEGURADO conforme a la normativa vigente, ante la realización del suceso futuro e incierto previsto en la Póliza de Seguro.

ARTÍCULO 2° BASES DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Las bases de la presente Póliza de Seguro son las siguientes:

- A) EL CONTRATANTE está obligado a acreditar el cese de sus labores como trabajador dependiente y declarar la última remuneración real que percibió al cese de la relación laboral presentando la siguiente información:
- A.1 Carta dirigida a LA COMPAÑÍA solicitando la continuidad del Seguro Vida Ley.
 - A.2 Carta o Constancia de Cese expedida por el ex empleador de EL CONTRATANTE / ASEGURADO. (*)
 - A.3 Liquidación de beneficios sociales. (*)
 - A.4 Boleta de pago de los tres últimos meses con firma y sello del empleador. Si en los últimos meses previos al cese EL CONTRATANTE / ASEGURADO ha estado con descanso médico o de vacaciones, entonces adjuntar una cuarta boleta. (*)

- A.5 Declaración Jurada de Beneficiarios con firma legalizada notarialmente de EL CONTRATANTE / ASEGURADO.
- A.6 Copia del Documento Oficial de Identidad de EL CONTRATANTE / ASEGURADO.

En el caso de que la remuneración real a la cual hace referencia el literal A) precedente sea superior a la remuneración máxima asegurable vigente en aplicación de la nueva Ley N° 29549 que modifica el D.L. 688, la suma asegurada se calculará en base a la remuneración máxima asegurable.

(*) Original con firma de un funcionario autorizado del ex empleador. Puede ser también una Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada).

- B) La Póliza de Seguro y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA y por EL CONTRATANTE / ASEGURADO.
- C) En caso de producirse discrepancias dentro de los términos y condiciones de esta Póliza, queda convenido que, las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares, éstas sobre las Cláusulas Adicionales, y éstas sobre las Condiciones generales del riesgo contratado.

ARTICULO 3° INDISPUTABILIDAD

LA Póliza está exenta de restricciones relativas a residencia, ocupación, viajes y género de vida de EL CONTRATANTE / ASEGURADO, con excepción de lo especificado en el Artículo 19° “Eventos en los cuales no se otorgará la cobertura de Ley” y será indisputable desde la fecha de su emisión, salvo el caso de dolo o fraude en perjuicio de LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 4° PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo esta Póliza la totalidad de los trabajadores que (i) hayan cesado su relación laboral como trabajadores dependientes, (ii) que hayan figurado en los registros del ex empleador, (iii) que al momento del cese en su relación laboral hubieran sido asegurados de LA COMPAÑÍA dentro de una Póliza de Vida Ley para trabajadores activos, (iv) que soliciten el presente seguro en un plazo no mayor de treinta (30) días calendarios desde la fecha de cese.

ARTÍCULO 5° DE LA DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

EL CONTRATANTE / ASEGURADO declara que antes de suscribir la presente Póliza de Seguros ha tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales y Particulares.

Ambas partes declaran que las modificaciones a las Condiciones Generales del riesgo contratado que fuera aprobadas por mandato legal imperativo, aplican desde la fecha de entrada en vigencia de dichas normas.

ARTÍCULO 6º INICIO DE COBERTURA Y CAUSALES DE TÉRMINO DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La cobertura del seguro se inicia con la aceptación de la solicitud del seguro por parte de LA COMPAÑÍA. La Póliza de Seguro inicia y termina su cobertura a las 12 del mediodía (12:00 m) de las fechas señaladas en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro.

Asimismo, se consideran causales de término del presente contrato:

- A) Si un nuevo empleador contrata una Póliza de Vida para Trabajadores Obligatoria a favor de EL ASEGURADO.**
- B) Si EL ASEGURADO adquiere otra Póliza de Vida para Trabajadores Cesantes.**

ARTÍCULO 7º TASAS DE PRIMAS

La tasa de prima es aplicable a la última remuneración percibida por el trabajador, hasta el tope de la remuneración máxima asegurable definida en el Artículo 21 del presente documento.

EL ASEGURADO deberá tener en cuenta que, para efectos de calcular el monto de la prima o para liquidar la suma asegurada en caso de siniestro, la remuneración mensual no podrá exceder de la remuneración máxima asegurable, la cual establece la SBS en forma trimestral. EL ASEGURADO podrá obtener la información respecto a la remuneración máxima asegurable vigente en www.sbs.gob.pe.

ARTÍCULO 8º PAGO DE LAS PRIMAS Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA

La prima correspondiente a esta Póliza deberá ser pagada, dentro del plazo establecido, por EL CONTRATANTE y será fraccionada en 12 cupones mensuales.

EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

i) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.-

El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la COMPAÑIA comunica, de manera cierta, al CONTRATANTE, i) que se producirá la suspensión

automática de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la Prima y ii) el plazo del que dispone para pagar la Prima antes que se produzca la suspensión automática de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una Prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro.

La COMPAÑIA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

ii) RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA (FINALIZACIÓN ANTICIPADA).-

LA COMPAÑIA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la COMPAÑIA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la COMPAÑIA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

iii) EXTINCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Se deja expresa constancia que si la COMPAÑIA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la COMPAÑIA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

iv) REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA:

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la COMPAÑIA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro o el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido en el convenio de pago, los intereses moratorios respectivos. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la COMPAÑIA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 9º NULIDAD DEL CONTRATO

La Póliza de Seguro deviene en nula de pleno derecho, es decir sin efecto legal alguno, en los siguientes casos:

- A) 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 ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso que no medie dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE, el contrato seguirá vigente.

En caso que cualesquiera de las partes no esté de acuerdo con la nulidad de la presente Póliza de Seguros, podrá recurrir a la vía que crea conveniente para hacer valer su derecho.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a La ASEGURADORA el importe total de la suma recibida.
- La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por La ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

ARTÍCULO 10º RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGUROS

Sin perjuicio de lo señalado en el artículo 9º de las presentes Condiciones Generales, la presente Póliza de Seguro, a decisión expresa de LA COMPAÑÍA, podrá quedar resuelta mediante comunicación escrita dirigida al domicilio de EL CONTRATANTE / ASEGURADO, perdiendo éste todo derecho emanado de la Póliza de Seguro, a partir de la fecha en que se incurran las siguientes causales:

- A) Solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, en cuyo caso será causal para resolver la Póliza de Seguro.
- B) Por incumplimiento en el Pago de la Prima, conforme lo señalado en el acápite ii) del Artículo 8º de las presentes Condiciones Generales.
- C) Si un nuevo empleador contrata una Póliza de Vida para Trabajadores Obligatoria a favor de EL ASEGURADO.
- D) Si EL ASEGURADO adquiere otra Póliza de Vida para Trabajadores Cesantes emitida, en aplicación de la nueva Ley N° 29549 que modifica el D.L. 688, conforme a lo dispuesto en el Artículo 18º de dicha norma.

La presente Póliza de Seguro quedará resuelta a los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha en que EL CONTRATANTE recibe una comunicación escrita por parte de la COMPAÑÍA invocando la resolución.

Terminada la vigencia de la presente Póliza de Seguro, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de LA COMPAÑÍA de los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a la fecha de término, salvo en el caso de la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, en cuyo caso la presente Póliza de Seguro brindará cobertura en caso que el riesgo se manifieste a más tardar dentro de los dos (02) años calendario siguientes a la fecha del accidente, siendo necesario que se haya realizado el aviso del siniestro por escrito a LA ASEGURADORA, según lo establecido en las presentes Condiciones Generales.

Asimismo, EL CONTRATANTE / ASEGURADO podrá dar por resuelta la presente Póliza sin expresión de causa. Para ejercerla, el CONTRATANTE / ASEGURADO deberá acudir en forma presencial a cualquiera de las oficinas de la ASEGURADORA descritas en el Resumen de la presente Póliza de Seguro a fin de presentar su solicitud, o en caso sea gestionada por una tercera persona, deberá presentar dicha solicitud debidamente firmada por el CONTRATANTE / ASEGURADO, cuya firma deberá ser legalizada notarialmente. La solicitud de resolución del contrato de seguro se realizará con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos esta.

En caso que el presente contrato de Seguro se resuelva en virtud de lo dispuesto en el presente Artículo, LA COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas que representen el período no devengado al CONTRATANTE en un plazo que no excederá de treinta (30) días calendarios desde la fecha en que se haya producido la resolución, conservando LA COMPAÑÍA, las primas pagadas por el período de cobertura que haya transcurrido.

ARTÍCULO 11º MECANISMO 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, ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del ASEGURADO; su reclamo o denuncia ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

ARTÍCULO 12º BENEFICIARIOS DEL SEGURO

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, los Beneficiarios serán las personas designadas por el ASEGURADO en la Póliza de Seguros, conforme al orden de prelación descrito a continuación, el cual es establecido en el Decreto Legislativo N° 688 y según las disposiciones legales vigentes sobre el particular.

- a) Cónyuge o Conviviente y de sus Descendientes;
- b) A falta de los descritos en el literal a) precedente, corresponde a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años.

En caso que se active la cobertura de Invalidez Total y Permanente, el beneficiario es el mismo ASEGURADO.

ARTÍCULO 13º TRIBUTOS

Todos los impuestos y contribuciones, presentes y futuros, que graven las primas o sumas aseguradas así como su liquidación, serán del cargo de EL CONTRATANTE / ASEGURADO y/o los Beneficiarios de éste, salvo aquellos que por imperio de la Ley sean de cargo de LA COMPAÑÍA y no puedan ser trasladados.

No obstante, si en este último caso LA COMPAÑÍA se viera afectada por mayores tributos, podrá reajustar el monto de las primas, sin perjuicio del derecho de EL CONTRATANTE / ASEGURADO de requerir la resolución de la Póliza del Seguro.

ARTÍCULO 14º ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS

LA COMPAÑÍA atenderá las quejas y reclamos que se presente, en un plazo máximo de treinta (30) días de presentado por EL CONTRATANTE / ASEGURADO o los Beneficiarios de éste a través de (i) su plataforma de servicio al cliente, ubicada en la Agencia San Isidro con dirección en Paseo de la República N° 3505, distrito de San Isidro, (ii) escribiendo a atencionalcliente@rimac.com.pe o (iii) llamando a nuestro teléfono de Servicio al Cliente 411-1000 opción 4.

ARTÍCULO 13º DEFENSORIA DEL ASEGURADO

En caso que EL CONTRATANTE / ASEGURADO o los beneficiarios de éste quisieran dirigirse ante la Defensoría del Asegurado, podrán acudir a Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro, Lima – Perú o a través del Telefax: 421-0614. Asimismo podrán comunicarse a través de la dirección de correo electrónico info@defaseg.com.pe, o mediante la página web www.defaseg.com.pe.

ARTÍCULO 14º DOMICILIO

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

EL CONTRATANTE / ASEGURADO 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 15º PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurre el siniestro, o desde la fecha en que se tome conocimiento del beneficio, según corresponda, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 16º SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTE

LA COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y EL ASEGURADO o sus Beneficiarios perderán todo derecho al pago indemnizatorio previsto en esta Póliza de Seguro:

- A) Si el ASEGURADO o cualesquiera de sus Beneficiario presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada total o parcialmente en declaraciones o documentos falsos o inexactos.
- B) Si en cualquier tiempo, el ASEGURADO, cualesquiera de sus Beneficiarios y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor una Suma Asegurada en exceso de aquélla que le corresponda de acuerdo con la presente Póliza de Seguro.

ARTICULO 17º DEFINICIONES

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

EL CONTRATANTE / ASEGURADO: Es el tomador de la póliza. Persona que celebra con LA COMPAÑÍA el contrato de seguro.

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.
- B) Descerebramiento que no permita a EL ASEGURADO 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 completa de ambas manos.
- F) Pérdida completa de ambos pies.
- G) Pérdida completa de una mano y un pie.
- H) Otros que se establezcan mediante Decreto Supremo.

Se entiende por pérdida total la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro 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.

LA COMPAÑÍA: RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, entidad emisora de la Póliza de Seguro que, en su condición de asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de la Póliza de Seguro.

MUERTE NATURAL: Es el deceso de EL ASEGURADO por cualquier causa con excepción de lo indicado en Muerte Accidental.

MUERTE 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 de EL ASEGURADO independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

PÓLIZA DE SEGURO: Contrato de seguro conformado por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos, así como los demás documentos que, por acuerdo expreso de las partes, formen parte integrante del Contrato de Seguro.

REMUNERACION MENSUAL ASEGURABLE: las remuneraciones asegurables para el pago del capital o Póliza están constituidas por aquellas que figuran en los libros de planillas y boletas de pago, percibidas habitualmente por el trabajador aun cuando sus montos puedan variar en razón de incrementos u otros motivos, y para el caso de trabajadores remunerados a comisión o destajo, se considera el promedio de las percibidas en los últimos tres meses –en ambos casos- 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. Están excluidas las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente.

CAPÍTULO II.- COBERTURAS

ARTICULO 18º RIESGOS CUBIERTOS Y SUMAS ASEGURADAS

Los riesgos cubiertos y sumas aseguradas garantizadas por este Seguro son los siguientes:

- A) **Muerte Natural**: 16 remuneraciones mensuales, que se establecen en base al promedio de lo percibido por el ASEGURADO en el último trimestre previo al fallecimiento.
- B) **Muerte Accidental**: 32 remuneraciones mensuales que se establecen en base a la remuneración asegurable de EL ASEGURADO.
- C) **Invalidez Total y Permanente por Accidente**: 32 remuneraciones mensuales que se establecen en base a la remuneración asegurable de EL ASEGURADO. En este caso, dicho capital asegurado será abonado directamente al ASEGURADO o por impedimento de él a su cónyuge, curador o apoderado especial.

ARTICULO 19º EVENTOS EN LOS CUALES NO SE OTORGARÁ LAS COBERTURAS DE LEY

Los montos correspondientes a las coberturas de ley no se otorgarán si se deben a las siguientes causas o circunstancias:

1. Suicidio o intento de suicidio, ya que dicho acto no encaja dentro de la definición de Muerte Natural o Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidente, según corresponda.
2. Si el siniestro fueran causados por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa grave del CONTRATANTE o del ASEGURADO, o de los Beneficiarios del ASEGURADO.

CAPÍTULO III.- CONSIDERACIONES EN CASO DE SINIESTRO

ARTÍCULO 20º AVISO DE SINIESTRO

Ocurrido el siniestro, y estando esta Póliza en pleno vigor, el ASEGURADO o el(los) Beneficiario(s) del ASEGURADO, acreditando su calidad de tales, deberán reportar el siniestro a la brevedad posible, y deberán presentar los documentos indicados a continuación:

ARTICULO 21º REQUISITOS PARA EL PAGO DE UN SINIESTRO

En caso de Fallecimiento: (i) Copia Simple del Documento de Identidad del Asegurado, en caso se cuente con dicho documento (ii) Copia Certificada del Acta de Defunción, (iii) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción.

Adicionalmente, en caso de Muerte Accidental, a excepción del documento descrito en el numeral iii) precedente, deberá presentar: (i) Copia Certificada del Atestado Policial, en caso haya correspondido su emisión y (ii) Copia Certificada del resultado del Protocolo de Necropsia, en caso haya correspondido su emisión.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, según lo definido en el Artículo 21º “Definiciones”, deberá presentar: (i) Copia Simple del Documento de Identidad del Asegurado, (ii) Copia foliada y fedateada de la Historia Clínica (de un centro de salud debidamente autorizado y

acreditado por las autoridades correspondientes), (iii) último Informe médico indicando diagnóstico, (iv) Dictamen de Invalidez expedida por el Ministerio de Salud, Servicios de la Seguridad Social, COMAFP o COMEC.

En este caso, dicho capital asegurado será abonado directamente al ASEGURADO o por impedimento de él a su cónyuge o conviviente, curador o apoderado especial.

LA COMPAÑÍA efectuará el pago de la cantidad que corresponda en el plazo máximo de setenta y dos (72) horas contadas desde la fecha en que se formuló la solicitud correspondiente, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes sobre el particular.