

**SEGURO DE VIDA EN GRUPO OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES
RENOVABLE ANUALMENTE
“VIDA LEY”**

CONDICIONES GENERALES

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la Compañía, emite a usted, en adelante el Contratante, la presente póliza sobre la vida de los Asegurados a que se refiere la presente póliza, de conformidad con lo establecido por el Decreto Legislativo N° 688. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguros:

- **Accidente:** Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.
En consecuencia, el fallecimiento o invalidez del Asegurado como consecuencia de cualquier enfermedad corporal o mental, de tratamientos médicos o quirúrgicos por enfermedad, o causa de los denominados accidentes médicos, tales como apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis o ataques epilépticos, no se considerarán accidentales.
- **Asegurado:** El trabajador que figure en los registros del Contratante y que haya sido declarado a la Compañía (Asegurado Obligatorio).
- **Beneficio, Capital Asegurado o Suma Asegurada:** Es el importe que será pagado por la Compañía al Asegurado o a los Beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro, bajo los términos de la póliza.
- **Cláusula Adicional:** Se refiere a la o las coberturas opcionales contratadas sobre el Asegurado y que son complementarias y forman parte del Contrato de Seguro.
- **Contratante:** Es la persona que suscribe la póliza con la Compañía y la obligada al pago de la prima.
- **Días:** Días calendario, salvo que la póliza establezca expresamente lo contrario.
- **Endoso:** Es el documento mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales o Particulares de la póliza. Los endosos surten efectos una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía y el Contratante, según corresponda.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia por la póliza principal contratada o Cláusula Adicional y que se encuentran expresamente indicadas.
- **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienza a regir la cobertura del seguro.
- **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** De acuerdo con lo establecido por el Decreto Legislativo N° 688, 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 al Asegurado realizar algún 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 total de ambas manos.
- f) Pérdida total de ambos pies.
- g) Pérdida total de una mano y un de pie.
- h) Otros que se puedan establecer por 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.

Se deja expresa constancia que la Compañía cubrirá aquella Invalidez Total y Permanente que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del presente contrato, se manifieste dentro de los dos (02) años siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

- **Muerte Natural:** Es el fallecimiento o deceso del Asegurado por causas naturales no accidentales. **No se considera causa natural el suicidio ni la muerte provocada por lesiones inferidas por el propio Asegurado.**
- **Muerte Accidental:** Se entiende por muerte accidental aquella producida por causas que cumplen la condición de accidente definida en la presente póliza.
- **Póliza:** Es el documento emitido por la Compañía en el que consta el Contrato de Seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.
- **Prima:** Es el valor determinado por la Compañía, como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **Remuneración 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, hasta el tope de una Remuneración Máxima, 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. Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo se considera el promedio de las percibidas en los últimos meses.
- **Siniestro:** Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran el riesgo asegurado (cobertura) previsto en el contrato de seguro. Para que el siniestro se encuentre cubierto bajo la presente póliza, éste no deberá haberse configurado por alguno de los supuestos de exclusión establecidos en la póliza; asimismo, deberá cumplirse con las condiciones establecidas en el presente contrato de seguros.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS

La póliza es el único documento válido para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

El Contratante deberá devolver el cargo de recepción de la póliza debidamente firmado en señal de conformidad, cuando corresponda. El incumplimiento de dicha obligación no significará la resolución del contrato ni la anulación de la póliza.

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

1. Los Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros
2. Las Cláusulas Adicionales
3. Las Condiciones Particulares
4. Las Condiciones Generales

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo a su jerarquía e importancia; de existir alguna contradicción entre ellos, se entenderá que los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo.

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza, a lo dispuesto por el Decreto Legislativo N° 688 y/o modificatorias; y, supletoriamente, a las disposiciones contenidas en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, y sus normas modificatorias, sustitutorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

QUINTA: BASES DEL CONTRATO – DECLARACIONES DEL CONTRATANTE:

Toda declaración inexacta o reticente formulada por el Contratante, que de haber sido conocida por la Compañía hubiera impedido la celebración del contrato o modificado las condiciones del mismo, determina la nulidad del contrato, si media dolo o culpa inexcusable. En dichos supuestos el Contratante, el Asegurado y/o los beneficiarios carecerán de todo derecho a indemnización bajo la póliza, quedando la Compañía liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo indicado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del contrato o del acto de afiliación, la Compañía devolverá las primas pagadas que correspondan, sin intereses ni impuestos, y disminuidas en un monto máximo equivalente a las primas pagadas por el primer año de duración de la póliza.

SEXTA: FECHA DE INICIO DE VIGENCIA Y PLAZOS DE LA PÓLIZA

La póliza inicia su vigencia en la fecha indicada en las Condiciones Particulares y se emite con vigencia anual de acuerdo con lo indicado en la Cláusula Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación del Seguro".

La cobertura otorgada a cada Asegurado, en virtud de esta póliza, empezará a las cero horas del primer día del mes en que éste hubiera sido incluido por primera vez como Asegurado en la declaración de planillas presentada por el Contratante; y, se mantendrá vigente mientras concurren las siguientes circunstancias: **(i)** la póliza se mantenga vigente; **(ii)** el Asegurado siga perteneciendo a la planilla del Contratante; **(iii)** el Contratante lo continúe incluyendo en su declaración de planillas; **(iv)** el Contratante continúe efectuando el pago de la prima correspondiente al Asegurado; y, **(v)** no se produzcan los supuestos de resolución, extinción y/o nulidad del seguro establecidos en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Terminación de la Cobertura".

SÉPTIMA: RENOVACIÓN DEL SEGURO

La póliza se emite con vigencia anual. Transcurrido este periodo, la presente póliza se renovará en forma automática, salvo que el Contratante o la Compañía manifiesten, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación. La renovación de la presente póliza se realizará en las mismas condiciones a excepción de lo dispuesto en el siguiente párrafo.

El monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza no regulada en el Decreto Legislativo N° 688, podrán ser modificadas en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación por escrito de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. En dicha comunicación, la Compañía detallará las modificaciones en caracteres destacados. El Contratante tendrá un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas y la Compañía emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

Sin perjuicio de lo antes indicado, durante la vigencia anual de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales distintos a los contenidos en el Decreto Legislativo N° 688, sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de la vigencia anual correspondiente, luego de lo cual no procederá la renovación.

OCTAVA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de fallecimiento natural o accidental, así como de Invalidez Total y Permanente por Accidente en los términos definidos en el Decreto Legislativo N° 688, de alguno de los Asegurados bajo la presente póliza, la Compañía pagará a los beneficiarios la suma asegurada señalada en la Cláusula Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Importe del Beneficio o Suma Asegurada".

NOVENA: IMPORTE DEL BENEFICIO O SUMA ASEGURADA

El beneficio o suma asegurada garantizada por este seguro depende de la cobertura aplicable (riesgo cubierto):

- a) **Muerte Natural:** 16 remuneraciones, calculadas en base al promedio de remuneraciones mensuales asegurables percibidas en el último trimestre por el trabajador asegurado hasta el mes previo a su fallecimiento.
- b) **Muerte Accidental:** 32 remuneraciones, calculadas en base a la remuneración mensual asegurable percibida por el trabajador asegurado en la fecha previa al accidente.

c) **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** 32 remuneraciones, en base a la remuneración mensual asegurable percibida por el trabajador asegurado en fecha previa al accidente.

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 por Accidente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

En ese sentido, para el pago del beneficio o suma asegurada se tomará en cuenta las remuneraciones mensuales asegurables declaradas por el empleador, las cuales deben estar 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 remunerativos, **hasta el tope de una Remuneración Máxima**, 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.

Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo, el monto del beneficio o capital que corresponda abonar (suma asegurada), sea cual fuere la contingencia, se establecerá en base al promedio de las comisiones percibidas en los últimos meses.

En ningún caso, la remuneración mensual asegurable podrá exceder de la Remuneración Máxima establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones, en cuyo caso, las remuneraciones mensuales establecidas tanto para el pago de la prima como aquellas que se utilicen para el cálculo del beneficio, no podrán exceder de la remuneración máxima asegurable antes indicada. **En consecuencia, el beneficio máximo por muerte natural, accidental, e invalidez total y permanente por accidente será de 16, 32 ó 32 remuneraciones máximas, respectivamente.**

Si el Contratante declarase una suma total de remuneraciones mensuales menor a la que figura en planilla y boletas de pago, será considerado como su propio asegurador por la parte proporcional correspondiente a la diferencia entre el monto declarado y el que debió declarar. Para tal efecto, en caso de siniestro, la Compañía revisará las sumas totales declaradas durante los últimos seis (6) meses y de no corresponder éstas a las que debieron declararse, se aplicará la regla proporcional.

Si el Contratante declarase remuneraciones mayores a las determinadas según la definición establecida en el presente documento, el exceso no será considerado para efectos del pago del beneficio establecido en la presente póliza, debiendo la Compañía devolver al Contratante el valor de las primas pagadas en exceso, sin intereses.

DÉCIMA: DECLARACIÓN DE PLANILLAS Y PAGO DE PRIMAS

Dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes de cobertura, el Contratante deberá presentar en las oficinas de la Compañía la declaración de planillas con la información nominativa de los Asegurados, indicando nombre y apellido, documento de identidad, fecha de nacimiento y sexo, así como la suma total de remuneraciones mensuales asegurables, de acuerdo con el detalle que le será indicado por la Compañía en las Condiciones Particulares.

La Compañía calculará la prima aplicando a la remuneración mensual asegurable declarada por el Contratante, la(s) tasa(s) indicada(s) en las Condiciones Particulares. La(s) tasa(s) y la forma de pago de la prima se establecen en las Condiciones Particulares de la póliza, y podrán ser modificadas por acuerdo de las partes o en la renovación del seguro.

La Compañía emitirá y hará llegar al Contratante la liquidación de primas correspondiente, dentro de los cinco (5) días siguientes de recibida la declaración de planillas. La prima liquidada deberá ser cancelada hasta el último día hábil del mes al que corresponde la cobertura (fecha de vencimiento de pago), sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, en la forma indicada en las Condiciones Particulares. La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Contratante que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. Se requiere el pago por adelantado de la prima inicial para que la cobertura entre en vigencia.

Se deja expresa constancia que la falta de presentación de la declaración de planillas en la forma y plazos establecidos por parte del Contratante, impedirá la liquidación de la prima mensual correspondiente y, por ende, el incumplimiento del pago de la prima a consecuencia de ello, será atribuible al Contratante, aplicándose las disposiciones contenidas en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Consecuencias del Incumplimiento de Pago de Primas”.

Asimismo, en caso que cualquier prima o fracción de prima no pudiese ser pagada en la forma y plazos acordados, será de aplicación lo dispuesto en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Consecuencias del Incumplimiento de Pago de Primas”.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 7° del Decreto Legislativo N° 688, modificado por Ley 26645, en los casos de suspensión de la relación laboral a que se refiere la ley, a efectos que el trabajador pueda continuar asegurado bajo la presente póliza, el Contratante estará obligado a continuar pagando las primas correspondientes sobre la base de la última remuneración percibida antes de la suspensión, dejándose constancia del pago en la planilla y boletas de pago.

DÉCIMO PRIMERA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMAS

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7° del Decreto Legislativo N° 688, en caso se incumpla con el pago de la prima en el plazo y forma establecidos en la presente póliza, la cobertura del presente seguro será asumida por el Contratante. En tal sentido, si se produjera un siniestro estando impaga la prima, el Contratante deberá pagar a los beneficiarios del Trabajador Asegurado afectado, el importe de la cobertura que corresponda, según lo dispuesto en la Cláusula Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Importe del Beneficio o Suma Asegurada” y en el artículo 12° del Decreto Legislativo N° 688.

A efectos de rehabilitar la cobertura de la póliza, se requiere que el Contratante realice previamente el pago total de las primas vencidas. La cobertura a cargo de la Compañía vuelve a tener efectos a partir de las 00:00 horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La rehabilitación tendrá por objeto dar continuidad a la póliza de seguro; pero en ningún caso dará cobertura a aquellos siniestros ocurridos en situación de incumplimiento de pago de primas, situación que se regirá por lo establecido en el párrafo anterior.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido. Se entiende por reclamo del pago de primas, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza de pago de primas por parte de la Compañía.

DÉCIMO SEGUNDA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE

El Contratante podrá solicitar, en cualquier momento, la resolución de la póliza a través de una comunicación dirigida a la Compañía. Si a comunicación se realiza por escrito, el Contratante deberá adjuntar los siguientes documentos:

- (i) Tratándose de Personas Naturales, copia de su Documento de Identidad.
- (ii) Tratándose de Personas Jurídicas, copia de la ficha R.U.C del Contratante, y Documento de Identidad del representante legal.

En este supuesto, el Contratante, en su calidad de empleador, comunicará a los Asegurados incorporados a la presente póliza, con por lo menos quince (15) días de anticipación a la fecha de resolución, su decisión de resolver el contrato de seguro y que como consecuencia de ello terminará la cobertura otorgada a los Asegurados.

Se deja expresa constancia que la solicitud de resolución tendrá efectos desde su notificación y que el Contratante ha sido informado y conoce las consecuencias que la resolución tiene sobre la cobertura del presente seguro.

DÉCIMO TERCERA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente póliza se resolverá por solicitud del Contratante de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza por parte del Contratante". Asimismo, la presente póliza se extinguirá al finalizar el periodo de vigencia anual de la póliza o de sus renovaciones en caso cualquiera de las partes manifieste su voluntad de no renovarla de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Renovación del Seguro"; o. por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde la fecha establecida en las Condiciones Particulares para realizar el pago de la prima de acuerdo a lo establecido en el artículo 21° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro.

Como consecuencia de la resolución o extinción de la presente póliza, terminarán las coberturas de todos los Asegurados afiliados a la misma y la Compañía quedará liberada de toda obligación indemnizatoria derivada del presente contrato.

Adicionalmente, el seguro se extinguirá respecto de cada Asegurado ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes hechos:

1. Cuando se produzca fallecimiento o invalidez del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, de conformidad con las condiciones del seguro.

2. Cuando el trabajador, por cualquier motivo, concluya su relación con el Contratante, salvo que se verifique el supuesto previsto en la Cláusula Décimo Cuarta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Continuación del Seguro en caso de Cese del Trabajador". En ese supuesto se producirá la novación de la obligación original con respecto a este Asegurado, el cual pasará de una cobertura de seguro grupal a una individual, en los términos que se indican en la citada cláusula.

Se deja expresa constancia que, en caso la cobertura del seguro se resolviese o extinguiese, la Compañía devolverá al Contratante la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se solicita la resolución o se toma conocimiento de la extinción de la póliza.

Además de las causales de terminación de la cobertura, se deja expresa constancia que el presente contrato de seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. Si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado"
2. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.
3. Si al tiempo de la contratación del seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad antes listados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Contratante, sin intereses y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente.

Las coberturas contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la póliza terminarán en la fecha estipulada para cada una de ellas en las Condiciones Particulares o ante la ocurrencia de cualquiera de los supuestos de resolución, extinción o nulidad detallados en la presente cláusula.

DÉCIMO CUARTA: CONTINUACIÓN DEL SEGURO EN CASO DE CESE DEL TRABAJADOR

En caso de cese del Trabajador Asegurado, éste puede optar por mantener su seguro de vida; para lo cual debe solicitarlo por escrito a la Compañía dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al término de la relación laboral y efectuar el pago de la prima, la misma que se calcula sobre el monto de la última remuneración percibida, hasta el tope de la remuneración máxima asegurable establecida para efectos del Seguro de Invalidez, Sobrevivencia y Gastos de Sepelio en el Sistema Privado de Pensiones.

La Compañía suscribirá un nuevo contrato de seguro denominado seguro de vida ley ex-trabajador con el trabajador que solicite la continuidad del seguro vida ley según lo dispuesto en el párrafo precedente, estableciendo una prima que no puede ser superior a la que abonaba el Contratante antes del cese de la relación laboral, extendiéndole una póliza de vida individual con vigencia anual renovable.

El seguro contratado mantendrá su vigencia siempre y cuando el asegurado cumpla con pagar la prima dentro del plazo que establece dicha póliza de seguros.

DÉCIMO QUINTA: EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688, el seguro “Vida Ley” no contempla exclusiones.

DÉCIMO SEXTA: PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA

La Compañía efectuará el pago que corresponda en sus oficinas, para lo cual los beneficiarios - directamente o a través del Contratante- deberán presentar el formato de Declaración de Siniestro proporcionado por la Compañía, debidamente llenado, adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

En caso de muerte natural o accidental:	En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente:
1. Partida o acta de defunción.	1. Certificación de Invalidez expedida por el Ministerio de Salud o los Servicios de Seguridad Social.
2. Certificado médico de defunción completo.	2. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).
3. Últimas tres boletas de pago.	3. Última boleta de pago.
4. Inscripción definitiva en Registros Públicos del Testamento o Sucesión Intestada, según corresponda.	
Adicionalmente, en caso de muerte accidental, deberá presentarse <i>copia certificada de</i> :	
1. Atestado o informe policial completo o Carpeta Fiscal.	

Asimismo, en caso de la documentación antes listada no esté claro si la condición del Asegurado encaja en los supuestos de invalidez de: (i) alienación mental absoluta e incurable; (ii) descerebramiento que impida efectuar trabajo u ocupación por el resto de la vida; o, (iii) fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente, se proporcionará a la Compañía copia fedateada de la Historia Clínica Completa y se le permitirá realizar las evaluaciones médicas que sean necesarias para verificar la configuración de la invalidez, las cuales serán programadas dentro de un plazo razonable. La programación de las evaluaciones podrá ser postergada de acuerdo a la disponibilidad del Asegurado.

Tratándose de las uniones de hecho a que se refiere el artículo 326° del Código Civil, la Compañía procederá de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16° del Decreto Legislativo N° 688, o la norma que lo modifique o sustituya.

La Compañía queda obligada al pago de intereses legales vencidas las setenta y dos (72) horas desde que el beneficiario presenta la solicitud de cobertura junto con toda la documentación requerida en la presente cláusula y, aun cuando no se hayan presentado los beneficiarios, a partir de los quince (15)

días de la fecha de ocurrencia del siniestro. La Compañía quedará liberada del pago de intereses legales a partir de la fecha de consignación del importe del monto asegurado. La referida consignación no podrá producirse antes de haber transcurrido treinta (30) días desde la fecha de ocurrencia del siniestro.

DÉCIMO SÉPTIMA: BENEFICIARIOS

Los Beneficiarios son las personas que habrán de recibir el beneficio del seguro de vida pagadero al fallecimiento del Asegurado. En caso de fallecimiento del Asegurado, son beneficiarios de esta póliza el cónyuge o conviviente del Asegurado a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil y los descendientes del Asegurado. A falta de todos éstos, los beneficiarios serán los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años de edad. **El empleador del Asegurado, Contratante del seguro, tendrá derecho a cobrar el beneficio si fallecido el Asegurado y transcurrido un (1) año de ocurrida dicha contingencia, ninguno de los beneficiarios hubiera ejercido su derecho.**

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el beneficiario será el propio Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será solicitado y abonado a su cónyuge o concubino, curador o apoderado especial.

Conforme con lo previsto en el Artículo 8° del Decreto Legislativo N° 688, el Contratante deberá proporcionar a la Compañía la declaración de beneficiarios debidamente legalizada a que se refiere el Artículo 6° de la indicada norma, o en su defecto una carta indicando que el Asegurado no presentó dicha declaración.

Dentro de las 48 horas de producido el fallecimiento del Asegurado, el Contratante deberá entregar a la Compañía la declaración de beneficiarios original con firma legalizada del Asegurado, la cual deberá haber sido llenada indicando únicamente a los Beneficiarios establecidos en la presente póliza, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 6 del Decreto Legislativo N° 688. **No será válida la designación de beneficiarios no comprendidos en la ley o sin observar la formalidad antes indicada.** En caso que el trabajador no hubiere presentado la declaración de beneficiarios a que se refiere la ley, el Contratante deberá proporcionar a la Compañía una carta indicando que el Asegurado no presentó dicha declaración.

La Compañía entregará la suma asegurada a los beneficiarios establecidos en la ley que figuren en la declaración de beneficiarios antes indicada, o en el testamento por escritura pública, si éste es posterior a la declaración de beneficiarios. A falta de declaración de beneficiarios o ante la inconsistencia de la misma, entendiendo por inconsistencia a la designación de beneficiarios distintos a los beneficiarios legales establecidos en el Decreto Legislativo N° 688, la Compañía solicitará la sucesión intestada o testamento debidamente inscrito en Registros Públicos y procederá a pagar el beneficio únicamente a los herederos que tengan a su vez la calidad de beneficiarios a que se refiere el Artículo 1° del Decreto Legislativo N° 688.

En todos los casos el pago del beneficio se hará en partes iguales.

Si se designó como beneficiario al conviviente al que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, el pago del beneficio que le corresponda se realizará de acuerdo con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688.

DÉCIMO OCTAVA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda discrepancia entre la Compañía, el Contratante/Beneficiario, el Asegurado y/o los herederos de éste último, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la validez, interpretación de los términos del presente contrato de seguro, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

DÉCIMO NOVENA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas, contribuciones y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, sobre los seguros, tanto en el caso de las primas como de las indemnizaciones o beneficios por siniestros, estarán a cargo del Contratante, el Asegurado, los beneficiarios o los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

VIGÉSIMA: DOMICILIO

Las partes señalan como su domicilio contractual la dirección física y la dirección electrónica consignadas en las Condiciones Particulares. Para que cualquier variación respecto del domicilio (dirección física o electrónica) sea válida y surta efectos, deberá ser comunicada a la otra parte con por lo menos quince (15) días de anticipación.

Las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas y/o derivadas de la presente póliza, deberán efectuarse en el último domicilio declarado por las partes de conformidad con lo dispuesto en el párrafo precedente.

Toda comunicación realizada en cumplimiento de lo dispuesto en la presente cláusula, se considerará válida para todo efecto legal. La Compañía no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio declarado por el Contratante. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del Contratante y/o Asegurado, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación deba ser escrita.

VIGÉSIMO PRIMERA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación del Asegurado notificar a los beneficiarios designados de la existencia del presente contrato de seguro.

Cumplido el plazo de prescripción sin que el Contratante, el Asegurado o los Beneficiarios, según corresponda, hubieran solicitado la cobertura o el cumplimiento de cualquier obligación derivada de esta póliza, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado y de toda obligación derivada de la misma, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o, en caso de fallecimiento, desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio; sin embargo, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

VIGÉSIMO SEGUNDA: MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista en las Condiciones Particulares del Contrato de Seguros. No procederá la modificación de la moneda indicada en las Condiciones Particulares, salvo por lo dispuesto a continuación.

También se deja claramente establecido que si la moneda prevista en las Condiciones Particulares del presente Contrato de Seguros, no fuese la de curso legal en el Perú, y como consecuencia de: (i) cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de Reserva del Perú o (ii) por mandato de cualquier norma legal, o (iii) por cualquier otra razón ajena al control de la Compañía:

- a. La Compañía, el Contratante, o el Asegurado no pudiera o no le estuviera permitido obtener la moneda extranjera en el mercado; o
- b. Existiera impedimento de mantener las reservas o inversiones en moneda extranjera,

Todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas serán convertidas a moneda nacional utilizando el tipo de cambio determinado por la Compañía y basado en las condiciones de mercado, salvo que en los supuestos (i) o (ii) precedentes, la disposición del Banco Central o la norma legal, fijara la tasa de cambio aplicable. En cualquier circunstancia, el Contratante será notificado sobre la conversión a moneda nacional.

**SEGURO DE VIDA EN GRUPO OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES
RENOVABLE ANUALMENTE
“VIDA LEY”**

RESUMEN

1. ¿Cuáles son las condiciones de acceso y límites de permanencia del seguro?

Podrán acceder al seguro aquellos trabajadores que hayan cumplido cuatro (4) años al servicio del Contratante (Asegurados Obligatorios), teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurados hasta su cese.

Adicionalmente, se podrá incluir a los trabajadores con tres (3) meses o más en planillas (Asegurados Facultativos), que hayan sido incluidos en la declaración de planilla efectuada por el Contratante y que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.

2. ¿Qué riesgos cubre?

Cubre el fallecimiento natural, fallecimiento accidental y la invalidez total y permanente por accidente del Asegurado de conformidad con las definiciones establecidas en el Condicionado General.

3. ¿Cuáles son las Exclusiones?

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688, el seguro “Vida Ley” no contempla exclusiones.

4. ¿Cuál es el lugar y forma de pago de la prima?

El pago de la prima podrá efectuarse virtualmente a través de las Cuentas Bancarias de la Compañía; o, pago en efectivo en el domicilio físico de la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el acápite 3 de las Condiciones de Particulares.

5. ¿Cuál es el procedimiento para efectuar modificaciones a las condiciones de la póliza?

Durante la vigencia anual de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de 30 días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

Sin perjuicio de ello, en las renovaciones de la póliza se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Séptima de las Condiciones Generales. Una vez renovada la póliza en iguales o distintas condiciones, se procederá conforme a lo establecido en el párrafo anterior, procediéndose del mismo modo en cada periodo de renovación siguiente, mientras el contrato de seguro se mantenga vigente

6. ¿Cuáles son las causales de terminación de la cobertura?

Se encuentran establecidas en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales. Asimismo, el Contratante podrá solicitar la resolución del contrato de seguro en cualquier momento y sin expresión de causa, a través de una comunicación escrita dirigida al domicilio de la Compañía, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales.

7. ¿Cuál es el procedimiento, lugares autorizados, medio y plazo para presentar una Solicitud de Cobertura?

La Solicitud de Cobertura deberá presentarse por escrito en el domicilio físico de la Compañía dentro del plazo de prescripción vigente al momento del siniestro. Para mayor información podrá comunicarse a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000 o ingresar a nuestra página web www.pacificoseguros.com.

El Contratante tendrá derecho a cobrar el beneficio si fallecido el Asegurado y transcurrido un (1) año de ocurrida dicha contingencia, ninguno de los beneficiarios hubiera ejercido su derecho.

El procedimiento y los requisitos se encuentran previstos en la Cláusula Décimo Sexta de las Condiciones Generales.

Ante el rechazo de la solicitud de cobertura de un siniestro, se podrá presentar un reclamo escrito dirigido a la propia Compañía o acudir gratuitamente a la Defensoría del Asegurado, entidad privada, cuyos principales datos son:

Web: www.defaseg.com.pe

Dirección: Arias Aragüez 146, San Antonio Miraflores, Lima – Perú.

Telefax: 446-9158

Además, podrá recurrir al INDECOPÍ o al mecanismo de solución de controversias establecido en la póliza.

Adicionalmente, podrá solicitar orientación en la Plataforma de Atención al Usuario de la SBS.

8. ¿Cuál es el mecanismo de solución de controversias?

Se encuentra previsto en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales y en la Cláusula Adicional de “Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable”.

9. ¿Consultas y/o Reclamos?

Puede presentar sus consultas y/o reclamos: Verbalmente, acercándose a las oficinas de “Atención al Cliente” ubicadas en la **Av. Juan de Arona 830, San Isidro**; o, llamando a nuestra Central de Atención al Asegurado al 513-5000. Por escrito, a través de: un correo electrónico a servicioalcliente@pacificovida.com.pe; una carta enviada a nuestras oficinas dirigida a “Atención al Cliente”; o desde nuestra página web www.pacificoseguros.com.

Además, podrá presentar reclamos, consultas, o denuncias, según corresponda, ante el INDECOPÍ ubicado en Calle de la Prosa N° 104, San Borja o al teléfono 2247800; la Plataforma de Atención al Usuario de la SBS, ubicada en Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro, Lima o al teléfono 0800-10840; o, recurrir al mecanismo de solución de controversias.