

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

CONDICIONES GENERALES

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros S.A, 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 haya cumplido cuatro (4) años al servicio del Contratante, que figure en sus registros y que haya sido declarado a la Compañía (Asegurado Obligatorio).
Previo consentimiento de la Compañía, el Contratante podrá asegurar a sus trabajadores a partir de los tres (3) meses de servicios siempre que incluya a la totalidad de dichos trabajadores (Asegurado Facultativo). En este caso y durante la vigencia de la póliza, todo trabajador cuya edad sea superior a sesenta (60) años deberá previamente someterse a examen médico sobre la base del cual la Compañía decidirá si acepta su inclusión en la póliza. En consecuencia, el inicio de vigencia de la cobertura de dicho trabajador se producirá luego que se cumpla con entregar los resultados de la evaluación médica correspondiente y la Compañía acepte expresamente su inclusión, sin que proceda excepción alguna. La contratación de esta cobertura adicional se consignará en las **Condiciones Particulares**.
- **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.
- **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 o descerebramiento que no permita al Asegurado realizar algún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
 - b) Fractura incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente.
 - c) Pérdida total de la visión de ambos ojos.
 - d) Pérdida completa de ambas manos.
 - e) Pérdida completa de ambos pies.
 - f) Pérdida completa de una mano y un de pie.
 - g) 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.

- **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 Asegurable**, establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones. Están excluidas las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente. Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo se considera el promedio de las percibidas en los últimos tres 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 – DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

La póliza es el único documento válido para fijar los derechos y obligaciones de las partes. La Compañía no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

El Contratante deberá devolver el cargo de recepción de la póliza debidamente firmado en señal de conformidad. El incumplimiento de dicha obligación no significará, por sí sola, 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 Condiciones Particulares
3. Las Condiciones Generales
4. Las Cláusulas Adicionales
5. La Solicitud del Seguro, sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda.

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 Y/O ASEGURADO:

Toda declaración falsa, inexacta o reticente formulada por el Contratante y/o el Asegurado, que de haber sido conocida por la Compañía hubiera impedido la celebración del contrato o la afiliación del Asegurado al presente seguro o modificado las condiciones de dichos actos, determina la nulidad del contrato o de la afiliación, según corresponda, 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 los gastos administrativos incurridos por ésta por concepto de penalidad, los que ascenderán a 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". **El inicio de la vigencia de la póliza está condicionado al pago previo de la prima inicial.**

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, salvo en el supuesto indicado en el párrafo siguiente; 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".

Tratándose de la afiliación voluntaria de trabajadores a partir del inicio de la relación laboral, el inicio de la cobertura de los Asegurados con más de sesenta (60) años de edad, se iniciará a partir del momento en que la Compañía acepte expresamente su inclusión, luego de la evaluación correspondiente.

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 de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. 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 por la Compañía, 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 pactados no 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.

Se deja expresa constancia que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro de vida en grupo temporal.

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

Se entiende por remuneración mensual asegurable a la última remuneración percibida por el Asegurado antes del cese, que fue declarada por su empleador, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688.

En ese sentido, para el pago del beneficio o suma asegurada se tomará en cuenta la remuneración mensual asegurable constituida por aquella 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 Asegurable**, establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones. Están excluidas las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente.

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 tres (3) meses.

En ningún caso, la remuneración mensual asegurable podrá exceder de la Remuneración Máxima Asegurable 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 asegurables, 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 tasa que corresponda a cada categoría de Asegurado, dependiendo de su calificación como empleado u obrero. 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 previa comunicación escrita con por lo menos sesenta (60) días de anticipación, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes subsiguiente a la respectiva comunicación y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza. Para dicho fin, el Contratante deberá adjuntar a la solicitud de resolución los siguientes documentos:

- (i) Tratándose de Personas Naturales, copia de su Documento de Identidad.**
- (ii) Tratándose de Personas Jurídicas, copia del 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 treinta (30) 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.

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”; y, 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”.

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.
3. 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.

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 si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante incurre en declaración falsa, 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"

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 treinta (30) 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 con el trabajador que solicite la continuidad del seguro vida ley, sujeto a la prima que acuerden las partes contratantes, 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 o en tanto el Asegurado no haya adquirido otra póliza de seguro de "Vida Ley" al ser contratado por un nuevo empleador.

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 copio certificada notarialmente 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. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).	3. Última boleta de pago.
4. Últimas tres boletas de pago.	
5. Inscripción definitiva en Registros Públicos del Testamento o Sucesión Intestada, según corresponda.	
Adicionalmente, en caso de muerte accidental, deberá presentarse:	
1. Atestado o informe policial completo o Carpeta Fiscal.	
2. Certificado y Protocolo de Necropsia Completo	

Asimismo, se proporcionará a la Compañía cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y/o invalidez y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

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 fallecimiento. 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 el deceso del Trabajador Asegurado.

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, 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, 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, de la responsabilidad u obligación de la Compañía o por cualquier otra causa, será resuelta de conformidad con lo establecido en la Cláusula Adicional de “Mecanismo de Solución de Controversias Aplicable” que forma parte integrante del presente contrato de seguro.

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.**

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, quienes adicionalmente podrán solicitar información del estado de la póliza de acuerdo con lo establecido en el Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.

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.

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.