



**CONDICIONADO GENERAL PARA LA PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO
INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE –
TARJETA DE CRÉDITO**

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES OPERATIVAS

1. Instrucciones para la utilización del seguro en caso de siniestro

CONDICIONES TÉCNICAS

2. Información general
3. Personas asegurables y permanencia
4. Coberturas básicas y beneficios
- 5. Condiciones de los riesgos cubiertos**
- 6. Riesgos no cubiertos (Exclusiones)**
7. Administración de la póliza
8. Cargas y obligaciones del Contratante y del ASEGURADO
9. Pago del siniestro

CONDICIONES LEGALES

10. Avisos y comunicaciones
- 11. Pago de primas y condiciones de pago**
12. Declaración falsa y/o reticente
13. Reclamación fraudulenta
14. Prescripción liberatoria
15. Predominio de condiciones y/o cláusulas
16. Gastos y tributos
17. Defensoría del ASEGURADO
18. Arbitraje y fuero del domicilio
- 19. Términos y definiciones**

INTRODUCCIÓN

De conformidad con la solicitud de seguro presentada por el contratante, denominado en adelante el CONTRATANTE y a las declaraciones contenidas en ella, cuya veracidad constituye causa determinante para la celebración del presente contrato; y de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O DE DESEMPLEO POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE, así como también en las condiciones Particulares, Especiales, Endosos y anexos adjuntos; Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada LA ASEGURADORA, conviene en asegurar al cliente del contratante, en adelante denominado el ASEGURADO, de conformidad con la solicitud de seguro que presentará, contra los riesgos especificados más adelante, según los términos y condiciones siguientes:

CONDICIONES OPERATIVAS

INSTRUCCIONES PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN CASO DE SINIESTRO

ARTICULO 1º

Al producirse el desempleo involuntario o el desempleo por incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad el ASEGURADO deberá efectuar el aviso formal del siniestro en las oficinas de LA ASEGURADORA dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su realización. Para este efecto deberá llenar el formulario de reclamación de siniestro y entregar la información que más adelante se cita, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales calendario contados desde la fecha del siniestro. El retraso para dar aviso del siniestro no traerá como consecuencia la pérdida de los beneficios de este seguro si el ASEGURADO prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que, finalizados éstos, cumplió con efectuar la denuncia del reclamo en la forma prevista en esta póliza.

La cobertura a la que puede acceder el ASEGURADO se determina en función al tipo de trabajador que sea (dependiente o independiente) en el momento de la contratación del seguro, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la presente póliza. LA ASEGURADORA evaluará la condición laboral en la que se encontraba el ASEGURADO, al momento de la presentación del reclamo, según la información que éste le proporcione.

Según la cobertura a la que el ASEGURADO califica éste deberá presentar los documentos que a continuación se detallan:

INSTRUCCIONES PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN CASO DE SINIESTRO

ARTICULO 1º

Al producirse el desempleo involuntario o el desempleo por incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad el ASEGURADO deberá efectuar el aviso formal del siniestro en las oficinas de LA ASEGURADORA dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su realización. Para este efecto deberá llenar el formulario de reclamación de siniestro y entregar la información que más adelante se cita, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales calendario contados desde la fecha del siniestro. El retraso para dar aviso del siniestro no traerá como consecuencia la pérdida de los beneficios de este seguro si el ASEGURADO prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que, finalizados éstos, cumplió con efectuar la denuncia del reclamo en la forma prevista en esta póliza.

La cobertura a la que puede acceder el ASEGURADO se determina en función al tipo de trabajador que sea (dependiente o independiente) en el momento de la contratación del seguro, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la presente póliza. LA ASEGURADORA evaluará la condición laboral en la que se encontraba el ASEGURADO, al momento de la presentación del reclamo, según la información que éste le proporcione.

Según la cobertura a la que el ASEGURADO califica éste deberá presentar los documentos que a continuación se detallan:

Desempleo Involuntario

Con la finalidad de acreditar el siniestro y proceder al pago del importe indemnizatorio, el ASEGURADO deberá presentar, conjuntamente con el formulario de reclamación de siniestro, la siguiente documentación:

a) Trabajadores formales con contrato de trabajo indefinido

- Copia de la carta de despido legalizada por un notario público, donde se indique el motivo del mismo, no debiendo ser éste uno de los considerados como causal justa de despido por el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral – Decreto Supremo N° 003-97-TR o la norma que la sustituya.
- Copia de las tres últimas boletas de pago de remuneraciones.
- Certificado original de las últimas 12 cotizaciones de aportaciones al sistema privado de pensiones o similar en el caso que se aporte al sistema nacional de pensiones, emitido con posterioridad a la fecha de término de la relación laboral.
- Copia de la carta o comprobante de pago de la compensación por tiempo de servicios (CTS).

- Copia del DNI.
- Declaración Jurada manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de desempleo.
- Copia de la liquidación de beneficios sociales por despido arbitrario o mutuo disenso. En el caso de retiro por mutuo disenso se verificará el pago de mínimo 1.5 remuneraciones (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinado) más los beneficios de ley.
- Último estado de cuenta de la tarjeta de crédito con fecha anterior a la ocurrencia del evento.
- En caso que la relación laboral de un trabajador formal con contrato indefinido haya terminado por despido arbitrario o mutuo disenso entre las partes, deberá presentarse un comprobante que acredite la recepción y pago de la indemnización a la que tendrá derecho el trabajador.

b) Trabajadores formales con contrato especial

- Copia del contrato de trabajo legalizada por un notario público.
- Copia de la carta de despido legalizada por un notario público en la cual se debe indicar el motivo, no debiendo ser éste uno de los considerados como causal justa de despido por el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral – Decreto Supremo N° 003-97-TR o la norma que la sustituya.
- Copia de las tres últimas boletas de pago de remuneraciones.
- Copia de la carta o comprobante de pago de la compensación por tiempo de servicios (CTS).
- Certificado original de las últimas 12 cotizaciones de aportaciones al sistema privado de pensiones o similar en el caso que se aporte al sistema nacional de pensiones, emitido con posterioridad a la fecha de término de relación laboral.
- Copia del DNI.
- Declaración Jurada manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de desempleo.
- Copia de la liquidación de beneficios sociales por despido arbitrario o mutuo disenso. En el caso de retiro por mutuo disenso se verificará el pago de mínimo 1.5 remuneraciones (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinado) más los beneficios de ley.
- Último estado de cuenta de la tarjeta de crédito con fecha anterior a la ocurrencia del evento.

c) Empleados públicos

- Copia de la resolución administrativa legalizada por un notario público, equivalente a la Carta de Despido de los trabajadores de la actividad privada, en donde conste la fecha de término de la relación laboral y el motivo para poner fin a la misma. El motivo no debe estar contemplado como una causal justa por el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral – Decreto Supremo N° 003-97-TR o la norma que la sustituya o sea aplicable al trabajador.
- Copia de las tres últimas boletas de pago de remuneraciones.
- Certificado original de las últimas 12 cotizaciones de aportaciones del sistema privado de pensiones o similar en el caso que se aporte al sistema nacional de pensiones, emitido con posterioridad a la fecha de término de relación laboral.
- Copia de la carta o comprobante de pago de la compensación por tiempo de servicios (CTS), si tuviera derecho a este beneficio.
- Último estado de cuenta de la tarjeta de crédito con fecha anterior a la ocurrencia del evento.
- Copia del DNI.
- Declaración jurada manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de desempleo.
- Copia de la liquidación de beneficios sociales por cese (o documento similar expedido por la entidad pública).

d) Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales

- Copia del carné de identidad de la Institución, legalizada por un notario público.
- Resolución de cese o documento expedido por el Ministerio de Defensa.
- Copia de la liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por su Institución).
- Declaración jurada manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de desempleo.
- Último estado de cuenta de la tarjeta de crédito con fecha anterior a la ocurrencia del evento.

Incapacidad temporal por accidente o enfermedad

Para acreditar la Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad, LA ASEGURADORA solicitará al ASEGURADO, la información y documentación siguiente:

- Certificado médico en el que conste la información sobre los días naturales requeridos de reposo por Incapacidad Temporal, detallando:
 - Causas de incapacidad
 - Diagnóstico definitivo
 - Tratamiento realizado
 - Pronóstico
 - Días de descanso
 - Número de historia médica
 - Clínica u hospital donde recibió la atención
 - Médico tratante
 - Fecha de atención
- Certificado de renta de 3ra o 4ta Categoría.
- Declaración Jurada de renta de 3ra o 4ta Categoría.
- Copia del DNI.
- Autorización del ASEGURADO para revisión por parte de LA ASEGURADORA de sus historias clínicas.
- Último estado de cuenta de la tarjeta de crédito con fecha anterior a la ocurrencia del evento.

Para ambas coberturas, LA ASEGURADORA o sus representantes designados, podrán razonablemente, solicitar documentos adicionales a los definidos líneas arriba, para complementar el análisis del siniestro. El incumplimiento parcial o total de lo estipulado en el presente documento, liberará a LA ASEGURADORA de responsabilidad en caso de siniestro.

BENEFICIARIO DE LA POLIZA

Para ambas coberturas, el beneficiario de la póliza será el contratante de la póliza, es decir, la institución financiera, de manera que las indemnizaciones determinadas con cargo al seguro serán recibidas por dicha Empresa, quien posteriormente abonará los montos en las cuentas de los Asegurados. Las condiciones de abono a la institución financiera se rige bajo las coberturas y exclusiones de la presente póliza.

CONDICIONES TÉCNICAS

INFORMACIÓN GENERAL ARTICULO 2º

- Objeto del Contrato: En virtud al presente Contrato de Seguro, LA ASEGURADORA pagará al Beneficiario una indemnización en el caso que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de desempleo involuntario o de desempleo por incapacidad temporal producido durante la vigencia de la póliza, de acuerdo a lo señalado a continuación.

La cobertura de desempleo involuntario e incapacidad temporal son excluyentes, es decir el ASEGURADO sólo podrá contar con una de las dos coberturas, dependiendo de su condición laboral y de acuerdo a lo siguiente:

- En el caso que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de desempleo involuntario, LA ASEGURADORA otorgará al beneficiario una indemnización que consistirá en el pago de las cuotas mensuales de la deuda que tenga el ASEGURADO por la tarjeta de crédito especificada en la solicitud de seguro. Para la cobertura de desempleo involuntario, se entiende que el ASEGURADO es un trabajador dependiente.
- En el caso que el ASEGURADO se vea afectado por una situación de Incapacidad Temporal por enfermedad y/o accidente, LA ASEGURADORA otorgará al beneficiario una indemnización que consistirá en el pago de las cuotas mensuales de la deuda que tenga el ASEGURADO por la tarjeta de crédito especificada en la solicitud de seguro. Para la cobertura de Incapacidad Temporal, se entiende que el ASEGURADO es un trabajador independiente.

Los límites de cobertura o sumas aseguradas, las cuotas máximas cubiertas y su forma de pago, los deducibles y períodos de carencia, estarán expresamente detallados en las condiciones particulares de la póliza.

- Fecha del siniestro: Corresponde a la fecha efectiva en la cual el ASEGURADO se convierte en desempleado o incapacitado para poder trabajar de acuerdo al plan correspondiente.
- Fecha de incorporación del ASEGURADO: Corresponde a la fecha en la cual el ASEGURADO firmó la solicitud de seguro respectiva y aceptó, a contar de dicha fecha, el cargo de la prima mensual correspondiente en su Tarjeta de Crédito.
- Inicio de vigencia y cobertura del seguro individual: La cobertura iniciará desde las 24 horas de firmada la solicitud de seguro, siempre que:
 - a) Se active su tarjeta de crédito, cuando se trate de un cliente que adquiere la tarjeta de crédito junto con la afiliación de seguros, o
 - b) El ASEGURADO sea cliente titular de la tarjeta de crédito, siempre y cuando cumpla las siguientes condiciones:
 1. Su crédito se encuentre al día y plenamente operativo (esto es, que esté al día en sus pagos, que no se le haya retirado o restringido el crédito de su tarjeta de crédito, no esté sobregirado en su crédito y similares); y
 2. El ASEGURADO no haya mentado, distorsionado, omitido u ocultado información que le haya sido solicitada o requerida al momento de su afiliación.

- **Edad del ASEGURADO:** Los límites de edad del ASEGURADO para la contratación de este seguro serán como mínimo dieciocho (18) años y hasta cumplidos como máximo los sesenta (60) años. Siendo la edad de permanencia máxima hasta los sesenta y cinco (65) años.

La edad del ASEGURADO deberá comprobarse presentando el Documento Nacional de Identidad (DNI) a LA ASEGURADORA. Este requisito debe cumplirse antes de que LA ASEGURADORA efectúe el pago de cualquier beneficio.

- **Vigencia de la póliza:** Es anual y el cargo de la prima se efectuará de manera mensual en la tarjeta de crédito que indique el ASEGURADO.
- **Plazo de Carencia:** Es el periodo de sesenta (60) días naturales contados a partir de la fecha de inicio de la cobertura durante el cual el ASEGURADO no estará amparado por el seguro. Este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al Seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del seguro que no sea la continuidad inmediata de un seguro anterior con la misma ASEGURADORA.
- **Deducible:** En cualquiera de los planes contratados, el ASEGURADO asumirá el pago correspondiente a una cuota mensual.

PERSONAS ASEGURABLES Y PERMANENCIA

ARTICULO 3º

Son asegurables, conforme a esta póliza, las personas desde los dieciocho (18) años de edad hasta cumplir los sesenta (60) años de edad y los asegurados podrán permanecer en la póliza sólo hasta los sesenta y cinco (65) años.

La cobertura de la póliza cesará al vencimiento de la anualidad en que el ASEGURADO haya cumplido el indicado límite máximo de edad.

Según la opción de la cual forme parte el ASEGURADO, sólo pueden asegurarse a las siguientes personas:

- **Desempleo Involuntario:** Son asegurables para la cobertura de desempleo involuntario las personas laboralmente dependientes que antes de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza estén empleadas a tiempo completo (bajo contrato de trabajo indefinido, contrato especial, empleados públicos y miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales) y que trabajen bajo un contrato para una empresa que esté formalmente constituida.

Todos los trabajadores dependientes podrán ser considerados como Asegurados siempre que sean deudores del Contratante por un tipo de crédito detallado en el Condicionado Particular de la póliza, deseen optar voluntariamente por esta cobertura de seguro y cumplan con los requisitos de asegurabilidad señalados en la póliza.

- **Desempleo por incapacidad temporal por accidente o enfermedad:** Son asegurables para la cobertura de desempleo por incapacidad temporal por accidente o enfermedad las personas que laboren de forma independiente, los cuales pueden ser comerciantes o profesionales. También se incluye bajo esta modalidad a las personas con negocio propio que estén percibiendo un ingreso.

En ambos casos mencionados, no pueden ser, ni seguir aseguradas; las personas afectadas de incapacidad física grave, tal como ceguera, sordera, parálisis, etc., enfermedades graves u otras

incapacidades físicas y/o enfermedades que agraven el riesgo. En caso de producirse una de estas situaciones durante el período contractual, el contrato de seguro se resolverá automáticamente, es decir sin necesidad de comunicación previa.

COBERTURAS BÁSICAS Y BENEFICIOS

ARTÍCULO 4º

El ASEGURADO quedará amparado sólo bajo una de las siguientes modalidades según corresponda:

Desempleo Involuntario – Beneficios:

Si durante la vigencia del seguro, una vez superado el Período de Carencia de sesenta (60) días naturales, el ASEGURADO queda desempleado de manera involuntaria y permanece así por un período que exceda el plazo de treinta (30) días naturales, entonces LA ASEGURADORA indemnizará al beneficiario por el monto adeudado en la tarjeta de crédito especificada en la solicitud de seguro hasta por el monto máximo que corresponda al plan contratado en la presente póliza, siempre y cuando se cumplan las condiciones definidas para su pago mientras el ASEGURADO permanezca desempleado. Para la determinación del monto de las cuotas cubiertas, se considerará el pago mínimo mostrado en el último estado de cuenta de la tarjeta de crédito, el cual deberá tener una antigüedad mínima de 30 días naturales previos a la fecha en que formalmente se materializó el desempleo del ASEGURADO. Esto quiere decir que, en el caso que el último estado de cuenta de la tarjeta de crédito no cumpla con esa antigüedad, se solicitara el estado de cuenta de la tarjeta de crédito correspondiente al mes inmediato anterior a la fecha en que se materializó formalmente el desempleo.

En caso que el ASEGURADO cuente con el sistema de cuotas, sólo se considerarán aquellas cuotas mensuales que tengan su origen en compras efectuadas hasta la última fecha de facturación, debiendo tener ésta como mínimo una antigüedad de 30 días calendario antes de la fecha de término de la relación laboral. Por otra parte, si se trata de cuentas con saldo refundido, el monto máximo a indemnizar corresponderá a un máximo de 12 pagos mensuales de la cuota mínima mostrada en el último estado de cuenta de la tarjeta de crédito como mínimo 30 días naturales antes de la fecha de término de su relación laboral. En cualquier caso, el monto máximo a indemnizar por evento ascenderá al monto máximo contratado en la presente póliza.

No se podrá efectuar ninguna reclamación por desempleo involuntario y/o incapacidad temporal durante el periodo de doce (12) meses que siga a una reclamación anterior.

Incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad – Beneficios

Si durante la vigencia del seguro, una vez superado el Periodo de Carencia de sesenta (60) días naturales, el ASEGURADO se encuentra súbitamente sin poder trabajar y sin percibir ingreso alguno por su actividad independiente a consecuencia de una Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad, LA ASEGURADORA indemnizará al Beneficiario por el monto adeudado en la tarjeta de crédito especificada en la solicitud de seguro hasta un máximo del límite contratado siempre y cuando se cumplan las condiciones definidas para su pago mientras el ASEGURADO permanezca incapacitado para trabajar. Para la determinación del monto de las cuotas cubiertas, se considerará el pago mínimo mostrado en el último estado de cuenta de la tarjeta de crédito, el cual deberá tener una antigüedad mínima de 30 días naturales previos a la fecha en que formalmente se materializó el desempleo del ASEGURADO. Esto quiere decir que, en el caso que el último estado de cuenta de la tarjeta de crédito no cumpla con esa antigüedad, se solicitará el estado de cuenta de la tarjeta de crédito correspondiente al mes inmediato anterior a la fecha en que se materializó el siniestro.

En caso que el ASEGURADO cuente con el sistema de cuotas, sólo se consideraran aquellas cuotas mensuales que tengan su origen en compras efectuadas hasta la última fecha de facturación, debiendo tener esta como mínimo una antigüedad de 30 días calendario antes de la fecha de ocurrencia del siniestro. Por otra parte, si se trata de cuentas con saldo refundido, el monto máximo a indemnizar corresponderá a un máximo de 12 pagos mensuales de la cuota mínima mostrada en el último estado de cuenta de la tarjeta de crédito como mínimo 30 días naturales antes de la fecha de de la ocurrencia del siniestro. En cualquier caso, el monto máximo a indemnizar por evento ascenderá al límite contratado.

No se podrá efectuar ninguna reclamación por desempleo involuntario y/o incapacidad temporal, durante el periodo de doce (12) meses que siga a una reclamación anterior.

En los casos de Incapacidad Temporal por Enfermedad y/o Accidente, el pago se realizará siempre y cuando el ASEGURADO permanezca en dicho estado por un periodo que exceda el deducible de 30 días naturales.

CONDICIONES DE LOS RIESGOS CUBIERTOS

ARTÍCULO 5º

Se entenderán como causales de desempleo involuntario únicamente las que a continuación se mencionan:

- a) Trabajadores formales con contrato de trabajo indefinido, incorporados en la planilla de pago de remuneraciones, con cotizaciones previsionales y que correspondan a la 5ª categoría del Régimen Tributario.

Solo se cubrirá el desempleo proveniente de las siguientes causales, en la medida en que se cumpla con una antigüedad laboral mínima de doce (12) meses ininterrumpidos, con el mismo empleador, al momento del siniestro:

- Detrimento de la facultad física o mental o la ineptitud sobrevenida determinante para el desempeño de sus tareas (Artículo 23º de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral) que deberá ser debidamente certificado por ESSALUD y/o el Ministerio de Salud por intermedio de una junta médica.
- El rendimiento deficiente en relación con la capacidad del trabajador y con el rendimiento promedio en labores y bajo condiciones similares (Artículo 23º de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral) previa verificación de la autoridad administrativa de trabajo, así como del sector al que pertenece el trabajador.
- Despido arbitrario, solo después de que se haya materializado el pago de indemnización a la que tiene derecho el trabajador.
- Despido Colectivo (mínimo el 10% del personal), solo después de que el cese colectivo se haya materializado, lo anterior debidamente acreditado en cumplimiento del trámite establecido en los Artículos 46º al 52º de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral.

- b) Trabajadores formales con contrato especial.

Solo se cubrirá el desempleo proveniente del término de los siguientes tipos de contrato, en la medida que se cumpla con una antigüedad laboral mínima de doce (12) meses ininterrumpidos con el mismo empleador al momento del siniestro:

- Contrato por inicio o lanzamiento de una nueva actividad.
- Contrato por necesidad de mercado.
- Contrato por reconversión empresarial.

Asimismo, en caso que un contrato especial se transforme en contrato indefinido, se sujetará a las normas definidas en el literal a) de este artículo, manteniendo para efectos del seguro la antigüedad laboral original, siempre y cuando exista continuidad laboral con el mismo empleador.

c) Empleados Públicos.

Se cubrirá el desempleo que se origine por el despido del trabajador de acuerdo a lo que sus respectivas normas y estatutos establezcan, siempre que no sea imputable a la conducta del trabajador, y en la medida en que cumpla con una antigüedad laboral mínima de doce (12) meses ininterrumpidos con el mismo empleador al momento del siniestro.

d) Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales

Se cubrirá el desempleo que se origine por los siguientes casos:

- Retiro temporal o absoluto, contemplado en sus respectivas leyes orgánicas, estatutos y reglamentos de personal, pero única y exclusivamente en la medida en que la causal de cesantía invocada cumpla con los siguientes requisitos:
 - Que el retiro o baja se deba a causa no imputable a la voluntad o a la conducta del miembro de las Fuerzas Armadas o Policiales.
 - Que el retiro o baja no implique para el integrante retirado o dado de baja el pago de una pensión o jubilación por dicho concepto.
- Invitación al retiro o renovación administrativa.

RIESGOS NO CUBIERTOS (EXCLUSIONES)

ARTICULO 6º

Dependiendo de las coberturas establecidas, las indemnizaciones previstas en esta póliza no se concederán si el desempleo del ASEGURADO, sufrido durante la vigencia de la póliza se debiera directa o indirectamente, total o parcialmente a:

Desempleo Involuntario

- Fallecimiento del ASEGURADO.
- Desempleo involuntario que se inicie dentro del periodo de carencia de sesenta (60) días contado desde la fecha de inicio del seguro.
- Jubilación, pensión o retiro anticipado del ASEGURADO.
- Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del ASEGURADO, excepto los casos indicados en las condiciones particulares.
- Participación en paros, disputas laborales o huelgas.
- Cuando el ASEGURADO haya sido informado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, de algún programa por parte de su empleador para reducir la planilla laboral o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan el área de trabajo del ASEGURADO.
- Condiciones mentales del ASEGURADO.
- Pérdida de empleo del ASEGURADO notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza.
- Terminación de un contrato de trabajo temporal, no considerado contrato especial de trabajo bajo los términos de la presente póliza.
- Despido por falta grave o causas justificadas según lo indica la ley.
- Liquidación o cierre de la empresa donde laboraba el trabajador.
- Guerra civil internacional, declarada o no; radiación nuclear.

Incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

- Fallecimiento del ASEGURADO.
- Incapacidad Temporal del asegurado que se inicie dentro del periodo de carencia de sesenta (60) días desde la contratación del seguro.
- Accidentes causados por participar en servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección, actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el ASEGURADO

- Salvo pacto en contrario, esta póliza no ampara accidentes que se originen por participar en actividades como:
 - Aviación privada cuando el ASEGURADO participe como tripulante o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el ASEGURADO.
 - Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres en las que participe directamente el ASEGURADO.
 - Practica no profesional de deportes y actividades de riesgo, tales como carreras de automóviles, motocicletas, motonetas, incluyendo las de agua, así como carreras de bicicletas o caminata de montaña o practica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, tabla hawaiana, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza de fieras, andinismo, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.
- Suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
- Los accidentes que se produzcan cuando el ASEGURADO se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez, o bajo el efecto de drogas, o en estado de sonambulismo. Se considera que existe ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroja un resultado mayor de 0.50 gr./lt. al momento del accidente. Las partes convienen en establecer, para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr. /lt. por hora, conforme a la fórmula utilizada por la Sanidad de la Policía Nacional.
- Lesiones sufridas por culpa grave del ASEGURADO como consecuencia del uso de estimulantes; excepto si fueron prescritos por un médico.
- Accidentes originados por hacer uso de enervantes, estimulantes o cualquier droga ilegal u otra sustancia similar, salvo que se demuestre prescripción médica.
- Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un accidente.
- Enfermedades o condiciones médicas preexistentes a la contratación del seguro.
- Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas en la columna vertebral.

ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

ARTICULO 7º: Sin perjuicio de lo establecido en el presente condicionado, la póliza se registrará por las siguientes estipulaciones:

Nuevos ingresos: personas que cumplan con los requisitos establecidos en esta póliza y que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos, podrán ser incluidas siempre y cuando llenen la solicitud de seguro correspondiente.

Certificado individual: LA ASEGURADORA expedirá un certificado para cada uno de los asegurados, miembros del grupo asegurado, el cual será entregado al contratante al momento de la venta y contendrá como mínimo la siguiente información: número de póliza, número de certificado, datos de identificación de la empresa de seguros, del contratante, del ASEGURADO y del beneficiario, vigencia del seguro, fecha de inicio y de término de la cobertura, monto de la prima, forma de pago de la prima, descripción del interés asegurado, riesgos cubiertos, exclusiones, sumas aseguradas y deducibles.

Inicio De Cobertura: Ver Artículo 2: Fecha de incorporación del ASEGURADO.

Duración de la Cobertura: Esta póliza tiene vigencia anual y se inicia en la fecha y hora establecidas en el sumario de la póliza o en las Condiciones Particulares, siempre que se haya pagado la prima, según lo pactado. La póliza no será renovada automáticamente, no obstante ello vencido el plazo del contrato, la cobertura podrá ser extendida por un plazo igual y bajo los términos y condiciones propuestos por LA ASEGURADORA, que podrían incluir el aumento de primas y deducibles y/o cambios en las coberturas.

El cambio de primas y deducibles y/o cambios se realizarán cuando los resultados del programa lo requieran.

En caso que cambien las condiciones de la presente póliza, antes de su vencimiento, LA ASEGURADORA enviará a el contratante y/o ASEGURADO la póliza con los nuevos términos y condiciones que regirán en el año siguiente, salvo que EL ASEGURADO haya comunicado previamente a LA ASEGURADORA su voluntad de no continuar con el contrato.

La resolución del contrato dará lugar a la consecuente pérdida de los derechos del ASEGURADO desde el día de la ocurrencia de alguna de las causales señaladas en este artículo.

La resolución del contrato no afecta los derechos devengados a favor de EL ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, salvo en los casos de incumplimiento de pago de las primas.

Si la ASEGURADORA da por terminado el contrato sin que medie causal de resolución imputable al ASEGURADO, devolverá la parte de la prima no devengada que hubiere.

Si el contrato termina por resolución solicitada por el ASEGURADO o por causal de resolución a él imputable; no tendrá derecho a devolución de prima alguna.

Cambio de condiciones: El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrán un plazo de quince (15) días naturales contados desde la recepción de la nueva póliza o de su certificado para comunicar

la aceptación de los términos y condiciones propuestos. Transcurrido dicho plazo se entenderá que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO han aceptado la póliza, la prima y las nuevas condiciones generales o particulares en ella establecidas. El pago de la nueva prima por parte del ASEGURADO es un acto que individualmente ratifica la aceptación a los cambios realizados.

En el caso de pólizas que se paguen mediante cargo en cuenta y/o débito automático a través de tarjeta de crédito, dicha ratificación opera transcurridos quince (15) días naturales desde que el ASEGURADO reciba su primer estado de cuenta, donde figure el primer cargo efectuado con el nuevo monto.

En el caso que el ASEGURADO no acepte los nuevos términos y condiciones de la póliza se entenderá que no ha continuado la cobertura y que ésta terminó automáticamente al término del plazo fijado en la póliza que fenece.

Queda establecido que el plazo de carencia se dará por cumplido en el supuesto que éste hubiere terminado durante la vigencia de los contratos anteriores. Asimismo no será necesario que se presente una nueva solicitud. Ambas concesiones se darán en tanto exista relación de continuidad.

No existe obligación de emitir una nueva póliza, y la cobertura no se considerará otorgada en los casos de falta de pago de primas, o por declaración falsa y/o reticente al contratar la primera póliza, o por reclamación fraudulenta durante la vigencia de cualquiera de las pólizas que se suscriban.

Terminación del seguro: Esta póliza podrá ser resuelta:

1. A solicitud del ASEGURADO: Queda entendido que el ASEGURADO podrá solicitar en cualquier momento su retiro del Seguro, para lo cual deberá notificarlo mediante carta simple dirigida a LA ASEGURADORA. La cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.
2. Resolución Automática: La cobertura del presente seguro cesará automáticamente respecto de un ASEGURADO en particular, al momento de ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:
 - a. Fallecimiento del ASEGURADO.
 - b. Que el ASEGURADO cumpla 65 años de edad.
 - c. Por falta de pago de la prima en la forma establecida. Se entenderá que el ASEGURADO ha incurrido en falta de pago de la prima cuando hubiere transcurrido treinta días (30) calendario desde la fecha de pago, sin que éste se hubiere realizado, en cuyo caso la cobertura se suspenderá automáticamente, no teniendo la ASEGURADORA obligación de indemnizar en caso de siniestro. Si la cobertura se mantiene suspendida por 90 días calendario, la póliza se resolverá automáticamente, es decir sin necesidad de comunicación previa; quedando la ASEGURADORA eximida de cualquier responsabilidad.
 - d. Si el ASEGURADO o cualquier otra persona que obre por cuenta de éste obstaculiza el ejercicio de los derechos de LA ASEGURADORA, estipulados en la presente póliza, o cuando presente documentos falsos, inexactos o adulterados.

3. A iniciativa de LA ASEGURADORA, la que en cualquier momento podrá dar por terminado el seguro, para lo cual informará por escrito al ASEGURADO y al CONTRATANTE con una anticipación de quince (15) días naturales.

Prima: La prima de esta póliza será la sumatoria correspondiente a la prima de cada uno de los Asegurados que forman parte del Grupo ASEGURADO.

Modificaciones al contrato: Para que sea válida, toda modificación de la póliza deberá ser hecha por escrito, por medio de un endoso firmado por los funcionarios autorizados de LA ASEGURADORA y el tomador o CONTRATANTE del seguro. Los avisos y comunicaciones que con relación a la póliza intercambien las partes deberán ser formulados por escrito.

Para la modalidad de prima mensual, la exclusión de asegurados se realizará en la fecha que se recepciona la carta del contratante comunicando la exclusión.

Los cambios o modificaciones de la póliza tanto en primas como en coberturas serán informados a los asegurados mediante carta simple.

Rehabilitación de la póliza

No obstante lo dispuesto en el artículo 11 de este Condicionado General sobre el pago de primas, el ASEGURADO podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al último día del periodo señalado en dicha cláusula, y antes de que la póliza quede resuelta por falta de pago, pagar la prima originalmente acordada para este seguro. En este caso, por el solo hecho de realizar el pago mencionado, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago.

CARGAS Y OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

ARTICULO 8º

Obligaciones del Contratante

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de esta póliza:

- Comunicar a LA ASEGURADORA los ingresos al Grupo ASEGURADO dentro de los treinta (30) días naturales siguientes, remitiendo la solicitud de seguro respectiva al ingreso de cada ASEGURADO.
- Comunicar a LA ASEGURADORA las exclusiones del grupo asegurado dentro de los treinta (30) días naturales.
- Comunicar a LA ASEGURADORA los reclamos y/o solicitudes de los asegurados dentro de los diez (10) días naturales siguientes de su presentación.
- Dar aviso a LA ASEGURADORA de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a algún cambio en el monto de las Indemnizaciones, de acuerdo con lo establecido en el sumario o certificado de la póliza. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de quince (15) días naturales de ocurrido el cambio y los nuevos montos entrarán en vigor desde la fecha en que se comunica el cambio de condiciones.

Obligaciones del ASEGURADO

El ASEGURADO tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de esta póliza:

- Pagar la prima mensual.
- Presentar en los plazos establecidos, la documentación e información que se le requiera para la acreditación del siniestro, o bien para acreditar la continuidad de su desempleo. La no presentación de estos antecedentes, en cualquiera de las cuotas reclamadas, significará el rechazo de la indemnización pretendida y el cierre automático del siniestro.
- Avisar al Contratante y/o a LA ASEGURADORA, apenas haya encontrado un nuevo trabajo, en el plazo máximo de diez (10) días naturales, con lo cual automáticamente se dará por cerrado el siniestro. En caso se acreditase fehacientemente que el ASEGURADO percibió el pago de una o varias cuotas indemnizadas por LA ASEGURADORA, encontrándose éste trabajando, facultarán a LA ASEGURADORA a solicitar el recupero de los montos pagados en exceso, sin perjuicio del termino inmediato de la cobertura individual.
- Aportar la información y/o documentación que LA ASEGURADORA pudiera solicitarle con la finalidad de evaluar la procedencia del reclamo.
- No tener deudas atrasadas con la institución financiera a la fecha de contratación del seguro y durante la vigencia de la presente póliza.

El incumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostrase la imposibilidad de ser cumplidas, hace perder todo derecho de indemnización, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este seguro, no pudiendo en caso alguno el "ASEGURADO" o su beneficiario, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la póliza o el desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.

PAGO DEL SINIESTRO

ARTICULO 9º

El pago de la indemnización será efectuado por LA ASEGURADORA directamente al beneficiario de la póliza, que en este caso coincide con la persona del Contratante, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales corridos contados desde la aprobación de todos los documentos e información presentados para la liquidación del siniestro.

El pago de las cuotas cubiertas por el seguro cesará:

- Por el solo hecho de haberse reincorporado el ASEGURADO a una nueva relación laboral, ya sea como dependiente o de manera independiente.
- Por jubilación legal, anticipada o no, del ASEGURADO.

CONDICIONES LEGALES

AVISOS Y COMUNICACIONES

ARTICULO 10º

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a LA ASEGURADORA en el domicilio social indicado en la carátula o certificado de la póliza.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de LA ASEGURADORA llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, ésta deberá comunicar al ASEGURADO la nueva dirección en la República del Perú para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a LA ASEGURADORA, así como para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que LA ASEGURADORA deba hacer al ASEGURADO, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca LA ASEGURADORA.

PAGO DE PRIMAS Y CONDICIONES DE PAGO

ARTICULO 11º

El pago de la prima surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que LA ASEGURADORA o la entidad financiera autorizada reciba su importe. Carece de validez el recibo que no se encuentre debidamente sellado y firmado por el representante de LA ASEGURADORA o por la entidad financiera autorizada.

Queda establecido que LA ASEGURADORA podrá modificar el monto de la prima y el deducible, así como cualquier otra condición y/o término de la póliza, según lo establecido en la cláusula de duración de la cobertura.

Para todo lo que no se encuentre estipulado en esta cláusula y en las siguientes referidas al pago de la prima será de aplicación la Resolución SBS N° 225-2006 o la norma que la sustituya.

La prima se paga al contado, conforme al acuerdo que adopten las partes.

Los cheques y otras órdenes de pago surtirán efecto cancelatorio desde el día en que fueran efectivamente pagados.

El ASEGURADO gozará de un periodo de treinta (30) días calendario para pagar la prima mensual, y en forma sucesiva deberá pagar cada prima mensual durante el periodo de vigencia de la póliza junto con la cuota mensual que le corresponde pagar de su tarjeta de crédito. En caso de ocurrir un siniestro durante el periodo de treinta (30) días naturales indicado, el ASEGURADO tendrá la obligación de pagar la prima mensual correspondiente a cada mes durante el plazo que dure el desempleo.

En caso que el cargo no se realice en la forma y frecuencia señaladas, por causas imputables al ASEGURADO , éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima en las oficinas de LA ASEGURADORA, o abonar en la cuenta que le indique ésta última; el comprobante de pago acreditará el cumplimiento. Si el ASEGURADO no cumple con pagar la prima directamente a LA ASEGURADORA o no cumple con efectuar los pagos en forma mensual la cobertura se suspenderá inmediatamente, de acuerdo a lo previsto en el artículo 12° del presente condicionado.

En el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a cuenta bancaria, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la prima.

DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE ARTICULO 12°

Esta póliza será nula y el ASEGURADO carecerá de todo derecho a indemnización bajo la misma, si realizara cualquier declaración falsa o inexacta, omitiera información, cometiera reticencia o simule circunstancias , en cualquier tiempo, y aún cuando haya sido efectuada de buena fe, de haber sido conocida por LA ASEGURADORA, pudiera haberla llevado a modificar sus condiciones, a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo, retraerse de celebrar este Contrato de Seguro o inclusive a anularlo. En estos casos, la prima pagada quedará a favor de LA ASEGURADORA.

RECLAMACION FRAUDULENTA ARTÍCULO 13°

LA ASEGURADORA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho de indemnización y se procederá a la resolución automática de la póliza, si:

- a) El ASEGURADO y/o sus Beneficiario s o terceras personas que obren por cuenta de ellos presentan una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en declaraciones o documentos falsos o adulterados.
- b) El ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éste o con su conocimiento, empleen medios o documentos falsos o adulterados para sustentar una reclamación o para derivar beneficios de la cobertura otorgada por la presente póliza.

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA ARTICULO 14°

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo que señala la Legislación Peruana. LA ASEGURADORA quedará libre de la obligación de pagar los gastos ocasionados por el siniestro, a menos que esté en tramitación un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLAUSULAS

ARTICULO 15º

En caso de producirse discrepancia entre diversas condiciones o cláusulas que forman parte de la póliza, en orden descendente de jerarquía, las Especiales prevalecen sobre las Particulares, las Particulares sobre las Generales, y las primeras sobre las últimas.

GASTOS Y TRIBUTOS

ARTICULO 16º

Todos los gastos y tributos presentes y futuros que graven esta póliza, sus primas, sumas aseguradas o indemnizaciones por siniestros, serán de cargo del ASEGURADO, salvo cuando la ley lo declare expresamente a cargo de LA ASEGURADORA.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

ARTICULO 17º

La presente cláusula establece el derecho del ASEGURADO y/o usuario de los servicios de seguros de acudir a la Comisión de Defensa del ASEGURADO para procurar resolver las controversias que surjan entre el ASEGURADO y la Empresa de Seguros, en la atención de los siniestros, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Comisión de Defensa del ASEGURADO.

El ASEGURADO y/o Usuario podrá hacer uso de ella en caso que no se encuentre conforme con la decisión de la Empresa de Seguros en la atención de un siniestro.

Condiciones específicas:

- a) La Comisión de Defensa del ASEGURADO está orientada a la protección de derechos de los ASEGURADOS o usuarios de los servicios de seguro, procurando la solución de reclamos por siniestros que los asegurados sometan para su pronunciamiento.
- b) El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO y/o usuario.
- c) Procede sólo para atender reclamos por siniestros formulados por ASEGURADOS que sean personas naturales o jurídicas, que no excedan de US \$ 50,000 de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de la Empresa de Seguros.
- d) Quedan excluidos del ámbito de competencia los reclamos provenientes de siniestros del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y los seguros de Invalidez, Sobrevivencia y Gastos de Sepelio del Sistema Nacional de Pensiones.
- e) El reclamo se debe presentar por escrito a la Comisión de Defensa del ASEGURADO dentro de sesenta (60) días calendario computados a partir de la fecha en que es denegado por la Empresa de Seguros.
- f) La Comisión de Defensa del ASEGURADO resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de completado el expediente.
- g) La resolución no obliga al ASEGURADO ni limita su derecho a recurrir posteriormente a las instancias administrativas, arbitrales, judiciales o del Ministerio Público.
- h) Cualquiera de las partes podrá interponer recurso de revisión ante el mismo órgano y dentro del plazo de cinco (5) días hábiles de su notificación, debiendo indicar el motivo, vicio o error en que sustenta el recurso, no pudiendo formularse un pedido de revisión

general. La Defensoría del ASEGURADO resuelve dentro del plazo de diez (10) días hábiles.

- i) En caso se interponga recurso de revisión, el plazo a que se hace referencia en el párrafo anterior se computará desde la notificación de la resolución que da por absuelto el pedido.
- j) Las demás cláusulas y condiciones de la póliza permanecen inalterables.

MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: ARTICULO 18º

En caso de presentarse divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta póliza se someterán a la jurisdicción de los jueces y tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a ley.

TERMINOS Y DEFINICIONES ARTICULO 19º

Para todos los efectos de esta póliza, los siguientes términos y frases tendrán el significado que a continuación se señala:

Accidente cubierto: Toda lesión corporal sufrida por el ASEGURADO como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. No se considerarán accidentes las lesiones corporales sufridas intencionalmente por el ASEGURADO.

No se consideran como accidentes los llamados “accidentes médicos” o hechos que sean consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el ASEGURADO o por mala práctica médica.

Asegurado: Es la persona física que se encuentra cubierta por la presente póliza y que aparece señalada como tal en la carátula o certificado de la misma y que se encuentra expuesta al riesgo de Desempleo Involuntario o Incapacidad Temporal según los términos y condiciones de este contrato de seguro.

Aseguradora: Se refiere al PACIFICO PERUANO SUIZA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Beneficiario: Es la entidad bancaria que aparece como CONTRATANTE de esta póliza y de la cual los asegurados son sus clientes al contar con una tarjeta de crédito emitida por ella.

Para todos los efectos el beneficiario de las indemnizaciones originadas por esta póliza es el Contratante que aparece señalado como tal en la carátula o certificado de la misma.

Grupo ASEGURADO: Se define como Grupo ASEGURADO al conjunto de personas que el Contratante de la póliza va designando como Asegurados y que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece LA ASEGURADORA.

Contratante: El contratante de la póliza es la entidad bancaria que celebra el contrato de seguro con LA ASEGURADORA.

Desempleo Involuntario: Es la condición por la que atraviesa el ASEGURADO al perder su fuente de ingreso, siempre que se den los supuestos señalados en esta póliza.

Enfermedad cubierta: Toda alteración de la salud sufrida por el ASEGURADO que se origine mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza y sea independiente a hechos accidentales.

Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad: Se entenderá como tal la condición permanente que sufra el ASEGURADO por causa de un accidente y/o enfermedad que le impida el desempeño de su trabajo habitual, existiendo la posibilidad de recuperación y de volver a encontrarse en condición de retomar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes.

Enfermedades y/o condiciones médicas preexistentes: Significa cualquier padecimiento que, con fecha anterior a la que se inició la cobertura para cada ASEGURADO:

- a) Haya sido de los que por sus síntomas o signos no puede pasar desapercibido: o
- b) Haya sido aparente a la vista; o
- c) Haya sido diagnosticado previamente por un médico.

Para tales efectos se entenderá como signo cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecte objetivamente mediante exploración médica. Síntoma es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que, por sus síntomas o signos, ésta no pudiera pasar desapercibida, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento, o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del Contrato.

El ASEGURADO podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de LA ASEGURADORA, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. LA ASEGURADORA acepta que si el ASEGURADO acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al ASEGURADO.

En este caso, se sujetará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

De no ser procedente la reclamación del ASEGURADO, los gastos que se generen con motivo del arbitraje correrán a cargo de este último.

Periodo de Carencia: Se define como el periodo de sesenta (60) días naturales contados a partir de la fecha de inicio de la cobertura durante el cual el ASEGURADO no estará amparado por el seguro. Este periodo deberá cumplirse cada vez que se ingrese al Seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del seguro que no sea la continuidad inmediata de un seguro anterior con la misma ASEGURADORA.

Póliza: Es el presente contrato de seguro incluyendo sus anexos, carátula, certificados y los endosos que sean emitidos por LA ASEGURADORA, así como la solicitud de seguro y

cuestionarios, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el ASEGURADO y LA ASEGURADORA.

Trabajador Dependiente: Trabajador que mantiene vínculo laboral.

Trabajador Independiente: Aquel trabajador que no se encuentra comprendido en la definición precedente.